



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Effectevaluatie Spreekuur volgens
de methodiek van Triple P en vergelijking met
het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning'**

Marjolijn van den Berg
Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie
Prof. Dr. Hans Grietens

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2009/02
SWVG-Rapport 05

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Ad-hocproject: 'Effectevaluatie Spreekuur volgens de methodiek van Triple P en vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning'

Promotor: Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie
Co-promotor: Prof. Dr. Hans Grietens
Onderzoeker: Marjolijn van den Berg

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van Cauwenberghe

Stuurgroep: o.l.v. Bea Buysse en met als leden Benedikte Van den Bruel, Yves Debbaut en Valérie Carrette

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

K.U.Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. Dr. Hans Grietens, Centrum voor Gezins- en orthopedagogiek
Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde
Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen
Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VUBrussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Orthopsychologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

Samenvatting

Triple P is een veelbesproken methodiek voor opvoedingsondersteuning die inmiddels ook ingang vond in Vlaanderen. Zo loopt er in het kader van de werking van Kind en Gezin een proefproject in Antwerpen. Op vraag van Kind en Gezin vergeleek SWVG in de zeven Antwerpse grootstadregio's de effectiviteit van het Triple P programma (3P), met het gebruikelijke Spreekuur opvoedingsondersteuning (verder SU).

In een vragenlijstenonderzoek bij 232 gezinnen, gecombineerd met een meer diepgaand deelonderzoek, werd op verschillende manieren naar de resultaten van de interventie gepeild. In de eerste plaats werd onderzocht of er zowel op het niveau van het kind als bij de ouders sprake is van een probleemreductie: vermindering van de door ouders gerapporteerde gedrags- en emotionele problemen, vermindering van hun impact op het functioneren van het kind, afname van de ervaren draaglast en toename van de ervaren competentie inzake opvoeding, toename van het psychisch welbevinden van de ouders en effecten op het concrete opvoedgedrag. Ook naar de tevredenheid met de verkregen hulp werd gevraagd. Bovendien brachten de onderzoekers de manier waarop het programma werd uitgevoerd in kaart. Dit heeft immers een invloed op de werkzaamheid ervan.

Zowel Triple P als het Spreekuur hebben positieve effecten. En ouders zijn bij beide methoden tevreden over de geboden hulp. Het formuleren van doelen en de evaluatie ervan gebeurt vaker bij 3P3. Met dit programma bereikt men dan ook een grotere doelrealisatie.

Maar het 3P3-protocol wordt onvoldoende nauwgezet gevolgd zodat de bekomen resultaten niet eenduidig te interpreteren zijn. De 3P-interventie wordt immers net gekenmerkt door zijn specifieke stapsgewijze aanpak.

Wel blijkt de opvoedingsondersteuning, zowel 3P3 als het SU, voor de ouders en hun kinderen positieve effecten te hebben.

Inhoud

▪ Hoofdstuk 1 Inleiding	7
1.1 Probleemstelling	7
1.2 Structuur van het rapport	7
1.3 Context	8
1.4 Opvoedingproblemen	9
1.5 Opvoedingsondersteuning	10
▪ Hoofdstuk 2 Beschrijving van de programma's	13
2.1 Het Spreekuur Opvoedingsondersteuning	13
2.2. Triple P	16
2.3. Verschil tussen Triple P en het SU:	28
▪ Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethode	31
3.1. Inleiding	31
3.2. Effectiviteitonderzoek: kwaliteitseisen	31
3.3. Outcome: verschillende aspecten	32
3.4. Implementatieonderzoek	33
3.5. Methode	34
▪ Hoofdstuk 4 Implementatie van triple p level 3 en het spreekuur opvoedingsondersteuning	43
4.1. Beschrijving Interventie	43
4.2. Programma-integriteit Triple P Level 3	62
4.3. Overeenkomst Spreekuur met 3P3-protocol	68
4.4. Samenvatting	72
▪ Hoofdstuk 5 Instroom	75
5.1. Vergelijking Respons- met non-responsgroepen	75
5.2. Beschrijving van de gezinnen op T1	82
5.3. Besluit	97
▪ Hoofdstuk 6 Effecten van het spreekuur via triple p level 3 of het spreekuur opvoedingsondersteuning	101
6.1. Resultaten voor de geldige groep	101
6.2. Intention to treat analyses (n=218)	109
6.3. Lange termijnresultaten	118
▪ Hoofdstuk 7 Effecten gemeten met observaties	121
7.1. Emotionele Beschikbaarheid (EB)	121
7.2. Methode	124
7.3. Resultaten	126
7.4. Bespreking	129

▪ Hoofdstuk 8 Bespreking	131
8.1. Programma-integriteit	132
8.2. Instroom	133
8.3. Effecten	136
8.4. Beperkingen van het onderzoek	140
8.5. Conclusies	141
▪ Referenties	143
▪ Overzicht bijlagen	149

Voorwoord

In voorliggend rapport worden de resultaten en conclusies gepresenteerd van het onderzoeksproject 'Effectevaluatie Spreekuur volgens de methodiek van Triple P (Level 3) en vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning'. Dit "ad hoc-onderzoek" van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd toevertrouwd aan de vakgroep Orthopsychologie van de Vrije Universiteit Brussel. Het project werd uitgevoerd in samenwerking met het Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek van de Katholieke Universiteit Leuven en Kind & Gezin.

De opdrachtgever verwachtte een wetenschappelijke evaluatie van de implementatie van de Triple P methodiek (Level 3) in de grootstad Antwerpen (gedurende het project uitgebreid tot de hele provincie Antwerpen) in vergelijking met het bestaande Spreekuur Opvoedingsondersteuning. Teneinde de onderzoeksdoelinden te bereiken werden een effectevaluatie (of outcome-onderzoek) en implementatieonderzoek uitgevoerd. In de effectevaluatie werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksopzet met voor-, na- en follow-up-metingen 3 maanden na het beëindigen van de interventie. De uitkomsten van de interventie werden geoperationaliseerd op meerdere manieren. Er werd gekeken naar een probleemreductie op niveau van het kind (een vermindering van door de ouders gerapporteerde gedrags- en emotionele problemen en een vermindering van de impact van deze problemen op het functioneren van het kind) en op het niveau van de ouder (een afname van de ervaren draaglast van opvoeding, een toename van de ervaren competentie/draagkracht inzake opvoeding, een toename van het psychisch welbevinden van de ouders en effecten op het concrete opvoedgedrag). Daarnaast werd ook de tevredenheid met de hulp geregistreerd. Belangrijkste vragen hier zijn of het programma echt werkt en of het beter werkt dan het Spreekuur Opvoedingsondersteuning (de care as usual). In het implementatieonderzoek werd nagegaan of het programma wordt geïmplementeerd zoals bedoeld. De uitvoering van een programma heeft immers een invloed op de werkzaamheid ervan. Onderzoek hiernaar kan antwoorden geven op de vraag waarom het programma (al dan niet) werkt.

Verschillende actoren hebben een grote bijdrage geleverd aan de totstandkoming van het rapport. Ik wens hen allen te bedanken voor hun bereidwillige medewerking. In de eerste plaats wens ik de stuurgroep van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het dagelijks bestuur van het Steunpunt te bedanken die het onderzoek aan de Vrije Universiteit Brussel hebben toevertrouwd. Een tweede actor was de stuurgroep van het onderzoek (o.l.v. Bea Buysse en met als leden Benedikte Van den Bruel, Yves Debbaut en Valerie Carrette) die constructief meedacht en het project op de rails hield. Uiteraard hebben de spreekuurhouders en de gezinnen dit onderzoek mogelijk gemaakt door intensief te participeren. Ik wens de spreekuurhouders in het bijzonder te danken voor de geleverde inspanningen: meewerken aan de dataverzameling en

dataregistratie, ouders motiveren de vragenlijsten in te vullen, hen motiveren deel te nemen aan de verschillende dataverzamelingsrondes, Ik dank ten slotte de co-promotor Hans Grietens voor zijn constructieve bijdrage aan het project. Heel in het bijzonder wens ik Marjolijn van den Berg te bedanken die als wetenschappelijk medewerkster aan het project was verbonden. Zonder haar toewijding, enthousiasme, harde werk en voortdurende inzet zou de opdracht nooit tot een goed einde zijn gebracht.

Ik hoop dat dit onderzoeksrapport een positieve bijdrage mag leveren aan de praktijk van opvoedingsondersteuning in Vlaanderen. Opvoeden is immers niet steeds even gemakkelijk. In die situaties waar het opvoeden wat moeilijker loopt, hebben ouders recht op die ondersteuning waarvan geweten is dat ze het meest effectief is en die de ouders het meeste helpt. Hieraan hebben we willen meewerken.

Johan Vanderfaeillie

Promotor

Brussel, maart 2009

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Probleemstelling

Binnen Kind en Gezin (K&G) is opvoedingsondersteuning een belangrijke pijler van de preventieve opdracht van K&G. Opvoedingsondersteuning wordt aangeboden tijdens de preventieve zorg thuis, op de consultatiebureaus en middels de Spreekuren opvoedingsondersteuning (SU). Het SU richt zich op ouders met kinderen van 0-3 jaar die opvoedingsvragen hebben of opvoedingsspanning ervaren.

K&G wil verder investeren in een structureel uitgebouwd laagdrempelig basisaanbod van opvoedingsondersteuning voor alle gezinnen met jonge kinderen en een intensief aanbod voor risicogezinnen uitbouwen. Tegelijkertijd wenst K&G opvoedingsondersteuning meer methodisch en uniform te laten verlopen. Er werd verondersteld dat het Positive Parenting Program (Triple P) een interventieprotocol is dat aan deze doelstellingen kan tegemoetkomen. Het doel van Triple P is immers de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap en het vergroten van het zelfvertrouwen van ouders.

De doelstellingen van dit onderzoek zijn een effectevaluatie en een evaluatie van de implementatie van Triple P level 3 (3P3) door K&G in de regio's van de grootstad Antwerpen en dit in vergelijking met het SU in controleregio's. Bij een positieve evaluatie van het project zal het SU worden vervangen door 3P3.

1.2 Structuur van het rapport

Hieronder bespreken we de kort de context waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt, geven we een overzicht van de opvoedingsvragen en problemen waarvoor ouders van kinderen van 0-3 jaar zich geplaagd zien en benadrukken we het belang van opvoeden. Vervolgens bespreken we de rol van opvoedingsondersteuning als preventiemiddel voor ernstige emotionele- en gedragsproblemen. We eindigen met een overzicht van onderzoek naar de effectiviteit van 3P3.

3P3 en het SU worden in het tweede hoofdstuk beschreven. In hoofdstuk drie bespreken we de onderzoeksopzet en de gebruikte methoden, in hoofdstuk vier wegen we de implementatie en uitvoering van 3P3 in de experimentele regio's af tegen het programma zoals oorspronkelijk bedoeld. In hoofdstuk vijf bespreken we de instroom van de gezinnen in het programma. Tegelijkertijd beschrijven we de onderzoeksgroep. In hoofdstuk zes presenteren we de resultaten van de effectevaluatie verkregen met het vragenlijstonderzoek. Effectonderzoek maakt liefst gebruik van meerdere methoden. In hoofdstuk zeven worden dan ook de resultaten beschreven van een kleinschalig onderzoek naar de effecten van 3P3 aan de hand van observaties. In hoofdstuk acht besluiten we met een bespreking van de resultaten.

Het kwalitatief onderzoek naar de beleving van de regioverpleegkundigen met betrekking tot de implementatie en uitvoering van 3P3 werd apart uitgevoerd door studenten van de Katholieke Universiteit Leuven onder leiding van Prof. Dr. Hans Grietens. Voor meer informatie hierover verwijzen we naar dit werk (Dumont & Frere, 2008).

1.3 Context

Opvoeden kan worden gedefinieerd als het handelen van ouders dat zich richt op het voorbereiden van een kind op een zelfstandig bestaan in een gemeenschap. Het bieden van een verzorgende, beschermende omgeving waarin het kind zich kan ontwikkelen, de overdracht van kennis, normen en waarden en het bieden van structuur zijn de belangrijkste taken van ouders (Dekovic & Buist, 2004). Opvoeding is belangrijk. Het is vandaag in onze Westerse maatschappij misschien wel het meest bepalend voor de volksgezondheid (Hoghughi, 1998).

Opvoeden gaat echter niet steeds vanzelf. Uit onderzoek in Utrecht (van Bergen, de Geus & van Ameijden, 2005) blijkt bijvoorbeeld dat meer dan de helft van de ouders vragen heeft over de opvoeding van hun kinderen. 43% van de ouders van kinderen van 0-18 jaar geven aan in het laatste jaar problemen te hebben ondervonden bij de opvoeding. In deze situaties kan opvoedingsondersteuning aangewezen zijn.

Onder opvoedingsondersteuning wordt verstaan het op intentionele wijze steun bieden aan ouders of ouderfiguren bij hun opdracht en taak als opvoeders (Vandenmeulebroecke & De Munter, 2004). Wanneer we bij de ondersteuning aan de ouders ook de ontwikkelingskansen van het kind betrekken kunnen we de doelstellingen van opvoedingsondersteuning als volgt definiëren:

- Het bevorderen van de onafhankelijkheid en gezondheid van gezinnen door het vergroten van kennis, opvoedingsvaardigheden en zelfvertrouwen van ouders;
- Het bevorderen van een geweldloze, beschermende en ondersteunende opvoedingsomgeving voor kinderen;
- Het bevorderen van de ontwikkeling, groei, gezondheid en sociale competenties van kinderen en jongeren;
- Het terugdringen van de incidentie van kindermishandeling, psychische aandoeningen, emotionele problemen, gedragsproblemen, delinquentie en thuisloos zijn.

Opvoedingsondersteuning is het meest succesvol wanneer het wordt aangeboden in voor de gezinnen vertrouwde voorzieningen (Leseman, Fahrenfort, Hermanns, & Klaver, 1998). Deze bevinding was een belangrijke aanzet voor de versterking van het aanbod van opvoedingsondersteuning binnen de preventieve zorg van K&G.

1.4 Opvoedingproblemen

De behoefte aan opvoedingsondersteuning ontstaat wanneer ouders zich vragen stellen bij het eigen handelen. Ze hebben opvoedingsvragen of -problemen en vragen zich af wat ze anders moeten doen. De behoefte aan opvoedingsondersteuning groeit ook wanneer ouders probleemgedrag waarnemen bij het kind. De ouders vragen zich af wat er mis is met hun kind.

1.4.1 Opvoedingsvragen en opvoedingsspanning

Bij de meeste ouders rijzen van tijd tot tijd opvoedingsvragen over het omgaan met en het opvoeden van hun kind. Het is logisch dat ouders deze vragen stellen en er met anderen over willen praten. Het gaat in dit geval over gewone opvoedingsvragen. Het opvoedend handelen kan echter ook minder effectief en minder consistent worden: ouders proberen verschillende maatregelen en aanpakken door elkaar. De opvoeding verloopt niet zo soepel meer en het opvoeden kost meer tijd en moeite. Ouders merken de eigen fouten en tekortkomingen. Het sociaal netwerk is ontoereikend en ouders krijgen tegenstrijdige antwoorden. De ouders hebben behoefte aan advies en zoeken ondersteuning en hulp (Kousemaker & Timmers-Huigens, 1985).

1.4.2 Probleemgedrag bij kinderen

Probleemgedrag bij jonge kinderen komt vaak voor en wordt meestal toegeschreven aan de ontwikkelingsperiode van het kind. Probleemgedragingen houden dikwijls verband met ontwikkelingsstaken van een kind. Zo komen moeilijkheden met eten, slapen en huilen vooral voor in de baby- en peutertijd. Op tweejarige leeftijd staan zindelijkheidsproblemen en de strijd om autonomie en onafhankelijkheid meer op de voorgrond en met drie jaar gaan de opvoedingsproblemen meer over discipline en (on)gehoorzaamheid. Angst, bezorgdheid en problemen met leeftijdgenootjes horen meer bij 4-jarigen en schoolproblemen worden pas zichtbaar vanaf 6 jaar. Wanneer ouders zich melden met een kind met dergelijke problemen wordt dit vaak afgedaan als leeftijdgebonden gedrag (Campbell, 1990). Bij de meeste kinderen zijn deze problemen inderdaad tijdelijk. Bij een aantal kinderen gaan de problemen echter niet over en kunnen ze een voorbode zijn voor problemen op latere leeftijd tenzij er tijdig wordt gehandeld.

1.4.3 Het belang van opvoeden

Probleemgedrag bij (jonge) kinderen kan worden veroorzaakt door factoren in het kind. Echter slechts 30 tot 60% van het probleemgedrag van kinderen kan door kindkenmerken worden verklaard (Rutter, 1991). Een groot deel van de variantie kan dus worden toegeschreven aan de opvoedings- en omgevingsfactoren.

Opvoedingsgedrag wordt bepaald door o.a. de kennis van ouders over de ontwikkeling van hun kind en hun competentiegevoel inzake opvoeding. Groenendaal en Dekovic (2000) vinden bijvoorbeeld dat behalve het temperament van het kind, ook de beleving van de opvoeding door de ouders en

hun welbevinden een rol speelt in bijna alle onderzochte aspecten van de kwaliteit van de opvoeding. Daarnaast wordt de kwaliteit van opvoeding ook bepaald door relatieproblemen tussen de ouders, een geringe gezinscohesie en laag psychisch welbevinden van de ouders. Belangrijk is hierbij op te merken dat globale factoren zoals de socio-economische status van het gezin, distale factoren zoals een depressieve ouder of een ouder die zich weinig competent voelt en contextuele factoren zoals de kwaliteit van de gezinsrelaties slechts indirect geassocieerd zijn met probleemgedrag bij het kind en dat hun invloed op probleemgedrag gemedieerd wordt door opvoedgedrag (Dekovic, Janssens, & Van As, 2003). Of met andere woorden, naast kindkenmerken (temperament) hebben globale omgevingsfactoren, distale ouderfactoren (depressie en competentie) en het gezinsfunctioneren (kwaliteit gezinsrelaties) een invloed op de opvoeding. Deze factoren leiden echter op zich niet tot probleemgedrag. Hun invloed wordt gemedieerd door het opvoedgedrag. Dit impliceert dan ook dat het effect van deze factoren positief kan worden beïnvloed door een optimaliseren van het opvoedgedrag.

Het optimaliseren van opvoeden is mogelijk en "beter" opvoeden kan leiden tot een vermindering van probleemgedrag. Zo blijkt een oudertraining bij prikkelbare baby's effectief voor hechting en responsiviteit van de moeders en vertonen de kinderen bij 42 maanden minder gedragsproblemen dan een controlegroep (Van den Boom, 1995). Daarnaast resulteert opvoedgedrag zoals gewenst gedrag positief bekrachtigen, consequent leiding geven, toezicht houden, het aanleren van regels en bevorderen van autonomie in een vermindering van probleemgedrag (Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000).

Kortom, opvoeden is belangrijk. Het kan kinderen beschermen. Bovendien kan opvoeden beïnvloed worden en kan het een bijdrage leveren aan een vermindering van probleemgedrag.

1.5 Opvoedingsondersteuning

De doelstellingen van K&G inzake opvoedingsondersteuning kunnen worden samengevat in 6 punten (K&G, 2002). Opvoedingsondersteuning moet:

1. een gevoel van bekwaamheid in het opvoedend handelen bij de ouders bevorderen. Hiervoor wordt aandacht besteed aan wat goed gaat in de opvoeding en wordt naar het verhaal van de ouders geluisterd. Opvoedingsondersteuning focust heel duidelijk op de beleving van ouders.
2. ouders bewust maken van de wisselwerking tussen kind-, ouder- en omgevingsfactoren. Opvoedingsondersteuning legt zo de nadruk op de attitude ten aanzien van opvoeding.
3. ouders inzichten en vaardigheden bijbrengen om hen op weg te helpen. Dit kan door informatie te geven en door gelegenheid te bieden opvoedingsvaardigheden te trainen.
4. sociale steun bevorderen door het bieden van een formeel netwerk en het helpen zoeken naar steun binnen het informele netwerk.

5. een antwoord geven bij lichte opvoedingsvragen en escalatie van deze opvoedingsproblemen voorkomen. Belangrijk hierbij is een duidelijke afbakening van de opvoedingsvragen waarop men een adequaat antwoord kan bieden van opvoedingsproblemen waarvoor opvoedingsondersteuning niet is aangewezen, zodat ouders tevreden zijn en dat ze de hulp als effectief ervaren.
6. resulteren in een respectvolle aanpak van problematische opvoedingssituaties. Kinderen in problematische opvoedingssituaties moeten zo vroeg mogelijk worden opgespoord, maar steeds met respect en deskundigheid.

1.5.1 (Effectieve) opvoedingsondersteuning

Opvoedingsondersteuning is een verzamelterm voor alle activiteiten die gericht zijn op het optimaliseren van opvoeden. Opvoedingsondersteuning is ouders helpen opvoeden. De meeste hulp bij opvoeding is veeleer reactief en te weinig preventief. Wanneer de preventie faalt, worden latere interventies duurder, duren ze langer en zijn ze minder effectief (Hoghughi, 1998). De meeste reactieve interventieprogramma's richten zich op gedragsproblemen bij kinderen vanaf 6 jaar. Preventieprogramma's zijn meestal bedoeld voor jonge kinderen (0-4) en richten zich zowel op kinderen als op ouders. De bedoeling is het voorkomen van problemen en het verbeteren van problemen die al op jonge leeftijd zichtbaar zijn (Campbell, 1990).

Veelbelovende en veelgebruikte interventies voor voorschoolse gedragsproblemen richten zich meestal op de ouders met zogenaamde "Parent Training Programs". Verschillende studies naar de invloed van oudertraining op gedragsproblemen zoals agressie of ongehoorzaamheid rapporteren positieve resultaten (Alexander & Malouf, 1983; Hobbs & Lahey, 1983; Kazdin, 1987; in Campbell, 1990). Eyberg (1987, in Campbell, 1990) bespreekt specifiek de invloed van oudertraining op gedragsproblemen bij jonge kinderen. Zij stelt dat niet alle programma's even effectief zijn. Kenmerken van het programma en gezinsfactoren bepalen de uitval, de resultaten en de terugval. De meest efficiënte programma's hanteren meer dan strikte operante conditionering en time-out. Ze hebben ook aandacht voor andere aspecten van het gezinsfunctioneren. Deze programma's leren ouders contingente en beschrijvende complimenten te geven, vervelend gedrag te negeren, kinderen minder te bekritisieren, duidelijk instructies te geven en time-out te gebruiken voor agressief, destructief en ongehoorzaam gedrag (cfr. o.a. Dadds et al, 1987, Eyberg & Robinson, 1982, Webster-Stratton, 1985, in Campbell, 1990).

Een mogelijke beperking van oudertrainingen en gedragsinterventies is dat men niet kan verwachten dat kinderen hier op lange termijn van profiteren wanneer ongunstige omstandigheden zoals armoede blijven bestaan (Campbell, 1990). In een aantal gevallen is opvoedingsondersteuning niet aangewezen. Wanneer een kind in een problematische opvoedingssituatie opgroeit, is gespecialiseerde hulp aangewezen (Van der Pas, 1993). Dit is bijvoorbeeld het geval bij multiprobleemgezinnen. De inhoud van de problemen manifesteert zich op alle taken van het gezin maar is eveneens gerelateerd aan een problematische

hulpverlening en het gebrek aan een antwoord op de hulpvraag (Ghesquière, 1993).

1.5.2 De effectiviteit van Triple P level 3

Triple P kent 5 interventieniveaus afgestemd op de verschillende behoeften én wensen van gezinnen. Naarmate de problemen ernstiger zijn (hardnekkige gedragsproblemen, psychische problemen bij de ouder of relatieproblematiek) worden hogere interventieniveaus gebruikt.

Moran, Ghate en van der Merwe (2004) bespreken in een meta-analyse de effecten van *parenting support* en onderzoeken ook het effect van Triple P. Zij concluderen dat weinig effectonderzoek naar Triple P onafhankelijk gebeurde en dat de kwaliteit van de onderzoeken niet altijd even groot is. Daar waar effecten van Triple P op degelijke wijze werden onderzocht, resulteert Triple P in een afname van storend kindgedrag en een toename van het zelfsturend gedrag en de competentiebeleving bij ouders (Moran, Ghate & van der Merwe, 2004).

Een effectevaluatie van Triple P level 3 (Turner & Sanders, 2006) toont dat na de interventie minder gedragsproblemen door de ouders worden gerapporteerd. De ouders geven aan minder negatief opvoedgedrag te gebruiken en minder angst en opvoedingsspanning te ervaren na de interventie in vergelijking met een wachtlijstgroep. Het betreft echter een kleine groep gezinnen (12 in de interventiegroep en 13 in de wachtlijstgroep). De auteurs stellen dan ook dat dit onderzoek een eerste aanzet is inzake de effectiviteit van kortdurende opvoedingsondersteuning binnen de eerstelijnszorg.

Nowak en Heinrichs (2008) voerden recent een meta-analyse uit (n= 55) naar het effect van Triple P (levels 1 tot en met 5). Het betreft zowel ongecontroleerde als quasi-experimentele studies en gerandomiseerde gecontroleerde studies. In de gecontroleerde studies worden de effecten van de interventie voornamelijk vergeleken met een wachtlijstconditie. De effectgrootte van de interventies op de afname van gedragsproblemen en de toename van positief ouderlijk gedrag zijn matig tot gemiddeld (0.2 tot 0.5). Voor de eerstelijnsniveaus van Triple P (level 1 tot 3) is de gezamenlijke effectgrootte 0.21. De auteurs van deze meta-analyse menen dat de gevonden effectgrootte van 0.21 voornamelijk de effectgrootte van de levels 2 en 3 reflecteert (Nowak & Heinrichs, 2008).

Voor Nederland beschreven Prinsen en collega's (2006) het project 'effectieve opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg'. Zij evalueerden de effecten van 55 interventieprogramma's voor opvoedingsondersteuning. Triple P wordt in dit rapport (Prinsen et al, 2006) aangemerkt als veelbelovende opvoedingsondersteuning op basis van de in het buitenland aangetoonde resultaten. Publicaties over de effectevaluatie van Triple P level 3 en 4 in Nederland worden begin 2009 verwacht (De Graaf et al, in voorbereiding; in Nowak & Heinrichs, 2008).

In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op de verschillende Triple P interventieniveaus. We besteden tevens meer uitgebreid aandacht aan Triple P level 3.

Hoofdstuk 2

Beschrijving van de programma's

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst het Spreekuur Opvoedingsondersteuning¹ (2.1.). Met het Spreekuur Opvoedingsondersteuning (SU) biedt K&G reeds geruime tijd opvoedingsondersteuning aan ouders met alledaagse opvoedingsproblemen en -vragen. Voor Vlaanderen is het SU de *care as usual*. Vervolgens beschrijven we Tripel P (2.2). We gaan tevens dieper in op Triple P level 3 (3P3) (2.2.3. en 2.2.6.). We sluiten af met een vergelijking van beide interventies (2.3.)

2.1 Het Spreekuur Opvoedingsondersteuning

Het SU is een kortdurende individuele ondersteuning die vertrekt van een specifieke vraag van de ouders. Het SU gaat uit van positief ouderschap, de positieve krachten in het gezin en wil de ouders opnieuw laten geloven in hun capaciteiten als opvoeder. Het SU wordt opgestart op vraag van de ouders of na toeleiding². Het bestaat uit een of meer gesprekken (max. 5). De dienstverlening is gratis.

K&G omschrijft het SU als volgt:

“Opvoedingsondersteuning vormt een belangrijke pijler van de preventieve opdracht van K&G. Daartoe is er al een waaier van methodieken uitgebouwd. Een daarvan is het ‘Spreekuur Opvoedingsondersteuning’. Het spreekuur richt zich tot ouders met kinderen tot 3 jaar die opvoedingsvragen hebben of opvoedingsspanning ervaren. Dit wil zeggen dat het gaat om opvoedingsvragen die te maken hebben met de gewone ontwikkelingsfasen van het kind en de gewone, dagdagelijkse interacties tussen ouders en kind. Het gaat bijvoorbeeld om vragen rond koppigheid, driftbuien, slapen, eten, huilen, zindelijkheid” (Folder Professionelen).

2.1.1 Achtergrond

K&G richt het SU in sinds 2002. Het SU wordt gevoerd door regioteamleden die geschoold zijn in het voeren van pedagogische adviesgesprekken. Deze opleiding wordt verzorgd door K2 (Nederlands bureau). Spreekuurhouders worden tevens ondersteund via intervisie door opvoedingsconsulenten (individueel en teamgerichte ondersteuning). Ondersteuning wordt enerzijds opgebouwd naar aanleiding van een bepaald thema zoals zindelijkheid, positief ouderschap ... Het

¹ K&G biedt opvoedingsondersteuning aan in de opvoedingswinkels, in de inloopteams en haar eigen dienstverleningsaanbod waaronder onder meer het Spreekuur.

² Met toeleiding bedoelt K&G steeds het verwijzen naar een collega voor opvoedingsondersteuning nadat in contact met de cliënt blijkt dat deze vragen heeft over opvoeden of opvoedingsspanning ervaart.

kan ook meer methodische ondersteuning zijn zoals hoe communiceer je met ouders, hoe observeer je bepaald gedrag, hoe ga je om met weerstanden...

Opvoedingsconsulenten zijn meestal pedagogen. K&G wenst het SU methodisch uit te bouwen. Hiervoor werd een Handleiding Spreekuurhouder geschreven (K&G, 2006). Deze handleiding moet in combinatie met verschillende andere materialen worden gebruikt zoals wetenschappelijke dossiers rond een bepaald thema, de bundel 'observatie- en ondersteuningsmateriaal voor ouders', het Gespreksmodel Spreekuur Opvoedingsondersteuning, ... Spreekuurhouders worden aangemoedigd de gespreksleidraad en het observatiemateriaal te gebruiken. Uit het overige materiaal kan afhankelijk van de noden gekozen worden.

2.1.2. Doelgroep en doelbereik

Het spreekuur is aangewezen als de vraag van de ouders een herkenbaar opvoedingsprobleem is, het probleemgedrag te plaatsten is in het kader van de 'normale ontwikkeling', het gedrag van het kind een logische reactie is op een bepaalde gebeurtenis, het probleem overzichtelijk is en niet langer dan 6 maanden bestaat. Belangrijk is tevens dat ouders nog plezier kunnen beleven aan het opvoeden, dat ouders de positieve aspecten van hun kind kunnen benoemen, dat ze geloven invloed te hebben op het gedrag van hun kind, dat het hen ontbreekt aan kennis en vaardigheden, dat ze open staan voor advies en informatie en zelf actief mee willen werken aan de oplossing van het probleem (K&G, 2006).

Het spreekuur is niet aangewezen als het probleem een duidelijk medische oorzaak heeft, een kinderpsychiatrisch karakter heeft of een ernstig ontwikkelingsprobleem betreft. Ook als de gezinssituatie te gecompliceerd is voor kortdurende pedagogische ondersteuning, de ouders teveel persoonlijke problemen hebben of er al contacten met de tweedelijns hulpverlening bestaat is het spreekuur niet aangewezen (K&G, 2006).

2.1.3. Ontstaansgeschiedenis van het spreekuur inhoudelijk

Reeds verschillende jaren doet K&G heel wat inspanningen om opvoedingsondersteuning deel te laten uitmaken van het reguliere dienstenpakket. Een belangrijk moment was bijvoorbeeld de studiedag opvoedingsondersteuning (K&G, 2002) van mei 2002 waar een visie over opvoeden en opvoedingsondersteuning werd gepresenteerd. De "handleiding spreekuurhouder" (K&G, 2006) is bedoeld voor de spreekuurhouders en is een gebruiksaanwijzing voor de materialen die beschikbaar zijn. Inspiratie voor de handleiding werd gevonden in het boek 'Over opvoeden gesproken' (Blokland, 1996), Triple P (Turner et al, 1999). De gespreksleidraad werd geïnspireerd op het opvoedingsmodel van Hellinckx, Grietens en Geeraert (2002).

2.1.4. Ontwikkelde materialen

Er is heel wat materiaal ontwikkeld en dit is beschikbaar via het intranet van K&G. Hierboven is reeds verwezen naar de wetenschappelijke dossiers, de bundel 'observatie- en ondersteuningsmateriaal voor ouders', het Gespreksmodel Spreekuur Opvoedingsondersteuning, ...

Hieronder presenteren we het gespreksmodel:

Gespreksmodel

'Stap 1: kennismaking en afstemming.

- begroeting en contact maken
- personalia
- toeleiding overlopen, door wie verwezen? Moeilijkheden rond ...?
- uitleg werkwijze: luisteren, samen zoeken, in stappen van moeilijkheden naar veranderen, gebruik videocamera, maximum aantal contacten
- naam ouders, naam kind, andere kinderen, belangrijke info.

Stap 2: beeld van de specifieke opvoedingssituatie.

waar gaat het om: omschrijving van het probleem

- hoe lang? Oorsprong?
- Voorbeeld
- Frequentie, duur?
- Bij wie?
- Wat al geprobeerd

! aandacht voor de beleving, kijken naar de draaglast-draagkracht.

samenvatting: probleem en concrete vraag en verwachting van de ouders

Stap 3: samen inzicht verwerven in de opvoedingssituatie

- Kind: medisch, ontwikkeling(sfase), eigenheid
- Omgang: aandacht/steunen, hulp/stimuleren, grenzen/sturen
- Context: gebeurtenis, omgeving, andere

Stap 4: handelen

- samenvatten en vaststellen veranderingsbereidheid
- indien nodig: observatieopdracht, video-opname
- samen met ouders passende oplossingen verkennen en haalbare doelen stellen
- aanpak uitwerken en zoeken naar steunmogelijkheden
- informatie: ontwikkeling, probleem

- doorverwijzing (medisch, andere dienst)
- veranderingen context
- aanpak: aandacht, hulp, grenzen
- afspraken maken in verband met ondersteuning, opvolging en vervolgesprekken/ evaluatie

Stap 5: evaluatie (in een volgend contact)

- hoe is het de afgelopen tijd gegaan
- toepassing bespreken
- kan men verder met gemaakte afspraken
- afronden of begeleid verwijzen

2.1.5 Organisatie

De organisatie van regioteams en de manier waarop de SU worden ingericht verschilt per team. In teams worden de spreekuren verzorgd door regioverpleegkundigen die hiervoor gekozen hebben. In andere teams houdt elke regioverpleegkundige Spreekuur. Regioteamleden die SU houden werden hiervoor pedagogisch gevormd. Op basis van de indicatiestelling kan er worden toegeleid naar het SU zowel door de eigen medewerkers (regioverpleegkundigen en K&G-lijn) als door externen (opvoedingswinkels, lokale netwerken ...). Ouders kunnen ook op eigen initiatief een SU vragen.

2.2. Triple P

Triple P is een Multilevel systeem programma of protocol voor opvoedingsondersteuning. Triple P staat voor Positive Parenting Program. Triple P werd ontwikkeld door Matt Sanders en zijn medewerkers aan de universiteit van Queensland (Australië).

Het is een preventief, vroegtijdig interventieprogramma dat ernaar streeft om positieve, zorgzame ouder-kindrelaties te bevorderen en ouders te helpen om doeltreffende opvoedingsstrategieën te ontwikkelen voor belangrijke gedrags- en ontwikkelingsproblemen bij hun kinderen. Dit wordt bereikt door het bevorderen van competent ouderschap in het omgaan met gedrags- en faseproblemen, minder gebruik van dwingende en negatieve disciplinevormen, betere communicatie over opvoedingskwetsies tussen ouders onderling en tussen ouders en kind, minder opvoedingsstress en een verhogen van het zelfvertrouwen inzake opvoeding (Turner, Sanders & Markie-Dadds, 1999).

2.2.1. Doelgroep

Triple P is bedoeld voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar.

2.2.2. Verschillende interventieniveaus

Triple P kent 5 interventieniveaus met een verschillende intensiteit, afgestemd op de verschillende behoeften én wensen van gezinnen. Enerzijds wil Triple P niet méér hulp geven dan nodig, anderzijds laat men de keuze aan de ouders om de intensiteit van de interventie mede te bepalen. Wanneer ouders kiezen voor een lichtere interventie is dat te verkiezen boven géén interventie. Ouders krijgen wel advies om in te stappen in een hoger interventieniveau naarmate de ontwikkelingsproblemen ernstiger zijn, de gedragsproblemen hardnekkig en/of er sprake is van psychische problemen bij de ouder of relatieproblematiek. De 5 niveaus van interventie bieden een samenhangend geheel van informatie en steun bij de opvoeding van hun kinderen. Voor elk interventieniveau en elke interventievorm bestaat er een handboek met handelingen en/of procedures.

Level 1: Universele Triple P (Massamediale informatie campagne)

De aanpak op dit interventieniveau omvat gezondheidsbevordering en sociale marketingstrategieën. Ouders krijgen informatie via de media en andere informatiebronnen (radio, televisie, kranten en tijdschriften) over hoe zij de ontwikkeling van hun kind kunnen bevorderen en hoe ze kunnen omgaan met specifieke moeilijkheden die deel uitmaken van de normale ontwikkeling van hun kind. De voorlichting beoogt het gebruik van positieve opvoedstrategieën te bevorderen, de drempel te verlagen voor ouders om aan het programma deel te nemen en een positieve houding van ouders ten opzichte van het programma en opvoeden in het algemeen te bevorderen. De voorlichting beoogt het zoeken van informatie over of steun bij opvoeden te destigmatiseren en te normaliseren, het bereik en de bekendheid van het programma voor ouders te vergroten en tegenwicht te bieden aan sensationele en schuldoproepende berichten over opvoeden in de media.

Triple P level 1 is bedoeld voor alle ouders die geïnteresseerd zijn in informatie over opvoeden, over het bevorderen van de ontwikkeling van hun kind, en over hoe ze specifieke opvoedingsmoeilijkheden kunnen hanteren. Het biedt algemene informatie over positief opvoeden, is niet enkel gericht op "probleemsituaties" en richt zich ook tot iedereen in de populatie die kan helpen om opvoedingsondersteuning te ontsluiten.

Level 2: Selectie Tripel P (Korte individuele voorlichtingsgesprekken over gedrag en ontwikkeling van kinderen)

Doel van level 2 is het inzicht in het gedrag en de ontwikkeling van kinderen te vergroten, het gebruik van positieve opvoedstrategieën te promoten, het bevorderen van het psychosociaal welbevinden en competentie van ouders en het voorkomen van emotionele en gedragsproblemen bij de kinderen. Triple P level 2 is bedoeld voor ouders met specifieke opvoedingsvragen en/of onzekerheden over het gedrag en de ontwikkeling van hun kind, bijvoorbeeld rond zindelijkheid of naar bed gaan. De informatie is nuttig bij belangrijke overgangsmomenten in de ontwikkeling of specifieke vragen van ouders. Uitgangspunt is dat ouders over voldoende vaardigheden en motivatie beschikken om de strategieën toe te kunnen passen zonder extra ondersteuning of training. De aanpak op dit niveau

bestaat uit op level 1 aanvullende informatie. Deze moet worden aangereikt door basisvoorzieningen en eerstelijnszorginstellingen in direct contact met gezinnen met jonge kinderen zoals consultatiebureaus, kinderopvangvoorzieningen, scholen, wijkcentra, etc. De ondersteuning bestaat uit kortdurende, persoonlijke of telefonische voorlichting (één of twee gesprekken van 10 minuten) waarin een vraag of een probleem kan worden verhelderd. Dit gebeurt aan de hand van een informatieblad *tip-sheet* en de Brochure Positief Ouderschap waarbij de inhoud mondeling wordt toegelicht en wordt aangepast aan de behoeften van de ouder. Ouders krijgen de informatie ook mee naar huis met de mogelijkheid voor een tweede contact voor feedback. De onderwerpen van deze 43 folders zijn o.a. Ouderschap, Stress de baas blijven, Huilen, Slaappatronen, Ongehoorzaamheid, Driftbuien, Gedrag op school, Ruzie en agressie, Zelfbeeld en Angsten bij kinderen. Op dit niveau is er ook een groepsgericht aanbod in de vorm van lezingen over specifieke onderwerpen rond positief opvoeden.

Level 3: Eerstelijns Triple P (Gericht advies bij specifieke zorgen over het gedrag en de ontwikkeling van het kind)

Het doel is opnieuw het inzicht vergroten in het gedrag en de ontwikkeling van kinderen, ouders stimuleren (meer) gebruik maken van positieve opvoedingsstrategieën, ouders leren omgaan met de specifieke (gedrags)problemen van hun kind, voorkomen dat emotionele- en gedragsproblemen verergeren, voorkomen dat de ontwikkeling van kinderen wordt belemmerd en het competentiegevoel van ouders inzake opvoeding vergroten. Niveau 3 is een gerichte vaardigheidstraining en sluit aan bij vraag en situatie van ouder van kinderen tot 12 jaar. Triple P Level 3 is bedoeld voor ouders met specifieke zorgen over het gedrag en de ontwikkeling van hun kind. Er is sprake van beginnende gedragsproblematiek bij het kind en een gevoel van incompetentie bij de ouders. Het gaat om ouders die behoefte hebben aan gericht advies en begeleiding bij het omgaan met specifieke moeilijkheden. Indicaties voor een level 3 interventie zijn: ouders zoeken informatie over hoe ze het specifieke gedragsprobleem bij hun kind kunnen aanpakken, de gedragsproblemen zijn vrij specifiek, het betreft mild of matig ernstig probleemgedrag van recente datum (de afgelopen 6 maanden). De ouders hebben geen ernstige psychopathologie en hun gezinssituatie is vrij stabiel. Het is af te raden dit interventieniveau te gebruiken bij de ouders in een scheidingsproces of bij ouders of kinderen met een psychiatrische problematiek. Het programma kan ook geïndiceerd zijn wanneer een hoger interventieniveau succesvol werd beëindigd en een beperkte ondersteuning in de vorm van een onderhoudsprogramma nuttig is.

De aanpak op dit interventieniveau bestaat uit een individuele vaardigheidstraining in vier sessies van ongeveer 30 minuten en richt zich op problemen als woedeaanvallen van het kind, zeuren en ruzie en vechtpartijen met broers en zussen. De *eerste* sessie is bedoeld om de aard en het ontstaan van het probleem te verduidelijken. In deze sessie wordt een doelprobleem en monitoringsysteem gekozen. Het gedrag wordt door de ouders in kaart gebracht tussen de eerste en tweede afspraak (huiswerk). In de *tweede* sessie wordt nagevraagd of het probleem nog bestaat, wordt feedback gegeven over de

verzamelde gegevens en wordt samen met de ouders een plan van aanpak opgesteld. Er wordt gekozen voor het werken aan een of meerdere van de 17 opvoedstrategieën. Er wordt tevens een doelstelling geformuleerd omtrent het gekozen probleemgedrag. In de *derde* sessie wordt de toepassing van de nieuwe aanpak en de eventuele problemen met de uitvoering ervan geëvalueerd. De opvoedstrategieën worden besproken, eventueel aangevuld met een actieve vaardigheidstraining (oefenen met rollenspel). In *sessie 4* wordt de aanpak geëvalueerd, worden eventuele moeilijkheden besproken in de aanpak of het volhouden ervan en wordt positieve feedback gegeven. De ouders worden aangemoedigd, gemotiveerd om verder te gaan op de ingeslagen weg.

Level 4: Standaard Triple P/Groepsgerichte Tripel P (Training in opvoedingsvaardigheden bij ernstige gedragsproblemen van het kind)

De doelstellingen van Triple P level 4 zijn:

- Ouders leren hoe zij een positief contact met hun kind kunnen bevorderen.
- Ouders leren gewenst gedrag bij hun kind te bevorderen.
- Ouders leren omgaan met ongewenst gedrag door het hanteren van duidelijke basisregels, gedrag gepast negeren, logische consequenties aan gedrag verbinden en een time out geven.
- Ouders leren deze vaardigheden zowel thuis als buitenhuis te gebruiken.

Dit interventieniveau is bedoeld voor ouders met kinderen met ernstige emotionele en gedragsproblemen (bijvoorbeeld: meervoudige gedragsproblemen zoals oppositioneel of agressief gedrag en emotionele problemen). Ouders hebben een intensieve training in opvoedingsvaardigheden nodig om adequaat te kunnen opvoeden en om te gaan met specifieke gedragsproblemen van het kind. Inclusiecriteria voor level 4 zijn veelvoudige gedragsproblemen, gedragsproblemen in meerdere settings (thuis, school, clubs, vrienden) of duidelijke tekortkomingen in de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Een level 4 interventie is niet aangewezen wanneer er, naast het probleemgedrag van het kind, sprake is van complexe gezinsproblemen. De aanpak van dit interventieniveau bestaat uit het geven van informatie, actieve vaardigheidstraining en ondersteuning van ouders bij het toepassen van één of meer opvoedingsstrategieën om ongewenst gedrag te doen verminderen. Level 4 gaat verder dan level 3. Er wordt meer aandacht besteed aan het actief trainen van vaardigheden door bijvoorbeeld rollenspel, videofeedback en gedragsoefeningen. De ondersteuning op level 4 kan in drie verschillende vormen worden aangeboden: individueel, groepgericht en via een zelfhulpprogramma. Het individuele programma bevat acht tot tien sessies van ongeveer anderhalf uur. Het groepsgerichte programma omvat ongeveer vier groepsbijeenkomsten van ongeveer twee uur, drie aanvullende individuele telefonische consulten van 15-30 minuten en een terugkombijeenkomst met de hele groep. Het zelfhulpprogramma bestaat uit een zelfhulpboek voor ouders waarin een zelfhulpprogramma van tien weken wordt beschreven. Per week kunnen ouders informatie doornemen en bijbehorende opdrachten maken. Een wekelijks aanvullend telefoongesprek van 15-30 minuten is mogelijk.

Level 5: Versterkt Triple P (Gezinsinterventie bij ernstige gedragsproblemen van het kind, gecombineerd met overige gezinsproblemen)

De interventie op Level 5 bouwt voort op de training in opvoedingsvaardigheden van niveau 4, maar houdt rekening met andere factoren die het pedagogisch handelen van ouders beïnvloeden. Het gebruikt dan ook dezelfde doelen als deze van level 4. Daarnaast wordt ouders op level 5 geleerd disfunctionele denkpatronen te herkennen, specifieke vaardigheden toe te passen (bijvoorbeeld ontspannen) en samen te werken in de opvoeding. Dit resulteert in een verbeteren van de onderlinge communicatie, een consistentere gebruik van positieve opvoedstrategieën en grotere ondersteuning van elkaar. Level 5 richt zich op ernstige gedragsproblemen van het kind waarbij ook sprake is van andere problemen of van disfunctioneren van het gezin. Het gaat om een intensieve individuele training voor het gezin van maximum elf sessies die zich richt op de gedragsproblemen van het kind in combinatie met problemen van de ouders, zoals relatieproblemen, stress en depressie. Dit interventieniveau omvat drie interventiemodules die individueel of gecombineerd aan het gezin worden aangeboden.

2.2.3. Leidende principes

Principes van Positief Opvoeden

Positief opvoeden is een pedagogische benadering die ernaar streeft om de ontwikkeling van kinderen te bevorderen en op een constructieve en zorgzame manier met het gedrag van kinderen om te gaan. Positief opvoeden is op vijf basisprincipes van positief opvoeden gebaseerd:

1. Het creëren van een veilige en uitdagende omgeving.

Bij een veilige omgeving gaat het om zowel emotionele als fysieke veiligheid. Dit betekent dat de ouder beschikbaar moet zijn en gevaarlijke situaties moet voorkomen. Een uitdagende omgeving wil zeggen dat er voldoende ruimte en stimulans is voor kinderen om zich te ontwikkelen.

2. Zorgen voor een positieve leeromgeving.

Positieve aandacht en aanmoediging van ouders motiveert een kind om nieuwe dingen te leren en vaardigheden verder te ontwikkelen. Bovendien is de kans groter dat het kind zich vaker zo zal gaan gedragen.

3. Hanteren van een assertieve discipline.

Door het gebruik van assertieve discipline leren kinderen verantwoordelijkheid voor hun gedrag opnemen, worden ze zich bewust van de behoeften van anderen en leren ze zich beheersen. Kinderen ontwikkelen ook minder gedragsproblemen wanneer ouders op een consistente en voorspelbare wijze regels hanteren. Ouders kunnen ook anticiperen en op voorhand plannen om te vermijden dat er zich in risicovolle situaties problemen voordoen.

4. Realistische verwachtingen hebben.

De verwachtingen van de ouders moeten aansluiten bij de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. Ouders die perfectie nastreven zullen vaak gefrustreerd worden.

5. Voor jezelf zorgen als ouder.

Ook ouders mogen fouten maken. Ze mogen niet te streng zijn voor zichzelf. Ouders moeten af en toe rust nemen en bijvoorbeeld een oppas regelen. Ouderschap is makkelijker als ouders ook voor zichzelf zorgen.

Tijdens het programma wordt ouders geleerd hoe ze positief contact met hun kind kunnen maken, hoe ze gewenst gedrag bij hun kind kunnen stimuleren, hoe ze hun kind nieuwe vaardigheden kunnen leren en hoe ongewenst gedrag kan worden aangepakt. Het gaat meer specifiek om de volgende 17 opvoedingsstrategieën die:

Positief contact bevorderen:

- Quality time doorbrengen met kinderen
- Praten met kinderen
- Genegenheid tonen

Gewenst gedrag bevorderen:

- Beschrijvend prijzen
- positieve aandacht schenken
- Boeiende activiteiten aanbieden.

Nieuwe vaardigheden en gedrag leren:

- Het goede voorbeeld geven
- Spontane leermomenten gebruiken,
- vragen, vertellen, doen
- Gedragskaarten gebruiken.

Ongewenst gedrag hanteren:

- Basisregels vastleggen
- Geleide discussie bij overtreding van een regel
- Gepland negeren van kleine gedragsproblemen
- Heldere duidelijke instructies geven,
- Instructies kracht bijzetten met logische consequenties
- Quiet time gebruiken voor ongewenst gedrag
- Time-out toepassen voor ernstig wangedrag

Ouders krijgen informatie over deze opvoedingsstrategieën en worden begeleid bij de toepassing ervan in de eigen situatie.

Zelfregulatie

Zelfregulatie is een leidend principe in het Triple P. Het sturen van het eigen gedrag krijgt zowel vorm in de opvoedingsstrategieën die ouders leren als in de manier waarop professionals ondersteuning bieden en feedback geven aan de ouders. In Triple P omvat zelfregulatie de volgende aspecten:

1. Zelfredzaamheid

Triple P stimuleert ouders te leren vertrouwen op hun eigen beoordelingsvermogen en hun vermogen zelfstandig problemen te kunnen oplossen.

2. Persoonlijke effectiviteit

Ouders dienen over voldoende zelfvertrouwen te beschikken en te verwachten dat zij zelf in staat zijn problemen goed aan te pakken en op te lossen. Om dit gevoel van effectiviteit te versterken is het nodig dat ouders en kinderen succeservaringen opdoen en dit zien als resultaat van hun eigen inspanningen.

3. Zelf leiding kunnen geven

Triple P stimuleert ouders zelf te kiezen aan welke doelen ze willen werken en welke strategieën ze daarvoor gebruiken. Ouders formuleren zelf de criteria voor succes en bepalen door observatie van het gedrag van hun kind en door zelfevaluatie of het gestelde doel dichterbij komt.

4. Zelfsturing

Zelfsturing wil zeggen dat ouders in opvoedingssituaties een realistische inschatting maken van hun eigen aandeel en dat van hun kind. Ouders leren reflecteren op hun aanpak en krijgen op deze manier inzicht in hun gedrag en ze leren hoe ze dingen kunnen sturen in de richting van hun doelen.

5. Problemen oplossen

Ouders zijn competent genoeg om opvoedingsproblemen te kunnen oplossen in uiteenlopende situaties. Ouders kunnen de probleemoplossende vaardigheden die ze in Triple P leren vertalen naar thuis en buitenshuis.

2.2.4. Uitgangspunten en theoretische achtergrond:

Volksgesondheidsbenadering: Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de media het gedrag van mensen kunnen beïnvloeden (Taylor & Biglan, 1998). Als we het gedrag van kinderen willen veranderen, moet die gedragsverandering in een brede maatschappelijke context plaatsvinden (Biglan, 1995 in Sanders e.a., 2000). Level 1 van Triple P speelt daarbij een belangrijke rol. Ervaringen van ouders worden genormaliseerd, het gevoel van isolement wordt doorbroken, de ervaren sociale en emotionele steun vanuit anderen ("je bent de enige niet") wordt - via bv. voorbeeldverhalen of gezinsdocumentaires -

vergroot en het belang van en de moeilijkheden met betrekking tot opvoeden worden publiekelijk erkend.

De sociale leertheorie (Patterson, 1982): Dit model gaat ervan uit dat dwingende en disfunctionele patronen in een gezin antisociaal gedrag van de kinderen voorspellen. Uitgaande van een leertheoretische opvatting stelt Patterson (o.a. 1982) dat zowel ouders als kinderen bekrachtigd worden in een vicieuze cirkel van coërcief gedrag. Door ouders te leren op een positievere manier met hun kinderen om te gaan en minder dwingend op te voeden, kan het gedrag tijdig worden omgebogen (Sanders e.a., 2000; Taylor & Biglan, 1998). Op level 1 en 2 krijgen ouders vooral informatie over meer positieve manieren van opvoeden. Op level 3, 4 en 5 worden ouders getraind in het hanteren van positieve opvoedstrategieën.

Theorieën over gedragsverandering: Vanuit de leertheorie wordt er gekeken naar uitlokkende situaties en onbedoelde bekrachtiging of beloning van probleemgedrag. Onderzoek naar gedragstherapie voor kinderen en/of ouders heeft geleid tot verschillende gedragsveranderingstrategieën. Zo is bijvoorbeeld bekend dat wanneer kinderen opgroeien in een positieve en stimulerende omgeving hun gedragsproblemen verminderen. (Risley e.a., 1976; Sanders, 1992, 1996, in Sanders e.a., 2000). Op level 1 en 2 krijgen ouders informatie over positief opvoeden en het effect daarvan op de ontwikkeling van kinderen. Ouders krijgen inzicht in factoren die ongewenst gedrag uitlokken en in stand houden. Op basis van die kennis bepalen zij wat zij willen veranderen in hun eigen situatie. Op level 3, 4 en 5 worden ouders getraind in het toepassen van uiteenlopende opvoedstrategieën en leren zij gericht te werken aan gedragsveranderingen bij zichzelf en bij hun kind.

Sociale informatietheorie: Uitgaande van een leertheoretisch perspectief, benadrukt Bandura (o.a. 1977, 1995) de belangrijke rol van verwachtingen en overtuigingen die ouders hebben en de invloed daarvan op bijvoorbeeld hun besluitvaardigheid, zelfbekwaamheid en concrete gedrag (Bandura, 1977, 1995, in Sanders e.a., 2000) In Triple P worden ouders aangemoedigd om ondermijnd en disfunctioneel denken en doen bij zichzelf of bij hun kind om te zetten in 'helpende gedachten' en een positieve aanpak van het opvoeden. Dit gebeurt onder meer door het oefenen van de 17 opvoedstrategieën. Er wordt gewerkt aan het competentiegevoel *self-efficacy* van ouders.

Ontwikkelingspsychologie van opvoeden in de alledaagse context: Op level 1 en 2 krijgt dat vorm door het geven van informatie over positieve manieren van opvoeden en veel voorkomende gedragsproblemen bij kinderen in een bepaalde leeftijdsfase. Ouders leren hun eisen af te stemmen op wat hun kind al kan of juist moet leren in een bepaalde fase waarmee de zelfredzaamheid en competentie van kinderen kan worden bevorderd. Op level 3, 4 en 5 worden ouders ook getraind in het hanteren van positieve opvoedstrategieën in alledaagse situaties en het omgaan met probleemgedrag van kinderen in settings die ouders als risicovol benoemen.

Transactionele visie: Het risico op het ontwikkelen van ernstige gedrags- en emotionele problemen vermindert als ouders hun dagelijkse contact met hun kind

gebruiken om het kind taal, sociale, ontwikkelings- en probleemoplossende vaardigheden te leren binnen een ondersteunende omgeving (Hart & Risley, 1995, in Sanders e.a., 2000). Risicofactoren waar Triple P rekening mee houdt zijn bijvoorbeeld gebrekkig 'opvoedingsmanagement', relatieproblemen en stress of depressie bij de ouders. Op level 5 wordt ook op deze laatste ouderproblemen ingegaan. Op level 1 en 2 krijgen ouders informatie over positieve manieren van opvoeden en inzicht in belangrijke oorzaken van probleemgedrag bij kinderen. Ouders krijgen inzicht in het belang van positieve en affectieve relatieopbouw en adequate en onschadelijke disciplineringsstrategieën. Ouders leren realistische verwachtingen te hebben over hun kind en over zichzelf als opvoeder. Op level 3, 4 en 5 worden ouders getraind in het toepassen van specifieke opvoedstrategieën en het adequaat kunnen omgaan met probleemgedrag.

2.2.5. Werkzame ingrediënten

Triple P kent een gestandaardiseerde en protocollaire werkwijze die (vanaf level 2) per niveau in een aparte handleiding beschreven is. Triple P gaat uit van het principe van kosteneffectiviteit, wat betekent dat niet minder of meer ondersteuning aan ouders wordt geboden dan wat zij nodig hebben. Sommige ouders zijn alleen met informatie geholpen terwijl anderen meer intensieve steun nodig hebben.

Triple P biedt keuzemogelijkheden voor ouders met kinderen in verschillende leeftijden en bij veel voorkomende problemen in de ontwikkeling van kinderen. De ondersteuning kan zowel schriftelijk als mondeling en ook individueel en groepsgewijs worden aangeboden. Triple P wil op deze manier aansluiten bij verschillende vragen en behoeften van ouders en kan qua intensiteit variëren.

- Triple P richt zich op beïnvloeding van een belangrijke risico- en beschermende factor in de ontwikkeling van kinderen: de opvoedingscompetentie van ouders en gezinsmanagement.
- Triple P stimuleert het principe van zelfregulatie.
- Triple P combineert een *public health* benadering gericht op alle ouders met gerichte interventies voor ouders en kinderen met specifieke moeilijkheden wat moet leiden tot een toeleiding van ouders naar hulp op maat.
- Triple P gaat uit van een multidisciplinaire benadering waarbij professionals zoals jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen, leerkrachten, maatschappelijk werkers, pedagogen en psychologen betrokken kunnen zijn bij de uitvoering van Triple P interventies.
- Triple P bevordert dat professionals werken vanuit een gezamenlijke pedagogische visie en verantwoordelijkheid wat een integrale en sluitende aanpak mogelijk maakt.
- Triple P is theoretisch onderbouwd en werkt algemeen geldende theoretische inzichten uit in goed toepasbare interventies voor ouders.

2.2.6. Gespreksmodel Triple P level 3

1. Het **eerste gesprek** of het intakegesprek is bedoeld om het probleem in te schatten. Ouders moeten aan het einde van deze eerste sessie de aard van het gedragsprobleem kunnen beschrijven én doelgedrag of doelgedragingen kunnen herkennen en opvolgen. Het eerste gesprek bestaat uit de volgende gesprekelementen:

1 Introductie

- Verwelkoming en voorstelling
- Agenda overlopen

Intake

- Bespreken van de zorgen van de ouders
- Samenvatten van de beschrijving van de ouders
- Nagaan of er sprake is van ontwikkelings- of gezondheidsproblemen
- Nagaan van schoolprestaties van het kind (niet van toepassing voor K&G)
- Nagaan van gezinsrelaties- en interacties

Interventiemogelijkheden

- Nagaan of Eerstelijns Triple P een geschikte interventie is voor het gezin
- Indien van toepassing, bespreken van voortgang van het programma
- Indien van toepassing, bespreken van doorverwijzing

Het gedrag van kinderen opvolgen

- Besluiten welk doelgedrag opgevolgd wordt
- Motiveren van de reden om het gedrag op te volgen
- Ontwikkelen van een systeem om het gedrag op te volgen

Afsluiten van de sessie

- Overlopen van wat in de sessie werd besproken
- Uitleg huistaken:
 - Invullen van Triple P Vragenlijsten: Gezinsachtergrond (niet voor K&G, wordt in het onderzoek gebruikt en hier door de regioverpleegkundige ingevuld), 'Pedagogische ervaring van de ouders', het formulier gedragsmonitoring, de video 'overlevingsgids voor elke ouder' bekijken, de controlelijst voor oorzaken van gedragsproblemen bij kinderen invullen.
- Een afspraak maken voor de volgende sessie
- De sessie afronden

2. In het **tweede gesprek** dient een opvoedingsaanpak ontwikkeld te worden. Aan het einde van de sessie moeten de ouders in staat zijn de aard van het gedrag te omschrijven, uitlokkende factoren te benoemen, veranderingsdoelen te bepalen, een opvoedingsaanpak uit te voeren en het doelgedrag te blijven opvolgen. Het tweede gesprek bestaat uit de volgende elementen:

Agenda

- Agenda opstellen

Feedback geven over de verzamelde gegevens via een geleid participatiemodel

- Nagaan of het probleem nog van toepassing is en een samenvatting geven
- Het systeem van feedback aan de ouders uitleggen
- Bespreken van de gegevens uit het intakegesprek, de gedragsmonitoring en eventueel uit de observatie
- Geven van een algemene samenvatting
- Nagaan of de ouders het eens zijn met de gegeven samenvatting

Oorzaken van gedragsproblemen bij kinderen via een geleid participatiemodel

- Uitleggen van het belang van bespreken van oorzaken
- Aan de ouders vragen welke factoren volgens hen een rol spelen
- De ouders vragen nog andere oorzaken te benoemen
- De eigen waarnemingen met de ouders delen
- Een algemene samenvatting geven

Bepalen doelen voor verandering

- Schalen voor doelbereik opstellen

Opvoedingsaanpak bepalen via een geleid participatiemodel

Een opvoedingsaanpak voor het doelgedrag aanreiken, afstemmen of ontwikkelen:

- Voorbereiden van het kind op activiteiten
- Met het kind over de regels praten
- Boeiende activiteiten kiezen, kinderen stimuleren alleen te spelen
- Bespreken van beloningen voor gewenst gedrag
- Kiezen en toepassen van consequenties (straf) voor ongewenst gedrag
- Evalueren van het gedrag met het kind

Inoefenen van de strategieën

Afsluiting van de sessie

- Overlopen van wat in de sessie werd besproken
- Uitleggen van huistaken:

- Invullen van de controlelijst voor de opvoedingsaanpak, gedragsmonitoring en het uitproberen van de nieuwe opvoedingsaanpak.
- Een afspraak maken voor de volgende sessie
- De sessie afronden

3. Het **derde gesprek** wordt besteed aan het evalueren van de toepassing van de opvoedingsaanpak. Aan het einde van dit gesprek dienen de ouders in staat te zijn hun sterke en zwakke punten te benoemen, obstakels bij de uitvoering van de opvoedingsaanpak te benoemen en hiervoor een oplossing aan te dragen, verdere doelen voor verandering te bepalen en hiervoor een plan uit te werken. Het derde gesprek bevat de volgende elementen:

Agenda

- Opstellen van een agenda

Opvolgen van de vooruitgang

- Evalueren van de gedragsmonitoring
- Evalueren van de invoering van de opvoedingsaanpak (evalueren van de sterke punten en dan van de zwakke punten met het oog op de zelfregulatie)
- Verfijnen en verder oefenen met de opvoedingsaanpak waar nodig
- Bespreken en overwinnen van hindernissen bij het toepassen van het plan: bijvoorbeeld misverstanden, ondermijnende gedachten of andere hindernissen

Andere problemen

- Bespreken van andere problemen, bevestiging geven
- Aanmoedigen van eigen probleemoplossend vermogen van de ouders
- Crisissen bespreekbaar maken, reflectief luisteren, eventueel bespreken van doorverwijzing naar Triple P level 4 of 5

Afsluiting van de sessie

- Overlopen van wat in de sessie werd besproken
- Uitleggen van huistaken:
 - Invullen van de bijgestelde controlelijst voor de opvoedingsaanpak, gedragsmonitoring en het stellen van doelen bij het oefenen van de strategieën
- Een afspraak maken voor de volgende sessie
- De sessie afronden

4. Het **vierde gesprek** bestaat uit het opvolgen van de toepassing van de opvoedingsaanpak door de ouders. Deze moeten aan het einde van deze sessie in staat zijn om hun sterke en zwakke punten bij het toepassen van de opvoedingsaanpak te benoemen, hindernissen in de uitvoering te herkennen en op te lossen, veranderingen in het gedrag van hun kind te herkennen, verdere doelen voor verandering te kunnen bepalen en hiervoor een plan kunnen

opstellen. Ouders moeten zich ook voldoende zelfzeker voelen over hun opvoedingsvaardigheden en het vermogen hebben problemen in de toekomst zelf op te lossen. De volgende elementen komen aan bod:

Agenda

- Opstellen van een agenda

Opvolgen van de vooruitgang

- Evaluatie van de gedragsmonitoring
- Evaluatie van de toepassing van de opvoedingsaanpak
- Evalueren van de geboekte vooruitgang (invullen schalen doelbereik)
- Bespreken van het handhaven van de vooruitgang: hervulpreventie

Andere problemen

- Agendapunten van de ouders bespreken
- Bespreken van mogelijke crisissen

Afsluiting van de sessie

- Overlopen van wat in de sessie werd besproken
- Bespreken waar ouders in de toekomst terecht kunnen
- Bedanken van de ouders voor hun deelname
- De sessie afronden

2.3. Verschil tussen Triple P en het SU:

Daar het SU zal worden vergeleken met Triple P level 3 is het nuttig de methodieken naast elkaar te leggen. Zoals beschreven is er binnen het huidige SU geen sprake van één methodiek. Er worden veeleer een veelheid aan inzichten, invalshoeken en methoden ter beschikking gesteld en gebruikt in een setting waar veel handelingsvrijheid bestaat. We moeten tevens opmerken de gehanteerde instrumenten en inzichten voor een stuk (in ieder geval sinds 2006) werden beïnvloed door Triple P. Voor 2006 was het SU sterk geïnspireerd op het werk van Geraldien Blokland (cfr. supra). In dit onderzoek zal in kaart worden gebracht welke handelingen precies in de gesprekken worden gebruikt, hoeveel tijd ervoor nodig is en hoe vaak gezinnen worden gezien in relatie tot de ernst van de klachten. Aldus zullen de verschillen tussen het SU en 3P3 in kaart kunnen worden gebracht.

Hieronder beschrijven we kort nog even de belangrijkste gelijkenissen en verschilpunten tussen het SU en 3P3.

2.3.1. Gelijkenissen

- Doelstelling: ouders door gesprek inzicht laten verwerven in opvoedingssituatie en samen zoeken naar aanpak om situatie 'hanteerbaar' te

maken voor de ouder (ouder leert hieruit om met nieuwe situaties om te gaan)

- Het gebruik van een gespreksmodel: er zijn gespreksfasen die opgebouwd en gevolgd moeten worden
- De doelgroep/indicatiestelling ³
- Het gebruik van ondersteunend materiaal (materialen verschillen voor spreekuur en 3P3)
- De uitvoerders krijgen specifieke opleiding en supervisie

2.3.2. Verschilpunten

- Begrippenkader voor opvoedingsgebeuren (het ecologische model van Hellinckx versus het begrippenkader triple P)
- Strakheid van het protocol (SU: fasen dienen gevolgd te worden; het tempo van de ouder wordt hierin gevolgd; grenzen liggen tussen 1 en 5 contacten; 3P3: afgebakend per contact met standaard 4 contacten)
- Intensiteit van de opleiding en supervisie (intensiever bij 3P3)
- 3P3 heeft een eenheid in aangeboden ondersteunend materiaal; SU heeft ondersteunend materiaal van diverse bronnen
- Gebruik van standaardvragenlijsten (echtelijke relatie, opvoedingsstijl, ...) door 3P3
- Inhoudelijk stuurt Triple P meer in aandacht voor positief én ongewenst gedrag (bij SU verondersteld maar niet geëxpliciteerd in leidraad)
- Er is een verschil in de wijze waarop de hulpverlener het gesprek leidt
- 3P3 maakt meer gebruik van omschreven adviezen
- 3P3 doet sterk beroep op gedragstherapeutische principes

Uit het bovenstaande blijkt dat het SU en 3P3 op een aantal punten op elkaar gelijk zijn. Het feit dat 3P3 een inspiratiebron geweest is voor het SU heeft daar zeker mee te maken. Daarnaast zijn er ook belangrijke verschillen. Een van de belangrijkste verschillen is zeker de starheid waarmee het protocol moet worden gehanteerd. Dit kan aanleiding geven tot een grotere methodische vrijheid in het SU. Tegelijkertijd moet worden gezegd dat hoewel het 3P3-protocol aanwijzingen bevat voor het aantal sessies, de structuur en inhoud van elke sessie en de te gebruiken materialen bij elk gesprek zijn afwijkingen op maat van de gezinnen nog steeds mogelijk. Afwijkingen kunnen bijvoorbeeld voor wat betreft het tempo en de accenten die gelegd worden naar strategie. Wat het tempo betreft, is het zeker mogelijk dat één of meerdere sessies kunnen worden toegevoegd. Wanneer

³ Tijdens de implementatie van level 2 en 3P3 is men in de experimentele regio's gekomen tot een verdere verfijning van het onderscheid tussen level 2 en level 3 indicaties (v.b. level 3 richt zich op de meer ernstige problemen, ouders zijn onzekerder ...). Dit maakt dat de doelgroep van level 2 en van level 3 doorheen de projectfase anders werd gedefinieerd. Dit onderscheid is veel minder expliciet aanwezig in de controleregio's waar deze strikte uitzuivering niet gebeurd is.

echter het aantal sessies heel sterk afwijkt (bijvoorbeeld het dubbele) of een bepaalde strategie wordt telkens herhaald dan kan de vraag gesteld worden of een hoger level niet meer geïndiceerd is (andere indicatiestelling) en of er iets schort met de uitvoering. (Een overzicht van de noodzakelijk aanwezige handelingen wordt gepresenteerd in 4.2.4.).

In het volgende hoofdstuk bespreken we de gebruikte onderzoeksmethoden. We geven er ook aan hoe we de gelijkenissen en verschillen inzake praktische realisatie in kaart zullen brengen.

Hoofdstuk 3

Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk bespreken we kort de oorspronkelijke onderzoeksvragen en de gebruikte methode. In een inleidende paragraaf (3.1.) geven we een overzicht van de kernvragen die we trachten te beantwoorden. Vervolgens hebben we aandacht voor de kwaliteitseisen van een effectonderzoek en verduidelijken we het begrip outcome (3.2. en 3.3.). We concretiseren er tevens de onderzoeksvraag in functie van de verschillende aspecten van outcome (3.3.). Daarna hebben we aandacht voor het implementatieonderzoek (3.4.). Ten slotte bespreken we de inclusie van de proefpersonen (regio en gezinnen) (3.5.), de gebruikte instrumenten (3.5.3.) en de data-analyse (3.5.4.).

3.1. Inleiding

We onderscheiden twee kernvragen:

- Wat is het effect van opvoedingsondersteuning op verschillende uitkomstvariabelen? Verschillen de uitkomsten van opvoedingsondersteuning toegediend met het SU (care as usual) van deze van opvoedingsondersteuning aangeboden met 3P3?
- Is de implementatie van 3P3 goed verlopen? Wordt 3P3 toegepast zoals dit door de auteurs wordt bedoeld met betrekking tot doelgroep, doelbereik en programma-integriteit?

Het effectonderzoek toont aan of het programma werkt. Het implementatieonderzoek kan antwoorden geven op de vraag waarom het programma al dan niet werkt.

3.2. Effectiviteitonderzoek: kwaliteitseisen

Aantonen dat een interventie werkzaam is stelt niet alleen eisen aan de kwaliteit van de interventie zelf. Chambless en Hollon (1998) beschreven, gebaseerd op de bevindingen van de APA Taskforce on Psychological Intervention Guidelines (1985), de eisen waaraan het onderzoek moet voldoen om van "aangetoonde werkzaamheid" te kunnen spreken. De volgende kwaliteitseisen worden gesteld:

- De voorkeur gaat uit naar de zogenaamde RCT's, een experimenteel proefopzet waarbij de deelnemers op willekeurige wijze aan de een of andere conditie worden toegewezen. Men moet op redelijke wijze kunnen verwachten dat de gevonden effecten inderdaad toe te schrijven zijn aan de onderzochte interventie en niet aan toevallige variabelen zoals tijd of verschillen in de kenmerken van de deelnemers in de verschillende condities. RCT's worden uit ethische overweging zelden toegepast (Moran, Ghate en van der Merwe, 2004). Een quasi-experimenteel opzet is dan het beste alternatief.

- De vergelijking met de zogenaamde wachtlijstconditie kan leiden tot de bevinding dat de interventie effectief is (Chambless & Hollon, 1998), ondanks het feit dat men niet met zekerheid kan stellen dat het effect niet (ook) te wijten is aan bijvoorbeeld de positieve invloed van aandacht (placebo). Dus vergelijkingen met alternatieve behandelingen worden verkozen.
- Er moet voldoende statistische power en dus een voldoende grote steekproef gebruikt worden om effectiviteit aan te tonen.
- De steekproef moet voldoende precies worden beschreven. Het moet duidelijk zijn voor welke populatie de werkzaamheid van de interventie wordt onderzocht.
- De gebruikte instrumenten moeten valide en betrouwbaar zijn. De uitkomst wordt liefst met meer dan één methode en door meer dan één respondent opgetekend.
- Er moet rekening gehouden worden met een bias die ontstaat als gevolg van uitval in de loop van het onderzoek. Aangevoerd moet worden dat de effecten niet het gevolg zijn van de uitval van de groep die de behandeling niet tot het einde volgt. Chambless en Hollon (1998) stellen daarom een *intention to treat*-analyse voor (Hollis & Campbell, 2007). Verschillen in uitkomsten tussen de volledige groep en de groep die bij follow-up nog mee doet moeten worden verklaard.

Prinsen en anderen (2006) geven eveneens de voorkeur aan (quasi)-experimenteel onderzoek in de praktijk uitgevoerd met follow-up meeting. In het huidige onderzoek is met de bovenstaande kwaliteitscriteria rekening gehouden.

3.3. Outcome: verschillende aspecten

3.3.1. Doelgroep

In de effectevaluatie wordt onderzocht of het programma werkt en of het beter is dan wat al wordt gedaan. Daarnaast is het belangrijk na te gaan aan wie de interventie is toegediend. We willen dan ook een zicht hebben op demografische en probleemkenmerken van de bereikte doelgroep van het SU en 3P3.

3.3.2. Uitkomsten

De term outcome dekt verschillende ladingen. In de literatuur (Knorth, 2005; van Yperen, 2003) worden vier indicatoren van effect naar voor geschoven. Met deze indicatoren worden de onderzoeksvragen geconcretiseerd:

1. Cliëntuitval

- Uitval wordt niet expliciet behandeld. We controleren immers voor uitval door middel van een *intention to treat*-analyse (zie 3.5.1.6.). Tevens wordt uitval zichtbaar door het in kaart brengen van de handelingen (zie hoofdstuk 4).

2. Probleemreductie

- In welke mate rapporteren ouders minder emotionele en gedragsproblemen bij hun kind na opvoedingsondersteuning middels 3P3 of het SU?
- In welke mate resulteert 3P3 in vergelijking met het SU in een vermindering van de opvoedingsstress?
- In welke mate zien we een toename van het gevoel de taak als opvoeder aan te kunnen zoals gerapporteerd door de ouder en dit onmiddellijk na de interventie en op langere termijn?
- In welke mate resulteert 3P3 in vergelijking met het SU in een vermindering van psychisch onwelbevinden zoals gerapporteerd door de ouder en dit onmiddellijk na de interventie en op langere termijn?

3. Doelrealisatie

- In welke mate worden doelen opgesteld aan het begin van de 3P3 begeleiding of het SU?
- In welke mate worden de doelen die gesteld worden gerealiseerd in het 3P3 programma in vergelijking met het SU?

4. Cliënttevredenheid.

- Hoe tevreden zijn ouders met 3P3 en verschillen zij in tevredenheid van ouders die het SU kregen?

Hieronder concretiseren we nog meer hoe de uitkomstvariabelen geoperationaliseerd zijn.

3.4. Implementatieonderzoek

In het implementatieonderzoek wordt nagegaan of het programma is geïmplementeerd zoals bedoeld. Chambers et al. (1992) stellen dat implementatieonderzoek o.a. formatief onderzoek omvat. Formatief onderzoek is veelal (maar zeker niet exclusief) gericht op de processen die gepaard gaan met de implementatie van de innovatie (Clarke 1999). De volgende onderzoeksvragen werden hierbij geformuleerd:

- Behandelintegriteit: wordt 3P3 geïmplementeerd zoals op papier beoogd?
- Welke zijn de verschillen tussen het SU en 3P3 inzake bijvoorbeeld aantal en soort interventies, aantal consulten, duur van de sessies en de tijd die voor afstemming wordt gebruikt.
- Beleven de uitvoerders 3P3 als een verbetering in vergelijking met het SU, en zo niet welke zijn de knelpunten en noodzakelijke aanpassingen⁴?

⁴ Deze onderzoeksvraag werd opgenomen door twee studenten tweede Master Orthopedagogiek van de KULeuven in het kader van hun eindverhandeling (Promotor Prof. Dr. H. Grietens).

3.5. Methode

Er wordt gebruikgemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksopzet met voor-, na- en follow-upmetingen 3 maanden na het beëindigen van de interventie. De experimentele interventie 3P3 wordt door K&G geïmplementeerd in alle 7 Antwerpse grootstadregio's (experimentele regio's). De experimentele (3P3) en de controlegroep (SU) bestaan uit liefst 86 gezinnen⁵.

3.5.1. Proefgroep

Selectie controleregio's

De experimentele regio's zijn de regio's van de grootstad Antwerpen. De controleregio's worden zo gekozen zodat zij zoveel mogelijk met de experimentele Antwerpse regio's vergelijkbaar zijn. Hiervoor worden de Antwerpse regio's op de variabelen kansarmoede, opleidingsniveau van de moeder en het percentage kinderen dat in een migrantengezin wordt geboren⁶ vergeleken met overige K&G regio's (Tabel 1).

Tabel 1. Kansarmoede, laagopgeleide moeders en % migranten in Antwerpen

	Kansarmoede %						
	Antw. 1 1centrum	Antw. 2 Noord 1	Antw. 3 Noord 2	Antw. 4 NO	Antw. 5 Schelde,	Antw. 6 ZO	Antw. 7 ZW
# geboortes	1 391	924	612	1307	1315	1013	1228
%' -1 sd	2,79	35,23	35,18	10,69	6,24	0,31	9,47
%	11,07	43,51	43,46	18,97	14,52	8,59	17,75
%'+ 1 sd	19,35	51,79	51,74	27,25	22,8	16,87	26,03
	Laagopgeleide moeders %						
	Antw. 1 1centrum	Antw. 2 Noord 1	Antw. 3 Noord 2	Antw. 4 NO	Antw. 5 Schelde,	Antw. 6 ZO	Antw. 7 ZW
% - 1sd	10	28	28	11	4	7	15
%	17	35	35	18	11	14	22
% + 1 sd	24	42	42	25	18	21	29
	% Migranten						
%' - 1 sd'	18	52	45	17	6	12	28
%	33	67	60	32	21	27	43
+ 1 sd'	48	82	75	47	36	42	58

⁵ Berekend met G-power voor een medium effectsize $f=0,25$; power=0,90; $\alpha=0,05$ en 2 groepen exclusief drop-out.

⁶ Kansarmoede wordt door K&G omschreven als een duurzame toestand waarbij mensen beknot worden in hun kansen om voldoende deel te hebben aan maatschappelijk hooggewaardeerde goederen zoals onderwijs, arbeid en huisvesting. Van kansarmoede is sprake als drie of meer probleemgebieden worden geïdentificeerd uit 1) het maandinkomen van de ouders, 2) de arbeidssituatie van de ouders, 3) de opleiding van de ouders, 4) de huisvesting, 5) de ontwikkeling van de kinderen en 6) de gezondheid.

Hiervoor worden de gegevens voor deze drie variabelen per regio omgezet in z-scores. Aldus kan iedere regio met een "Vlaams" gemiddelde worden vergeleken. De Antwerpse regio's nemen voor Vlaanderen een uitzonderingspositie in. Ze scoren zeer hoog op de variabelen kansarmoede, laagopgeleide moeders en kinderen geboren in een migrantengezin. Hierdoor zijn ze moeilijk vergelijkbaar met de rest van Vlaanderen. Naarmate meer controleregio's worden gehanteerd, wijken de gemiddelde scores van de controleregio's op de variabelen kansarmoede, laag opgeleide moeders en aandeel migranten dan ook meer af van het Antwerpse gemiddelde (Tabel 2). De gemiddelde z-score van de variabele kansarmoede van de gekozen 21 controleregio's is bijvoorbeeld bijna 0. Dit komt overeen met het gemiddelde voor Vlaanderen terwijl de provincie Antwerpen duidelijk meer kansarmoede heeft (z-score = 1,86).

Tabel 2. Geselecteerde controleregio's, 3 controleregio's voor elke Antwerpse regio, kolom 3.

	Antwerpen	1 controleregio	2 controleregio's	3 controleregio's
Noord 1(2)		Mechelen	Mechelen Gent 2	Mechelen Gent 2 Gent 3
Noord 2(3)		Gent 2	Gent 3 Genk	Genk Beringen Gent 1
Antw ZW(7)		Gent 3	Beringen Gent 1	Puurs St Truiden Vilvoorde
Antw NO (4)		Genk	Puurs St Truiden	Leuven Menen Dilsen Stokkem
Antw centrum (1)		Beringen	Vilvoorde Leuven	St Niklaas Oudenaarde Oostende
Antw Schelde (5)		Gent1	Menen Dilsen Stokkem	Lokeren Herentals Ieperen
Antw ZO (6)		Puurs	St Niklaas Oudenaarde	Dendermonde Kortrijk Aalst
Gemiddelde z-score				
Kansarmoede	1,86	0,27	0,05	-0,09
Laagopgeleiden	1,74	1,2	0,56	0,39
Migranten %	1,66	0,86	0,4	0,13

Ondanks dit nadeel wordt geopteerd voor 21 controleregio's. Deze worden vermeld in Tabel 2 (kopje 3 controleregio's). Doel is een zo groot mogelijk aantal controlegezinnen te kunnen includeren.

Uitbreiding experimentele regio's gedurende het onderzoek

Tijdens het onderzoek worden nieuwe K&G regio's door Triple P International getraind. Sommige van deze regio's zijn reeds controleregio (Puurs, Mechelen, Herentals). Uit deze regio's worden géén proefpersonen (voor de controlegroep) meer geïncludeerd vanaf de start van de training in 3P3. Na afloop van de 3P3-training worden deze regio's experimentele regio's. Gedurende het onderzoek worden andere regio's, nog niet eerder bij het onderzoek betrokken, getraind in 3P3. Na de accreditatie worden deze regio's ook als experimentele regio's beschouwd (Turnhout, Berlaar, Duffel, Geel, Kasterlee, Zandhoven, Wuustwezel)

Inclusie proefpersonen

De proefpersonen zijn alle ouders van kinderen tussen de 0 en 3 jaar die zich presenteren met opvoedingsvragen in de onderzoeksregio's (experimentele en controleregio's). Tijdens de onderzoeksperiode van 14 januari 2008 tot en met 7 november 2008 werd voor 626 kinderen een opvoedingsgesprek gepland. Hiervan gaan 543 gesprekken door, 83 gesprekken niet. Alle ouders voor wie een gesprek doorgaat wordt door de spreekuurhouder gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Van deze 543 ouders zijn 232 gezinnen bereid mee te werken (93 gezinnen in de experimentele en 139 in de controleregio's). De respons rate is 42,73% (232/543).

Inclusie van de experimentele groep

Voor 194 gezinnen wordt in de experimentele regio's een eerste gesprek gevoerd. 93 gezinnen zijn bereid aan het onderzoek te participeren. De respons rate in de experimentele regio's is 47,94% (93/194).

Proefpersonen met voldoende geldige gegevens

De effecten zijn geanalyseerd voor gezinnen met voldoende geldige data. De proefgroep bestaat uit kinderen met een SDQ-impactscore op T1 en T2 én scores op de schalen 'aankunnen' en 'belasting' op T1 en T2. Dit is voor 121 kinderen het geval (66 jongens en 55 meisjes). De 3P3-groep bestaat uit 52 kinderen, de SU-groep uit 69 kinderen met een gemiddelde leeftijd van respectievelijk 22,48 mnd (sd=9,3) en 19,43 mnd (sd=8,5).

Intention to treat analyse

Om uit te sluiten dat de resultaten het gevolg zijn van een bias als gevolg van drop-out voeren we een *intention to treat*-analyse (ITT, Hollis & Campbell, 2007) uit. Een ITT bestaat bij voorkeur uit het vervangen van de ontbrekende gegevens op T2 door de baselinegegevens op T1. De sterkte van een effectevaluatie op basis van ITT-analyse bestaat erin dat de resultaten gecontroleerd worden voor een eventuele bias als gevolg van uitval. De ITT groep beslaat de volledige proefgroep waarvoor geldige data op T1 voorhanden zijn (n=218) (zie ook hoofdstuk 5 instroom).

3.5.2. Procedure

Het onderzoek werd voorgesteld aan de regio-teamverantwoordelijken (januari 2008). Daarnaast werd een protocol uitgeschreven als handleiding voor het gebruik van de vragenlijsten. De vragenlijsten werden in uitgeprinte versie verspreid onder de deelnemende regio's. Extra vragenlijsten waren verkrijgbaar via het intranet van K&G⁷.

Bij elk opvoedingsondersteuningsgesprek werd het onderzoek aan de ouders voorgesteld. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig. Van alle deelnemende ouders werd een informed consent verkregen. Bij het vastleggen van de afspraken met de ouders werd extra tijd ingepland voor het invullen van de vragenlijsten. De vragenlijsten werden door de ouders ingevuld op T1 (het eerste gesprek), op T2 (het laatste gesprek) en op T3 (drie maanden na het laatste gesprek). De derde vragenlijst werd naar de ouders opgestuurd samen met een gefrankeerde retouromslag. Deze werd door de ouders naar de Vrije Universiteit Brussel teruggestuurd.

Demografische gegevens werden verzameld met de vragenlijst Gezinsachtergrond. Deze vragenlijst werd eenmalig door de regioverpleegkundige bij aanvang van de interventie ingevuld. Na ieder gesprek vulde de regioverpleegkundige een handelingregistratieformulier in. Hierop werd voor elk gesprek de duur, interventies en doelstellingen genoteerd. Het formulier werd opgestuurd naar de onderzoekers bij afronding van de interventie. Daarnaast werd door de onderzoekster apart gepeild naar de reden voor opvoedingsondersteuning.

3.5.3. Instrumenten

Vragenlijst Gezinsachtergrond

Bij de opzet van de bevraging wordt rekening gehouden met reeds voorhanden zijnde gegevens bij K&G om overlap en tijdverlies te voorkomen. De onderzoekers kunnen beschikken over de gegevens uit Ikaros voor de proefpersonen waarvoor een informed consent werd verkregen. Uit Ikaros zijn gegevens inzake kansarmoede (zie eerder), rangorde van het kind in het gezin, nationaliteit van de moeder en het opleidingsniveau van de moeder beschikbaar.

Met de vragenlijst Gezinsachtergrond wordt nog bevraagd:

- De toeleiding naar opvoedingsondersteuning
- Het geboorteland van moeder (is niet identiek aan de nationaliteit van moeder). We gebruiken hiervoor wel dezelfde categorieën als in Ikaros (zie vragenlijst Gezinsachtergrond in bijlage 2)
- De werksituatie van de ouders: werkonbekwaam of werkzoekend, werkend en huismoeder
- Het aantal uren betaalde arbeid

⁷ Zie bijlage 1 voor het volledige protocol.

Daarnaast worden nog een aantal andere elementen bevraagd:

- Duur van de relatie
- De gezinssamenstelling (oorspronkelijk, nieuw samengesteld of eenoudergezin)
- Kennis van het Nederlands van de ouders (beide ouders spreken en schrijven voldoende Nederlands om de vragenlijsten zelfstandig in te vullen, een van beide ouders spreekt en schrijft voldoende Nederlands om de vragenlijsten zelfstandig in te kunnen vullen, geen van beide ouders spreekt of schrijft voldoende Nederlands om de vragenlijsten zelfstandig in te vullen)
- Een vermoeden van ontwikkelingsstoornis, ontwikkelingsachterstand of een aangeboren lichamelijke of verstandelijke handicap bij het kind
- Psychiatrische problematiek bij de ouders
- Eventuele behandeling met alternatieve geneeskunde, speciale diëten of psychologische behandeling van het kind.

*Verwachtingen Ouders*⁸

Er wordt tevens gepeild naar de verwachtingen van de ouders. Hiervoor wordt op T1 volgende vraag gesteld:

Denkt u dat uw bezoeken aan Kind en Gezin u zullen helpen bij de opvoeding van uw kind? (beslist, ja, misschien, nee of beslist niet)

Strengths en Difficulties Questionnaire

Als maat voor het door de ouders waargenomen probleemgedrag van het kind gebruiken we de Nederlandstalige *Strengths en Difficulties Questionnaire* (SDQ, Goodman, 1997; Van Widenfelt, Goedhart, Treffers & Goodman, 2003). De SDQ meet behalve gedrags- en emotionele problemen ook de sterktes van het kind in de vorm van het pro-sociaal gedrag en de invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren met de impactschaal.

Probleemschalen

De SDQ bestaat uit 25 items verdeeld over 5 schalen en een aparte impactschaal: Emotionele problemen, Gedragsproblemen, Hyperactiviteit/ aandachttekort, Problemen met leeftijdgenoten en Pro-sociaal gedrag. De vragen worden gepresenteerd als uitspraken over gedrag van het kind waarbij de ouder aangeeft of dit niet waar, een beetje waar of heel erg waar is voor zijn of haar kind (bijvoorbeeld: Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen, constant aan het wiebelen of friemelen).

De betrouwbaarheid en validiteit van de SDQ werden in een Nederlandse populatie onderzocht door Muris, Meesters & Van den Berg (2003). De subschalen werden bevestigd door factoranalyse. De interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid en de correlatie tussen ouder en kind versies van de SDQ waren

⁸ Bijlage 3 bevat een kopie van de vragenlijst voor ouders, versie T1

voldoende. Een goede congruente validiteit blijkt uit de vergelijking met andere instrumenten zoals de CBCL.

De interne consistentie van de totale probleemscore waarvoor een valide SDQ-vragenlijst werd ingevuld (n=164) bedraagt 0,72. De interne consistentie van de Pro-sociaal gedragschaal bedraagt 0,71. De interne consistentie van de subschalen is in onze proefgroep slechts onvoldoende tot matig voldoende. We maken dan ook geen gebruik meer van de subschalen.

Impactschaal

De impactscore is een maat voor de invloed van de psychosociale problemen op het dagelijks functioneren van het kind (bijvoorbeeld: Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van uw kind op de volgende gebieden?). De interne consistentie van de impactscore van de proefgroep voor de valide vragenlijsten (n=217) is 0,78.

General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)

Het psychisch welbevinden van de ouders wordt gemeten met 6 items van de GHQ-12 (item 1, item 2, item 7, item 10, item 11 en item 12) (Goldberg, 1972, in: gezondheidsenquête België, 1997). Gemeten worden: psychosomatische klachten, angst, depressie en sociale aangepastheid. Voorbeeldvragen zijn: Hebt u zich de laatste tijd ongelukkig en neerslachtig gevoeld?, Bent u de laatste tijd het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?

Voor deze proefgroep (227 valide vragenlijsten) is de interne consistentie 0,78.

Nijmeegse Vragenlijst voor Opvoedingssituaties (NVOS):

Opvoedingsstress meten we met de schalen "Kind is belasting" (7 items) en "Aankunnen" (8 items) van de NVOS (Wels & Robbroeckx, 1996). De items worden beantwoord op een 5-puntsschaal (van "dat geldt voor mij heel sterk" tot "dat geldt helemaal niet voor mij"). Voorbeeldvragen voor de respectievelijke schalen zijn: ... is een gemakkelijk op te voeden kind en De opvoeding van ... vergt veel van mijn krachten. De somscore van beide schalen noemen wij de score opvoedingslast. Een hoge score wijst op een zware draaglast. De interne consistentie van de somscore (beide schalen samen) is 0,92. De betrouwbaarheid, begrips- en criteriumvaliditeit van het instrument zijn goed (Evers, van Vliet-Mulder et al, 2000).

Ouderlijke takenlijst:

Taakgerichte self-efficacie of de draagkracht ervaren door de ouder meten we met een eigen vertaling van de Parenting Tasks Checklist (Sanders & Woolley, 2005). De vragenlijst bestaat uit 2 subschalen van 14 items: doeltreffendheid met probleemgedrag (vertrouwen van de ouder in het omgaan met moeilijk gedrag) en doeltreffendheid in situaties (vertrouwen van de ouders in eigen handelen in moeilijke situaties). De items worden beantwoord op een 4-puntsschaal (helemaal niet, een beetje, redelijk goed en goed). Voorbeeldvraag voor doeltreffendheid met probleemgedrag is: Uw kind weigert te doen wat u hem/haar vraagt. Een voorbeeldvraag voor de schaal doeltreffendheid in situaties is: Hoe goed denkt U om te kunnen gaan met uw kind op bezoek gaan bij familie

of vrienden. De somscore van beide schalen noemen we de draagkracht. Een hoge score verwijst naar een grotere draagkracht.

In dit onderzoek bedraagt de interne consistentie van beide schalen respectievelijk 0,87 (n=181) en 0,86 (n=193). De interne consistentie voor de samengestelde schaal is 0,88 (n=167).

Schaal voor Ouderlijk Gedrag (SOG) (van Leeuwen, 2002, 2004)

Opvoedgedrag meten we met de schalen Positief ouderlijk gedrag, Regels, Hard straffen en Negeren van de Schaal Ouderlijk Gedrag (versie -8; Van Leeuwen, 2005). De schaal bevraagt concreet opvoedgedrag van ouders. De items worden beantwoord op een 5-puntsschaal (1 = bijna nooit tot 5 = bijna altijd).

Positief ouderlijk gedrag

De schaal Positief ouderlijk gedrag omvat items die verwijzen naar samen problemen oplossen met het kind en items die verwijzen naar betrokkenheid van de ouder zoals tijd maken voor het kind. Een hoge score wijst een hoge mate van positief ouderlijk gedrag. Een voorbeelditem is: Als mijn kind mij iets wil vertellen, maak ik tijd om ernaar te luisteren.

Regels

De schaal Regels meet in welke mate ouders het kind regels aanleren zoals je kind leren beleefd te zijn op school, afspraken na te komen, je kind respect bijbrengen voor gedrag etc. Hoe hoger de score, hoe meer regels er worden aangeleerd. Een voorbeeldvraag is: Ik leer mijn kind zich aan te passen aan de gewoonten in ons gezin.

Hard straffen

De schaal Hard straffen omvat items die verwijzen naar fysiek bestraffen van ongewenst gedrag. Hoe hoger de score, hoe harder er gestraft wordt. Een voorbeelditem is: Ik geef mijn kind een rammeling als het ongehoorzaam of stout is.

Negeren

De schaal Negeren meet in welke mate ouders nalaten ongewenst gedrag te bestraffen, ook al is men boos. Hoe hoger de score, hoe meer ongewenst gedrag genegeerd wordt. Een voorbeelditem is: Als mijn kind iets doet wat niet mag, praat ik pas weer met hem/haar als hij/zij zich beter gedraagt.

Deze schalen kunnen worden gecombineerd tot twee hoofdschalen Steun en Negatieve Controle. De Steun-schaal is de somscore van de schalen Positief Ouderlijk Gedrag en Regels ($\alpha=0,93$). De schaal Negatieve Controle is de somscore van de schaal Hard Straffen en Negeren ($\alpha=0,62$). De betrouwbaarheid van beide schalen is voldoende.

C-toets

Cliënttevredenheid meten we met de C-toets. In de C-toets wordt gepeild naar 4 factoren: Professionaliteit, Contact en Bejegening, Doel en Resultaat en Informatie en Voortgang (Ramos, Stams, Stoel, Faas, van Yperen en Decovic,

2006). De C-toets wordt aan de oudervragenlijst toegevoegd op T2 en T3. Ramos en collega's (2006) vonden goede interne consistenties voor de afzonderlijke schalen. In dit onderzoek zijn de interne consistenties voor Contact (n=138, $\alpha=0,88$), Professionaliteit (n=136, $\alpha=0,86$), Informatie (n=136, $\alpha=0,73$) en Doelen (n=137, $\alpha=0,77$).

Registratie behandelverrichtingen

Het formulier handelingregistraties is bedoeld voor het registreren van de concrete acties door het regioteamlid. De behandelintegriteit kan worden gemeten in tijd, aantal en soort interventies per opvoedingadviesgesprek⁹. Het formulier omvat een ruime beschrijving van mogelijke gesprekstechnieken en interventies en is gebaseerd op zowel het protocol van 3P3 als het SU. De indeling in categorieën volgt de indeling van een 'therapeutisch' gesprek.

Formulier Doelrealisatie

De mate waarin doelen worden opgesteld en geëvalueerd wordt in kaart gebracht met het formulier Doelrealisatie. Door middel van een Goal Achievement Scale worden doelstellingen en de doelrealisatie aangegeven.

3.5.4. Data-analyse

Analyses worden uitgevoerd met behulp van parametrische toetsen waar mogelijk. De aard van de toetsen zal steeds worden vermeld.

⁹ Bijlage 4 bevat het formulier Handelingregistratie.

Hoofdstuk 4

Implementatie van triple p level 3 en het spreekuur opvoedingsondersteuning

In dit hoofdstuk gaan we na hoe 3P3 wordt geïmplementeerd. We brengen in kaart hoe lang de gesprekken duren, hoeveel gesprekken doorgaan en welke handelingen worden gesteld door de spreekuurhouders en dit in vergelijking met het SU.

In hoofdstuk 2 kwamen we tot twee belangrijke conclusies: het SU is een setting met een veelheid aan instrumenten waar veel handelingsvrijheid bestaat. Dit maakt het zeer moeilijk een goede beschrijving te geven van de concrete stappen in het SU. Tegelijkertijd bleek Triple P (Level 3) een grote inspiratiebron voor het SU. De vraag is dus niet alleen in welke mate beide interventies van elkaar verschillen maar ook in welke mate beide interventies op elkaar lijken. In een eerste paragraaf (4.1.) beschrijven we wat er precies gebeurt. We vergelijken hierbij steeds de twee condities. Daarna gaan we de programma-integriteit na van 3P3-begeleidingen (4.2.). We onderzoeken of 3P3 toegepast wordt zoals bedoeld. Vervolgens vergelijken we SU-begeleidingen met het 3P3-protocol (4.3.). We besluiten met een samenvatting (4.4.). De lezer moet er zich nu reeds van bewust zijn dat het niet gaat over meer of minder. Het gaat over de juiste handelingen op het juiste moment van de begeleiding.

4.1. Beschrijving Interventie

Aantal gesprekken:

216 gezinnen (86 in 3P3 en 130 in SU) kregen gemiddeld 2,33 gesprekken. In de 3P3-groep is dat gemiddeld 2,7 (sd= 1,00) en in de SU-conditie is dat gemiddeld 2,1 (sd= 0,87). In Tabel 1 worden de frequenties en percentages van het aantal gesprekken per conditie gegeven.

Tabel 1. Aantal gevoerde gesprekken in 3P3 en SU (n=216)

Aantal gesprekken	Frq 3P3	% 3P3	Frq SU	% SU
1	13	15,1	27	20,8
2	19 ¹⁰	22,1	74	56,9
3	35	40,7	18	13,8
4	18	20,9	9	6,9
5	1	1,2	2	1,5

¹⁰ Een spreekuurhouder (3P3) gaf expliciet aan een eerste gesprek niet te hebben gehouden. Dit maakt dat slechts 12 3P3-begeleidingen eindigden na het eerste gesprek (14%) en 20 begeleidingen eindigden na het tweede gesprek (23,3%) waarvan in een begeleiding het eerste gesprek niet doorging.

Het aantal gesprekken is in de 3P3-groep significant groter dan in de SU-groep ($t(163,512) = 4,486, p < 0,001^{11}$).

Totale tijd per begeleiding:

In de 3P3-conditie wordt, over alle gesprekken heen, gemiddeld 178,85 minuten ($sd = 94,60$) aan een begeleiding besteed. In de SU-conditie is dit gemiddeld 120,07 ($sd = 59,78$) minuten. Er wordt door de 3P3-groep significant méér tijd besteed aan een begeleiding ($t(127,916) = 5,101, p < 0,001^{12}$).

Tijd per gesprek:

Een 3P3-gesprek duurt gemiddeld 68,34 minuten ($sd = 28,31$) en een SU-gesprek gemiddeld 58,26 minuten ($sd = 19,35$). 3P3-gesprekken duren significant langer dan SU-gesprekken ($t(134,937) = 2,873, p < 0,01^{13}$).

Aantal gebruikte gesprekstechnieken: Over de gesprekken heen werden de aantallen technieken of interventies gesommeerd. We zien dat in de 3P3-groep veel meer verschillende gesprekstechnieken worden gebruikt¹⁴ (Tabel 2).

Tabel 2. Aantal gebruikte interventies in 3P3 en SU

Interventie	Gemiddeld aantal interventies	sd	t-toets	df	Sign.
3P3	26,13	10,22	7,879	214	$p < 0,001$
SU	15,41	9,49			

Aard en frequentie van de gebruikte interventies

In wat volgt bespreken wat er per gesprek werd gedaan.

4.1.1. Het eerste gesprek:

Het eerste gesprek wordt door 215 spreekuurhouders gehouden, 85¹⁵ in de 3P3-groep en 130 in de SU-groep. Beide groepen verschillen hierin niet van elkaar ($\chi^2(1) = 1,519; p = 0,218$). Slechts één eerste gesprek (in de 3P3-groep) werd telefonisch gevoerd.

Kennismaking

98,6% van alle spreekuurhouders geeft aan een kennismakingsfase te houden. In twee 3P3-gesprekken (2,3%) en één SU-gesprek (0,8%) werd géén kennismakingsfase gerapporteerd.

In de kennismakingsfase kan een onderscheid worden gemaakt tussen:

- de mensen gerust stellen, op hun gemak stellen

¹¹ Bij ongelijke varianties, $F(1) = 7,900, p < 0,01$.

¹² Bij ongelijke varianties, $F(1) = 13,820; p < 0,001$.

¹³ Bij ongelijke varianties, $F(1) = 8,574; p < 0,01$.

¹⁴ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 2,185; p = 0,141$.

¹⁵ Een regioverpleegkundige gaf expliciet aan géén eerste gesprek te hebben gevoerd.

- jezelf voorstellen
- de agenda van het gesprek overlopen

Gerust stellen: In totaal geven 76,9% van de spreekuurhouders aan de mensen eerst en vooral gerust te stellen. In de 3P3-groep gebeurt dat bij 75 van 86 gezinnen (87,2%). In de SU-groep gebeurt dit slechts bij 91 van 130 gezinnen (70,0%). Het verschil is significant ($\chi^2(1) = 8,617$; $p < 0,01$).

Jezelf voorstellen: In 82,9% ($n=179$) van de gesprekken stelt de regioverpleegkundige zich voor (3P3: 91,9%; $n=79$ en SU: 76,9%; $n=100$). Het verschil is significant ($\chi^2(1) = 8,136$; $p < 0,01$).

De agenda overlopen wordt gedaan in 79,6% ($n=172$) van de gesprekken (3P3: 97,7%; $n=84$ en SU: 67,7%; $n=88$). Het verschil is significant ($\chi^2(1) = 28,684$; $p < 0,001$).

In de 3P3-groep is de gemiddelde tijd besteed aan de kennismakingsfase 12,47 minuten ($sd = 9,31$). In het SU-groep is dit gemiddeld 9,04 minuten ($sd = 5,50$). 3P3 besteedt significant meer tijd aan de kennismaking gedurende het eerste gesprek ($t(124,427) = 3,077$; $p < 0,01^{16}$).

Inventarisatie

De volgende fase in het gesprek is de probleeminventarisatie. We onderscheiden hierin:

- Luisteren
- Observatie
- Samenvatten
- Selecteren van één probleem
- Doelstellingen opstellen

In 99,1% van alle eerste pedagogische adviesgesprekken wordt een inventarisatiefase gebruikt (3P3: 98,8%; $n=85$ en SU: 99,2%; $n=129$). 3P3 en SU verschillen hierin niet van elkaar ($\chi^2(1) = 0,087$; $p = 0,768$).

Het gemiddeld aantal minuten besteed aan de probleeminventarisatie verschilt niet significant tussen beide groepen (Tabel 3).

Tabel 3. Gemiddeld aantal minuten 'Inventarisatie' gedurende het eerste gesprek ($n=216$).

	Aantal minuten Inventarisatie	Sd	t-score	Df	sign
3P3	37,41	17,364	1,794	214	0,074
SU	32,98	18,022			

¹⁶ Bij ongelijke varianties, $F(1) = 4,982$, $p < 0,05$.

Voor wat betreft 'luisteren' geeft 98,8% (n=85) van de 3P3-groep en 86,9% (n=113) van de SU-groep aan actief te luisteren naar de cliënten. In de 3P3-groep wordt 'luisteren' significant vaker gebruikt ($\chi^2(1) = 9,618$; $p < 0,01$).

In 69,8% (n=60) van de 3P3-gesprekken wordt bewust gebruik gemaakt van *observatie*, in SU-gesprekken is dit 61,5% (n=80). De groepen verschillen niet in de mate waarin observatie wordt gebruikt ($\chi^2(1) = 1,537$; $p = 0,215$).

Samenvatten: Het samenvatten wordt in 94,1% (n=81) van de 3P3-gesprekken gebruikt. In SU-gesprekken (76,9%; n=100) is dit beduidend minder ($\chi^2(1) = 11,360$; $p < 0,01$).

Selecteren van één probleem: In 3P3-gesprekken wordt vaker in het eerste gesprek een probleem geselecteerd. Beide groepen verschillen hierin significant ($\chi^2(1) = 14,435$; $p < 0,001$). (Tabel 4)

Tabel 4. Selecteren van één probleem in 3P3 en SU

Selecteren van een probleem	Ja	%	Nee	%
3P3	73	84,9	13	15,1
SU	79	60,8	51	39,2

Doelstellingen opstellen: In 39,5% (n=34) van de 3P3-gesprekken en in 56,9% (n=74) van de SU-gesprekken worden doelstellingen geformuleerd in het eerste gesprek. Dit gebeurt vaker in SU-gesprekken ($\chi^2(1) = 6,260$; $p < 0,05$).

Interventies

Er worden significant minder interventies gebruikt in het eerste gesprek bij 3P3-gesprekken vergeleken met SU-gesprekken ($\chi^2(1) = 41,827$; $p < 0,001$). (Tabel 5)

Tabel 5. Toepassen interventies in 3P3 en SU.

Toepassen Interventies	Ja	%	Nee	%
3P3	52	60,5	34	39,5
SU	124	95,2	6	4,6

De tijd die voor 'interventies' wordt gebruikt is in de 3P3-gesprekken gemiddeld 8,69 minuten (sd= 11,58). In SU-gesprekken is dit gemiddeld 20,87 minuten (sd= 11,21). Het SU besteedt dus meer tijd aan 'interventies' in het eerste gesprek ($t(213) = -7,688$; $p < 0,001^{17}$).

We onderscheiden de volgende interventies:

- Feedback geven
- Advies geven
- Gedragskaart opstellen

¹⁷ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 0,031$, $p = 0,861$.

- Leren hanteren van beloningen
- Model staan
- Structureren dagelijkse routine
- Veranderen van de situatie
- Werken met storende/ helpende gedachten

Feedback geven: In 34,9% (n=30) van de eerste 3P3-gesprekken wordt gebruik gemaakt van Feedback geven. 54,6% (n=71) van de SU-spreekuurhouders rapporteren feedback te geven. Feedback wordt vaker gegeven in een SU-gesprek ($\chi^2(1) = 8,095$; $p < 0,01$).

Advies geven: In 15,1% (n=13) van de eerste 3P3-gesprekken wordt advies gegeven. In SU-gesprekken wordt in 66,2% (n=86) van de gesprekken advies gegeven. In SU-gesprekken wordt veel vaker advies gegeven ($\chi^2(1) = 54,307$; $p < 0,001$).

Gedragskaarten worden in 11,6% (n=10) van de 3P3- en in 26,2% (n=34) van de SU-gesprekken opgesteld. De groepen verschillen hierin significant ($\chi^2(1) = 6,733$; $p < 0,01$).

Het *leren hanteren van beloningen* gebeurt in de eerste 3P3-gesprekken nauwelijks (10,5%, n=9). De SU-spreekuurhouders leren dit vaker aan in het eerste gesprek (36,2%; n=47). De groepen verschillen hierin significant ($\chi^2(1) = 17,786$; $p < 0,001$).

Modelleren of *model staan* wordt weinig gebruikt in het eerste gesprek (17,6% van alle eerste gesprekken). In 7% (n=6) van de 3P3-gesprekken en in 24,6% (n=32) van de SU-gesprekken wordt deze techniek gebruikt. Modelleren wordt dus in de SU-gesprekken vaker toegepast in het eerste gesprek ($\chi^2(1) = 11,108$; $p < 0,01$).

Structureren van de dagelijkse routine: Spreekuurhouders rapporteren in 35,2% (n=76) van de eerste gesprekken ouders helpen met het structureren van de dagelijkse routine. In de 3P3-gesprekken is dit 12,8% (n=11) en in SU-gesprekken is dit 50% (n=65). Structureren van de dagelijkse routine wordt in het eerste gesprek veel vaker toegepast door SU-spreekuurhouders ($\chi^2(1) = 31,424$; $p < 0,001$).

Veranderen van de situatie wordt voor 23,1% (n=50) van de eerste gesprekken gerapporteerd (3P3: 9,3% (n=8) en SU: 32,3% (n=42)). Het veranderen van de situatie wordt vaker toegepast in SU-gesprekken ($\chi^2(1) = 15,398$; $p < 0,001$).

In 30,1% (n=65) van de eerste gesprekken wordt gewerkt met *storende en helpende gedachten* (3P3: 25,6%; n=22 en SU: 33,1%; n=43). Beide condities gebruiken deze techniek evenveel ($\chi^2(1) = 1,382$; $p = 0,240$).

Huistaken

3P3-spreekuurhouders geven significant vaker huistaken dan SU-spreekuurhouders ($\chi^2(1) = 25,372$; $p < 0,001$) (Tabel 6).

Tabel 6. Het geven van huistaken in 3P3 en SU

Het geven van huistaken	Ja	%	Nee	%
3P3	72	83,7	14	16,3
SU	65	50,0	65	50,0

De tijd die aan 'huistaken' wordt besteed is in 3P3-gesprekken gemiddeld 8,93 minuten (sd= 13,11). In SU-gesprekken is dit gemiddeld 4,32 minuten (sd= 5,61). Er wordt door 3P3-sprekuurhouders significant meer tijd besteed aan huistaken ($t(214) = 3,549$; $p < 0,001^{18}$).

Als huistaken onderscheiden we:

- Gedragsmonitoring
- Registratie van frequentie, duur en situatie van het probleemgedrag
- Het bijhouden van een grafiek
- Het oefenen met nieuwe vaardigheden

Gedragsmonitoring wordt in 36,6% (n=79) van de eerste gesprekken gevraagd (3P3: 76,7%; n=66 en SU: 10%; n=13). De 3P3-conditie geeft gedragsmonitoring vaker op als huiswerk ($\chi^2(1) = 99,397$; $p < 0,001$).

Gedragsregistratie: In 32,9% (n=71) bestaat het huiswerk (deels) uit het registreren van het probleemgedrag door de ouders. In 3P3-gesprekken (64%, n=55) is dit vaker dan in SU-gesprekken (12,3%, n=16) ($\chi^2(1) = 62,566$; $p < 0,001$).

Het bijhouden van een *grafiek* wordt weinig gevraagd (4,6%, n=10) in het eerste gesprek. Het gebeurt 3 maal in een 3P3-gesprek (3,5%) en 7 maal in een SU-gesprek (5,4%). De groepen verschillen hierin niet van elkaar ($\chi^2(1) = 0,422$; $p = 0,516$).

Het *oefenen van nieuwe vaardigheden* wordt in 7% (n=6) van de 3P3-gesprekken en in 31,5% (n=41) van de SU-gesprekken als huistaak gegeven. Dit is beduidend meer in de SU-gesprekken ($\chi^2(1) = 18,341$; $p < 0,001$).

Gebruik motiverende technieken

74,5% (n=161) van de eerste gesprekken bevatten een vorm van motivatie. Motiverende technieken worden minder gebruikt in 3P3-gesprekken (66,3%, n=57) vergeleken met SU-gesprekken (80%, n=104). Het verschil is significant ($\chi^2(1) = 5,134$; $p < 0,05$). In SU-gesprekken wordt hier ook meer tijd aan besteed ($t(214) = -2,431$; $p < 0,05$) (Tabel 7)¹⁹.

¹⁸ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 2,177$, $p = 0,142$.

¹⁹ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 0,001$, $p = 0,973$.

Tabel 7. Motivatie in het eerste gesprek in 3P3 en SU.

Motivatie	Gemiddeld	sd	t-toets	Df	Sign.
3P3	6,64	7,72	-2,431	214	p < 0,05*
SU	9,24	7,67			

Onder motivatie wordt verstaan:

- het aanpakken van weerstand
- aanmoedigen, benadrukken van wat goed gaat

Weerstand: Weerstand wordt in 25,9% (n=56) van de eerste gesprekken besproken (3P3: 23 keer (26,7%) en SU: 33 keer (25,4%)). De groepen verschillen hierin niet ($\chi^2(1) = 0,050$; p = 0, 823).

In 69,9% (n=151) van de eerste gesprekken worden ouders *aangemoedigd* of wordt benadrukt wat goed gaat. Dit gebeurt in 62,8% (n=54) van de 3P3-gesprekken en in 74,6% (n=97) van de SU-gesprekken. Dit verschil is net niet significant ($\chi^2(1) = 3,440$; p = 0,064).

Overig

We peilen tevens naar het bespreken van een doorverwijzing of het doorverwijzen zelf. In Tabel 8 geven we een overzicht.

Tabel 8. Doorverwijzen in het eerste gesprek door 3P3 of SU.

	3P3	%	SU	%	X ²	sign.
Overige	1	1,2	5	3,8	1,380	0,240
Bespreken van doorverwijzing	1	1,2	4	3,1	0,839	0,360
Doorverwijzing	2	2,3	1	0,8	0,915	0,339

Uit deze Tabel blijkt dat 3P3- en SU-gesprekken hierin niet verschillen.

4.1.2. Het tweede gesprek:

Het tweede gesprek wordt in 177 (81,9%) begeleidingen gehouden: 74 (86%) 3P3-begeleidingen en 103 (79,2%) SU-begeleidingen. De twee groepen verschillen hierin niet van elkaar ($\chi^2(1) = 1,625$; p = 0,202). 55 (31,1%) van de gesprekken wordt telefonisch gevoerd (3P3: 5,4% (n=4) en SU: 49,5% (n=51)). Het tweede gesprek wordt in de SU-conditie significant vaker telefonisch gevoerd ($\chi^2(1) = 39,118$; p < 0,001).

Kennismaking

De kennismakingsfase bestaat weer uit het gerust stellen van ouders, het zichzelf voorstellen door de spreekuurhouder en het overlopen van de agenda. 60,5% (n=107) van de begeleidingen hebben een kennismakingsfase in het tweede

gesprek (3P3: 81,1%; n=60 en SU: 45,6%; n=47). In de 3P3-begeleidingen wordt 'kennismaking' in het tweede gesprek vaker gebruikt dan in SU-begeleidingen ($\chi^2(1) = 22,636$; $p < 0,001$). Aan de kennismakingsfase wordt ook weer méér tijd besteed in de tweede 3P3-gesprekken ($t(1) = 3,660$; $p < 0,001^{20}$) (Tabel 9).

Tabel 9. Gemiddeld aantal minuten kennismaking gedurende het tweede gesprek (n=177).

Minuten kennismaking 2	Gemiddeld	sd	t-toets	df	Sign.
3P3	4,73	4,964	3,660	1	$p < 0,001$
SU	2,19	4,228			

Gerust stellen: In 36,5% (n=27) van de 3P3-gesprekken stellen spreekuurhouders gezinnen gerust. Dit gebeurt slechts in 13,6% (n=14) van de SU-gesprekken. Dit verschil is significant ($\chi^2(1) = 12,682$; $p < 0,001$). 3P3-spreekuurhouders stellen ouders vaker gerust dan SU-spreekuurhouders.

Jezelf voorstellen gebeurt in het tweede gesprek nog in 10,7% (n=19) van de begeleidingen. Het gebeurt in 9 3P3-gesprekken (12,2%) en 10 SU-gesprekken (9,7%). Beide groepen verschillen hierin niet ($\chi^2(1) = 0,271$; $p = 0,603$).

Agenda overlopen: in 41,2% (n=73) van de gesprekken wordt de agenda overlopen (3P3: 73,0%; n = 54 en SU: 18,4%; n=19). Dit is beduidend meer in 3P3-gesprekken ($\chi^2(1) = 52,832$; $p < 0,001$).

Inventarisatie

In 91,0% (n=161) van alle tweede gesprekken is er een inventarisatiefase (3P3: 94,6%; n=70 en SU: 88,3%; n=91). De 3P3- en SU-gesprekken verschillen hierin niet significant van elkaar ($\chi^2(1) = 2,043$; $p = 0,153$). Het gemiddeld aantal minuten besteed aan de probleeminventarisatie is in een 3P3-gesprek significant hoger dan in een SU-gesprek (Tabel 10).

Tabel 10. Gemiddeld aantal minuten Inventarisatie gedurende het tweede gesprek (n=177).

Minuten Inventarisatie 2	gemiddeld	sd	t-score	Df	sign
3P3	25,39	17,37	5,244	109,65 ²¹	$P < 0,001$
SU	13,53	10,32			

Luisteren: In 83,6% (n=148) van de tweede gesprekken wordt gebruik gemaakt van luisteren (3P3: 90,5%; n=67 en SU: 78,6%; n=81). In de 3P3-gesprekken wordt vaker gebruik gemaakt van 'luisteren' dan in de SU-gesprekken ($\chi^2(1) = 4,451$; $p < 0,05$).

²⁰ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 0,071$, $p = 0,790$.

²¹ Bij ongelijke varianties, $F(1) = 22,152$, $p < 0,001$.

Observatie: In 61 tweede gesprekken (34,5%) wordt gebruik gemaakt van observatie (3P3: 54,1%; n=40 en SU: 20,4%; n=21). 3P3 maakt significant meer gebruik van observatie ($\chi^2(1)= 21,609$; $p < 0,001$).

Samenvatten: In 108 gesprekken (61,0%) wordt gebruik gemaakt van 'samenvatten' (3P3: n=63 (85,1%) en SU: n=45 (43,7%)). Dit is significant vaker in 3P3-gesprekken ($\chi^2(1)= 31,098$; $p < 0,001$).

Selecteren van één probleem: In 29 gesprekken (16,4%) wordt met de ouders één probleem geselecteerd waaraan gewerkt zal worden gedurende het tweede gesprek. Dit gebeurt in 20 tweede 3P3-gesprekken (27,0%) en in 9 (8,7%) SU-gesprekken. Het selecteren van een probleem wordt significant vaker toegepast in 3P3-gesprekken ($\chi^2(1)= 10,514$; $p < 0,01$).

Doelstellingen formuleren: In 73 tweede gesprekken (41,2%) geven de spreekuurhouders aan doelstellingen op te stellen. In 3P3-gesprekken gebeurt dit 55 keer (74,3%) en in SU-gesprekken 18 keer (17,5%). Doelstellingen worden vaker opgesteld in 3P3-gesprekken dan in SU-gesprekken ($\chi^2(1)= 57,428$; $p < 0,001$).

Interventies

In 144 van de 177 tweede gesprekken (81,4%) wordt gebruik gemaakt van één of meerdere interventies. In 71 (95,9%) 3P3-gesprekken en in 73 (70,9%) SU-gesprekken worden interventies gebruikt. In 3P3-gesprekken worden vaker interventies gebruikt ($\chi^2(1)= 17,846$; $p < 0,001$). De 3P3-conditie besteedt ook significant meer tijd aan het gebruik van interventies in het tweede gesprek (Tabel 11).

Tabel 11. Gemiddeld aantal minuten Interventie gedurende het tweede gesprek (n=177).

Minuten interventies 2	Gemiddeld	sd	t-score	Df	sign
3P3	28,41	18,346	6,917	125,608 ²²	$p < 0,001$
SU	11,10	13,285			

Net als voor het eerste gesprek vergelijken we voor het tweede gesprek de verschillende interventies (Tabel 12). Uit dit overzicht blijkt dat in 3P3-gesprekken significant vaker gebruik wordt gemaakt van 'Feedback', 'Advies', 'Gedragkaart', 'leren hanteren van beloningen', 'Model staan', 'Structureren van de dagelijkse routine', 'veranderen van de situatie' en het 'werken met storende en helpende gedachten'.

Tabel 12. Interventies gedurende het tweede gesprek (n=177).

Interventies 2	3P3	%	Spreekuur	%	X ²	sign.
Feedback	52	71,2	56	54,4	5,125	$p < 0,05$

²² Bij ongelijke varianties, $F(1)= 8,531$, $p < 0,01$.

Hoofdstuk 4

Advies	47	63,5	39	37,9	11,341	p <0,01
Gedragskaart	29	39,2	12	11,7	18,349	p <0,001
Beloningen	39	52,7	22	21,4	18,730	P <0,001
Model staan	19	25,7	12	11,7	5,863	p <0,05
Structureren	43	58,1	19	18,4	29,764	p <0,001
Veranderen situatie	45	60,8	16	15,5	39,085	p <0,001
Storende/ helpende gedachten	40	54,1	14	13,6	33,253	p <0,001

Huistaken

In 84 van 177 tweede gesprekken (47,5%) krijgen ouders huistaken (3P3: n=57 (77%) en SU: n=27 (26,2%)). Dit verschil is significant ($\chi^2(1)= 44,590$; $p<0,001$). De 3P3-conditie besteedt ook significant meer tijd aan het gebruik van huistaken in het tweede gesprek (Tabel 13).

Tabel 13. Gemiddeld aantal minuten voor Huistaken gedurende het tweede gesprek (n=177).

	Aantal minuten Interventies 2	sd	t-score	Df	sign
3P3	8,76	8,99	5,771	98,272 ²³	P<0,001
SU	2,22	4,41			

Gedragsmonitoring wordt in het tweede gesprek 42 keer (23,7%) toegepast (3P3: n=37 (50%) en SU: n=5 (4,9%)). In 3P3-gesprekken wordt deze techniek vaker als huiswerk gegeven ($\chi^2(1)= 48,494$; $p<0,001$).

Registratie: In 20,3% (n=36) van de gevallen bestaat de huistaak (deels) uit het registreren van het probleemgedrag. In 3P3-gesprekken (37,8%, n=28) is dit vaker dan in SU-gesprekken (7,8%, n=8) ($\chi^2(1)= 24,033$; $p< 0,001$).

Het bijhouden van een *grafiek* wordt in beide groepen ook in het tweede gesprek weinig gebruikt (2,8%, n=5). Het wordt 3 keer gevraagd in een 3P3-gesprek (4,1%) en 2 keer in een SU-gesprek (1,9%). De groepen verschillen hierin niet van elkaar ($\chi^2(1)= 0,700$; $p= 0,403$).

Het *oefenen van nieuwe vaardigheden* wordt in 43,2% (n=32) van de 3P3-gesprekken en in 15,5% (n=16) van de SU-gesprekken als huistaak gegeven. Dit is beduidend meer in 3P3-gesprekken ($\chi^2(1)= 16,729$; $p< 0,001$).

Gebruik motiverende technieken

123 van de 177 tweede gesprekken (69,5%) bevatten een vorm van motivatie (3P3: 81,1%; n=60 en SU: 61,2%; n=63). Het motiveren van de ouders in het tweede gesprek gebeurt vaker in 3P3-gesprekken ($\chi^2(1)= 8,057$; $p< 0,01$). De

²³ Bij ongelijke varianties, $F(1)= 36,842$, $p< 0,001$.

3P3-conditie besteedt hier net niet significant meer tijd aan ($t(175) = 1,826$; $p = 0,07$)²⁴ (Tabel 14).

Tabel 14. Gemiddeld aantal minuten Motivatie gedurende het tweede gesprek (n=177).

Motivatie	Gemiddeld	sd	t-toets	df	Sign.
3P3	7,42	6,72	1,826	175	$p = 0,07$
SU	5,51	6,93			

Onder motivatie werd verstaan:

- het aanpakken van weerstand
- aanmoedigen, benadrukken van wat goed gaat

Weerstand wordt in 22,0% ($n=39$) van de begeleidingen besproken (3P3: 35,1%; $n=26$ en SU: 12,6%; $n=13$). In 3P3-begeleidingen wordt weerstand vaker besproken ($\chi^2(1) = 12,706$; $p < 0,001$).

In 114 van de 177 tweede gesprekken (64,4%) worden de ouders aangemoedigd of wordt benadrukt wat goed gaat (3P3: 77,0%; $n=57$ en SU: 55,3%; $n=57$). In 3P3-gesprekken worden de ouders vaker aangemoedigd ($\chi^2(1) = 8,835$; $p < 0,01$).

Overig

We peilen naar het bespreken van een doorverwijzing of het doorverwijzen zelf. In Tabel 15 geven we een overzicht.

Tabel 15. Gebruik van 'overig' gedurende het tweede gesprek (n=177).

	3P3	%	Spreekuur	%	X ²	sign.
Overige	4	5,4	7	6,8	0,143	0,705
Bespreken van doorverwijzing	1	1,4	5	4,9	1,614	0,204
Doorverwijzing	1	1,4	0	0	Nvt	Nvt

3P3 en SU verschillen niet in het aantal keer dat er wordt doorverwezen of dat een doorverwijzing wordt besproken. In 3P3-gesprekken wordt hier gemiddeld 1,89 minuten ($sd = 9,87$) aan besteed. In SU-gesprekken was dit gemiddeld 0,39 minuten ($sd = 1,628$). Dit verschil is niet significant ($t(75,853) = 1,296$; $p = 0,199$)²⁵.

²⁴ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 0,475$, $p = 0,492$.

²⁵ Bij ongelijke varianties, $F(1) = 9,595$, $p < 0,01$.

4.1.3. Het derde gesprek

Een derde gesprek krijgt nog 83 (38,4%) gezinnen (3P3: 62,8%; n=54 en SU: 22,3%; n=29). Het derde gesprek vindt vaker plaats in de 3P3-conditie ($\chi^2(1)=35,852$; $p<0,001$). 22 (26,5%) van de derde gesprekken worden telefonisch gevoerd (3P3: n=16 (29,6%) en SU: n=6 (20,7%)). Dit verschil is niet significant ($\chi^2(1)=0,774$; $p=0,379$).

Kennismaking

In 49,4% (n=41) van de derde gesprekken komt de kennismakingsfase aan bod (3P3: 57,4%; n=31 en SU: 34,5%; n=10). Dit vaker in 3P3-gesprekken dan in SU-gesprekken ($\chi^2(1)=3,967$; $p<0,05$). Aan de kennismakingsfase wordt niet méér tijd besteed in de 3P3-gesprekken ($t(81)=0,927$; $p=0,357^{26}$) (Tabel 16).

Tabel 16. Vergelijking gemiddeld aantal minuten 'kennismaking' gedurende het derde gesprek (n=83).

Kennismaking 3	Gemiddeld	sd	t-toets	df	Sign.
3P3	2,85	4,57	0,927	81	p= 0,357
SU	1,93	3,71			

Tabel 17 geeft een overzicht van de mate waarin kennismakingshandelingen worden gebruikt in het derde gesprek. In 3P3-gesprekken wordt de agenda vaker overlopen dan in SU-gesprekken.

Tabel 17. Vergelijking kennismaking in het derde gesprek (n=83).

Kennismaking 3	3P3	%	Spreekuur	%	X ²	sign.
Gerust stellen	10	18,5	5	17,2	0,021	p= 0,885
Voorstellen	3	5,6	1	3,4	nvt	
Agenda overlopen	28	51,9	5	17,2	9,436	p <0,01**

Inventarisatie

95,2% (n=79) van alle derde gesprekken heeft een inventarisatiefase (3P3: 94,4%; n=51 en SU: 96,6%; n=28). De 3P3-gesprekken en SU-gesprekken verschillen hierin niet van elkaar ($\chi^2(1)=0,183$; $p=0,669$).

Het gemiddeld aantal minuten in het derde gesprek besteed aan probleeminventarisatie verschilt niet tussen beide condities. (Tabel 18)

²⁶ Bij gelijke varianties, $F(1)=0,019$, $p=0,891$.

Tabel 18. Vergelijking gemiddeld aantal minuten 'Inventarisatie' gedurende het derde gesprek (n=83).

	Aantal minuten Inventarisatie 3	sd	t-score	Df	sign
3P3	16,56	12,34	-0,885	81 ²⁷	p= 0,379.
SU	19,38	16,35			

Luisteren: In 92,8% (n=77) van de derde gesprekken wordt gebruik gemaakt van luisteren (3P3: 94,4%; n=51 en SU: 89,7% (n=26). Beide condities verschillen niet van elkaar ($\chi^2(1)= 0,645$; p= 0,422).

Observatie: In 29 derde gesprekken (34,9% van 83) wordt gebruik gemaakt van observatie (3P3: 33,3%; n=18 en SU: 37,9%; n=11). Er wordt in 3P3-gesprekken en SU-gesprekken in gelijke mate gebruik gemaakt van observatie ($\chi^2(1)= 0,175$; p= 0,675)

Samenvatten: In 60 derde gesprekken (72,3% van 83) wordt gebruik gemaakt van samenvatten. Dit gebeurt in 44 (81,5%) 3P3-gesprekken en in 16 (55,2%) SU-gesprekken. Dit is significant vaker in 3P3-gesprekken ($\chi^2(1)= 6,519$; p<0,05).

Selecteren van één probleem: In 6 gesprekken (7,2%) wordt er met de ouders één probleem geselecteerd waaraan gewerkt zal worden. Dit gebeurt in 3 (5,6%) 3P3-gesprekken en in 3 (10,3%) SU-gesprekken. Het selecteren van een probleem wordt in het derde gesprek in beide groepen in vergelijkbare mate toegepast ($\chi^2(1)= 0,645$; p= 0,422).

Doelstellingen formuleren: In 15 derde gesprekken (18,1%) rapporteren spreekuurhouders doelstellingen op te stellen. Dit gebeurt 11 keer (20,4%) in 3P3-gesprekken en 4 keer (13,8%) in SU-gesprekken. Dit verschil is niet significant ($\chi^2(1)= 0,551$; p= 0,458).

Interventies

In 63 van 83 derde gesprekken (75,9%) wordt gebruik gemaakt van één of meerdere interventies. In 41 (75,9%) van de derde 3P3-gesprekken worden interventies gebruikt en in 22 (75,9%) van de SU-gesprekken. Interventies worden in beide condities in gelijke mate gebruikt ($\chi^2(1)= 0,000$; p= 0,995). De 3P3- en SU-conditie besteden in gelijke mate tijd aan interventies in het derde gesprek (Tabel 19).

²⁷ Bij gelijke varianties, F(1)= 0,346, p= 0,558.

Tabel 19. Gemiddeld aantal minuten 'Interventie' gedurende het derde gesprek (n=83).

	Aantal minuten Interventies 3	sd	t-score	Df	sign
3P3	15,69	15,43	0,442	81 ²⁸	p= 0,660
SU	14,17	13,74			

We vergelijken ook voor het derde gesprek de verschillende interventies (Tabel 20). Uit dit overzicht blijkt dat in 3P3-gesprekken en in SU-gesprekken in gelijke mate gebruik wordt gemaakt van 'Feedback', 'Advies', 'Gedragskaart', 'leren hanteren van beloningen', 'Model staan', 'Structureren van de dagelijkse routine', 'veranderen van de situatie' en het 'werken met storende en helpende gedachten'.

Tabel 20. Verschillende interventies gedurende het derde gesprek (n=83).

Interventies 3	3P3	%	Spreekuur	%	X ²	sign.
Feedback	37	68,5	16	55,2	1,456	P= 0,228
Advies	19	35,2	11	37,9	0,062	P= 0,804
Gedragskaart	9	16,7	3	10,3	0,610	P=0,435
Beloningen	15	27,8	6	20,7	0,502	P= 0,479
Model staan	4	7,4	1	3,40	0,522	P= 0,470
Structureren	16	29,6	8	27,6	0,038	P= 0,845
Veranderen situatie	16	29,6	5	17,2	1,532	P= 0,216
Storende/ helpende gedachten	18	33,3	4	13,8	3,698	P= 0,054

Huistaken

In 30 van 83 derde gesprekken (36,1%) worden huistaken gegeven (3P3: n=23 (42,6%) en SU: n=7 (24,1%)). Dit verschil is niet significant ($\chi^2(1)= 2,784$; p= 0,10). De 3P3-conditie besteedt evenmin meer tijd aan huistaken dan de SU-conditie (Tabel 21).

Tabel 21. Vergelijking gemiddeld aantal minuten 'Huistaken' gedurende het derde gesprek (n=83).

	Aantal minuten huistaken 3	sd	t-score	Df	sign
3P3	3,94	6,60	0,697	81 ²⁹	P= 0,488
SU	2,93	5,75			

²⁸ Bij gelijke varianties, F(1)= 1,549, p= 0,217.

²⁹ Bij gelijke varianties, F(1)= 0,36, p= 0,849.

Gedragmonitoring wordt in het derde gesprek 20 keer (24,1%) als huiswerk gegeven (3P3: 31,5%; n=17 en SU: 10,3%; n=3). In 3P3-gesprekken wordt deze techniek vaker als huiswerk gegeven ($\chi^2(1) = 4,609$; $p < 0,05$).

Gedragregistratie: 16,9% (n=14) van de huistaken bestaan (deels) uit het registreren van probleemgedrag. In de 3P3-conditie (20,4%, n=11) en de SU-conditie (10,3%, n=3) gebeurt dit in gelijke mate ($\chi^2(1) = 1,352$; $p = 0,245$).

Het bijhouden van een *grafiek* wordt in het derde gesprek slechts één keer gebruikt (een 3P3-gesprek).

Het *oefenen van nieuwe vaardigheden* krijgen ouders als huistaak in 9 (16,7%) 3P3-gesprekken en in 4 (15,7%) SU-gesprekken. De groepen verschillen hierin niet ($\chi^2(1) = 0,118$; $p = 0,731$).

Gebruik motiverende technieken

68 van 83 derde gesprekken (81,9%) bevatten een vorm van motivatie (3P3: 88,9%; n=48 en SU: 69,0%; n=20). Het verschil is significant ($\chi^2(1) = 5,058$; $p < 0,05$). De 3P3-conditie besteedt hier niet meer tijd aan ($t(81) = -1,081$; $p = 0,283^{30}$) (Tabel 22).

Tabel 22. Gebruikte minuten voor motivatie in het derde gesprek (n=83).

Motivatie 3	Gemiddeld	sd	t-toets	df	Sign.
3P3	7,50	6,14	-1,081	81	P= 0,283
SU	9,31	9,04			

Weerstand wordt in 16,9% (n=14) van de begeleidingen besproken (3P3: 22,2%; n=12 en SU: 6,9%; n=2). De groepen verschillen hierin net niet ($\chi^2(1) = 3,160$; $p = 0,075$).

In 67 van 83 derde gesprekken (80,7%) worden de ouders *aangemoedigd* of wordt benadrukt wat goed gaat (3P3: 88,9%; n=48 en SU: 65,5%; n=19). Dit verschil is significant ($\chi^2(1) = 6,623$; $p < 0,05$).

Overig

We peilen naar het bespreken van doorverwijzing of het doorverwijzen zelf. In Tabel 23 geven we een overzicht. We zien dat de 3P3- en de SU-conditie in gelijke mate doorverwijzen en/of een doorverwijzing bespreken.

Tabel 23. Het (bespreken) van doorverwijzing (n=83).

	3P3	%	Spreekuur	%	X ²	sign.
Overige	2	3,7	2	6,9	0,419	0,517
Bespreken van doorverwijzing	2	3,7	0	0	nvt	nvt
Doorverwijzing	0	0	0	0	nvt	nvt

³⁰ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 3,693$, $p = 0,058$.

4.1.4. Het vierde gesprek:

Slechts 13,9% (n=30) van de begeleidingen omvatten een vierde gesprek (3P3: 22,1%; n=19 en SU: 8,5%; n=11). In de 3P3-conditie gebeurt dit significant vaker ($\chi^2(1) = 8,042$; $p < 0,01$). 11 (36,7%) van de gesprekken worden telefonisch gevoerd (3P3: 6 (31,6%) en SU: 5 (45,5%)). Dit verschil is niet significant ($\chi^2(1) = 0,578$; $p = 0,447$).

Kennismaking

33,3% (n=10) van de begeleidingen hebben een vierde gesprek waar de kennismakingsfase aan bod komt (3P3: 42,1%; n=8 en SU: 18,2%; n=2). Dit lijkt voor de 3P3-conditie vaker dan voor de SU-conditie³¹. In een 3P3-gesprek wordt nog gemiddeld 1 minuut (sd= 1,633) en in een SU-gesprek gemiddeld 0,55 minuten (sd= 1,508) besteed aan de 'kennismaking'. Dit verschil is niet significant ($t(81) = 0,755$; $p = 0,457$ ³²).

In het vierde gesprek maakt niemand meer gebruik van 'gerust stellen'. In één SU-gesprek stelt de spreekuurhouder zich nog voor (9,1%).

In 7 3P3-gesprekken (36,8%) en in geen enkel SU-gesprek wordt de agenda overlopen.

Inventarisatie

In 93,3% (n=28) van alle gesprekken wordt een inventarisatiefase in het vierde gesprek gehouden (3P3: 89,5%; n=17 en SU: 100%; n=11)³³. Het gemiddeld aantal minuten dat aan de probleeminventarisatie wordt besteed, verschilt niet tussen beide condities. (Tabel 24)

Tabel 24. Gemiddeld aantal minuten 'Inventarisatie' gedurende het vierde gesprek (n=30).

	Aantal minuten Inventarisatie 4	sd	t-score	Df	sign
3P3	13,42	13,541	-0,441	28 ³⁴	P= 0,662
SU	15,64	12,706			

In Tabel 25 geven we een overzicht van de inventarisatieonderdelen Luisteren, Observatie, Samenvatten, het selecteren van één probleem en doelstellingen formuleren. In 3P3-gesprekken wordt 'samenvatten' vaker gebruikt.

³¹ Op de gevonden aantallen is een Chi-kwadraat toets niet geldig.

³² Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 0,847$, $p = 0,365$.

³³ Géén Chi-kwadraat toets, de cel 'nee' voor de SU groep is immers leeg.

³⁴ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 0,171$, $p = 0,683$.

Tabel 25. Vergelijking verschillende elementen 'inventarisatie' gedurende het vierde gesprek (n=30).

Inventarisatie 4	3P3	%	Spreekuur	%	X ²	sign.
Luisteren	17	89,5	10	90,9	0,016	P=0,90
Observatie	6	31,6	2	18,2	nvt ³⁵	nvt
Samenvatten	14	73,7	4	36,4	4,043	P<0,05*
Selecteren één probleem	0	0	1	9,1	nvt	Nvt
Doelstellingen opstellen	2	10,5	2	18,2	nvt	nvt

Interventies

In 23 van 30 vierde gesprekken (76,7%) wordt gebruik gemaakt van één of meerdere interventies (3P3: n=15 (78,9%) en SU: n=8 (72,7%)). Dit verschil is niet significant ($\chi^2(1) = 0,151$; $p = 0,698$). De 3P3-conditie besteedt evenmin meer tijd aan het gebruik van interventies in het vierde gesprek (Tabel 26).

Tabel 26. Vergelijking gemiddeld aantal minuten 'Interventie' gedurende het vierde gesprek (n=30).

	Aantal minuten Interventies 4	sd	t-score	Df	Sign
3P3	10,63	13,01	0,449	28 ³⁶	P=0,657
SU	8,64	8,97			

We vergelijken ook voor het vierde gesprek het gebruik van de verschillende interventies (Tabel 27). We zien hier geen verschillen tussen beide groepen.

Tabel 27. Vergelijking verschillende interventies gedurende het vierde gesprek (n=30).

Interventies 4	3P3	%	Spreekuur	%	X ²	sign.
Feedback	12	63,2	7	63,6	0,001	P= 0,979
Advies	2	10,5	3	27,3	1,407	P= 0,236
Gedragskaart	0	0	1	9,1	nvt	nvt
Beloningen	3	15,8	0	0	nvt	nvt
Model staan	0	0	0	0	nvt	nvt
Structureren	4	21,1	1	9,1	nvt	nvt
Veranderen situatie	4	21,1	2	18,2	nvt	nvt
Storende/ helpende gedachten	4	21,1	2	18,2	nvt	nvt

³⁵ Voor de gevonden aantallen is een Chi-Kwadraat toets niet geldig.

³⁶ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 1,089$, $p = 0,306$.

Huistaken

In 8 van 30 vierde gesprekken (26,7%) wordt nog gebruik gemaakt van huistaken (3P3: n=7 (36,8%) en SU: n=1 (9,1%)). De 3P3-conditie besteedt niet meer tijd aan huistaken in het vierde gesprek (Tabel 28).

Tabel 28. Gemiddeld aantal minuten Huistaken gedurende het vierde gesprek (n=30).

	Aantal minuten Interventies 4	sd	t-score	Df	sign
3P3	3,62	5,78	1,249	28 ³⁷	P= 0,222
SU	0,91	3,02			

Tabel 29 presenteert het aantal keren dat de verschillende soorten huistaken worden gebruikt in een vierde gesprek. Ook hier zien we nauwelijks verschillen tussen beide groepen.

Tabel 29. Vergelijking verschillende huistaken in het vierde gesprek (n=30).

Huistaken 4	3P3	%	Spreekuur	%
gedragsmonitoring	3	15,8	0	0
registratie	2	10,5	1	9,1
grafiek bijhouden	1	5,3	0	0
oefenen nieuwe vaardigheden	3	15,8	0	0

Gebruik motiverende technieken

23 van 30 vierde gesprekken (76,7%) bevatten een vorm van motivatie (3P3: 73,7%; n=14 en SU: 81,8%; n=9). Het verschil is niet significant ($\chi^2(1) = 0,258$; $p = 0,612$). De 3P3-conditie besteedt hier evenmin meer tijd aan ($t(28) = 0,014$; $p = 0,989$ ³⁸) (Tabel 30).

Tabel 30. Gebruikte minuten voor motivatie in het vierde gesprek (n=30).

Motivatie	Gemiddeld	sd	t-toets	df	Sign.
3P3	8,42	11,895	0,014	28	P= 0,989
SU	8,36	8,571			

Weerstand wordt in 13,3% (n=4) van de gevallen besproken. In de 3P3-gesprekken een keer (5,3%), in SU-gesprekken 3 keer (27,3%).

³⁷ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 4,146$, $p = 0,051$.

³⁸ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 0,371$, $p = 0,547$.

In 22 van 30 vierde gesprekken (73,3%) worden de ouders *aangemoedigd* of wordt benadrukt wat goed gaat. In de 3P3-conditie is dit 73,7% (n=14). In de SU-conditie is dit 72,7% (n=8). Dit verschil is niet significant ($\chi^2(1) = 0,003$; $p = 0,954$).

Overig

In 3 van 30 vierde gesprekken (10%) wordt een doorverwijzing besproken. In Tabel 31 geven we een overzicht.

Tabel 31. Vergelijking van het gebruik van het (bespreken) van doorverwijzing (n=30)

	3P3	%	Spreekuur	%	X ²	sign.
Overige	2	10,5	1	9,1	nvt	nvt
Bespreken van doorverwijzing	1	5,3	0	0	nvt	nvt
Doorverwijzing	0	0	1	9,1	nvt	nvt

4.1.5. Het vijfde gesprek:

Drie spreekuurhouders houden een vijfde gesprek (1 3P3- en 2 SU-spreekuurhouders). Beide groepen verschillen hierin niet van elkaar ($\chi^2(1) = 0,05$; $p = 0,82$). Van het 3P3-gesprek weten we dat het niet-telefonisch werd gevoerd. Van de twee SU-gesprekken verkregen we hierover geen informatie.

Kennismaking

Door geen enkele spreekuurhouders wordt nog een kennismakingsfase gehouden.

Inventarisatie

De volgende fase in het gesprek is de probleeminventarisatie. We onderscheiden hierin: luisteren, observatie, samenvatten, selecteren van één probleem en doelstellingen opstellen. Door iedere spreekuurhouder wordt geïnventariseerd.

Het gemiddeld aantal minuten besteed aan de probleeminventarisatie verschilt niet significant tussen beide groepen (3P3 30 minuten en SU gemiddeld 12,5 minuten ($sd=10,61$); $t(1)=1,347$; $p=0,407$).

Alle spreekuurhouders (3P3-groep=1 en SU=2) rapporteren actief te *luisteren* naar de cliënt.

In 1 SU-gesprek is er sprake van *observatie*. In het andere SU- en het 3P3 gesprek wordt dit niet gebruikt.

Samenvatten: Het samenvatten gebeurt in het 3P3-gesprek n in 1 SU-gesprek.

Selecteren van één probleem: in geen enkel vijfde gesprek wordt nog een probleem geselecteerd.

Doelstellingen opstellen gebeurt nog in geen enkel vijfde gesprek.

Interventies

In beide gesprekken waar een interventie wordt uitgevoerd (3P3=1 en SU=1) betreft het geven van feedback.

De tijd besteed aan interventies is in het 3P3-gesprek gemiddeld 10 minuten, in de SU-gesprekken gemiddeld 5 minuten ($sd=7,07$). Beide condities verschillen hierin niet ($t(1) = -0,577$; $p=0,667$).

Huistaken

In geen enkel vijfde gesprek worden nog huistaken gegeven door de spreekuurhouders.

Gebruik motiverende technieken

Alleen in het vijfde 3P3-gesprek worden nog motiverende technieken gebruikt: er wordt benadrukt wat goed gaat en er wordt aangemoedigd.

Overig

Het bespreken van een doorverwijzing of het doorverwijzen zelf wordt niet meer gedaan in de vijfde gesprekken.

Samenvatting: We zien dat in de 3P3-conditie meer gesprekken worden gevoerd, er meer tijd voor wordt genomen en meer verschillende gesprekstechnieken worden gehanteerd. In aard en frequentie van de gebruikte interventies zien we vooral in de eerste twee gesprekken een grotere verscheidenheid in de 3P3-gesprekken. De verschillen tussen de 3P3- en SU-gesprekken zijn te verklaren vanuit het 3P3-protocol. De 3P3-elementen herkennen we vooral in de eerste twee gesprekken. De kans op een derde of vierde gesprek is groter in de 3P3-conditie. Binnen deze laatste gesprekken lijken de verschillen tussen 3P3 en SU weg te vallen. In paragraaf 4.2. bespreken we meer in detail de handelingsintegriteit voor wat betreft de 3P3-begeleidingen.

4.2. Programma-integriteit Triple P Level 3

Hieronder gaan we na in welke mate het 3P3-protocol wordt uitgevoerd zoals voorgeschreven in de handleiding. We kijken naar het aantal gesprekken³⁹, de tijd per gesprek en de gespreksinhoud. We baseren ons hierbij op het gespreksmodel uit hoofdstuk 2.

4.2.1. Aantal gesprekken

Het voorziene aantal 3P3-gesprekken is 4. Het gemiddeld aantal gesprekken in de steekproef is 2,7 ($sd = 0,983$). 22,1% van de 3P3-begeleidingen bestaat uit 4 gesprekken (Tabel 32).

³⁹ De vijfde gesprekken ($n=3$ op 216 begeleidingen) zijn in deze analyse niet meer meegenomen.

Tabel 32. Aantal begeleidingen die 1, 2, 3 of 4 gesprekken duren.

Aantal Gesprekken	1	2	3	4	Totaal
Aantal	12	20	35	19	86
Percentage	14,0	23,2	40,7	22,1	100

Cumulatief beëindigen 14% van de begeleidingen na één gesprek, 37,2% na twee gesprekken en 77,9% na drie gesprekken.

4.2.2. Wijzen van toedienen

We gingen na hoeveel gesprekken telefonisch werden gevoerd:

- 1 (1,2%) van de 86 eerste gesprekken werd telefonisch gevoerd
- 4 (5,4%) van de 74 tweede gesprekken werd telefonisch gevoerd
- 16 (29,6%) van de 54 derde gesprekken werd telefonisch gevoerd
- 6 (31,6%) van de 19 vierde gesprekken werd telefonisch gevoerd

Naarmate de begeleiding langer duurt neemt de kans toe dat een gesprek telefonisch wordt gevoerd.

4.2.3. Bestede tijd

Het 3P3-protocol stelt dat een gesprek tot 30 minuten mag duren. Tabel 33 geeft het gemiddeld aantal minuten per gesprek.

Tabel 33. Gemiddeld aantal minuten per 3P3-gesprek

	n	aantal minuten	sd
eerste gesprek	85	74,93	31,15
tweede gesprek	74	76,59	32,24
derde gesprek	54	49,02	34,34
vierde gesprek	17 ⁴⁰	42,82	37,96

Naarmate de begeleiding vordert wordt de gespreksduur korter. Gemiddeld wordt echter de maximumduur van 30 minuten niet gehaald.

We deelden de gesprekken op in klassen van minder of gelijk aan 30 minuten en meer dan 30 minuten. Tabel 34 geeft een overzicht.

⁴⁰ Van 2 gesprekken ontvingen we geen gespreksduur.

Tabel 34. Verdeling in klassen van gespreksduur.

	3P3 ≤ 30 min	% ≤ 30 min	3P3 > 30 min	% > 30 min	Totaal
1	4	4,7	81	95,3	85
2	7	9,5	67	90,5	74
3	18	33,3	36	66,6	54
4	9	52,9	8	47,1	17

Uit deze Tabel blijkt dat de kans dat de gespreksduur kleiner is dan 30 minuten toeneemt naarmate de begeleiding vordert. De helft van de vierde gesprekken duren korter dan 30 minuten.

28 begeleidingen worden afgerond binnen de 120 minuten (4 gesprekken aan maximaal 30 minuten). Binnen deze 28 begeleidingen werden 27 eerste gesprekken gevoerd met een gemiddelde tijd van 64 minuten (sd= 24,3), 17 tweede gesprekken met een gemiddelde tijd van 41,1 minuten (sd= 21,3), 7 derde gesprekken van gemiddeld 22,4 minuten (sd= 15,6) en één vierde gesprek van 5 minuten. In Tabel 35 presenteren we de gesprekken van de begeleidingen met een maximumduur van 120 minuten in klassen:

Tabel 35. Opdeling in klassen van gesprekken binnen de tijdslimiet (120 minuten).

	3P3 ≤ 30 min	% ≤ 30 min	3P3 > 30 min	% > 30 min	Totaal
1	3	11,1	24	88,9	27
2	6	35,3	11	64,7	17
3	5	71,4	2	28,6	7
4	1	100			1

22,1% (n=19) van de begeleidingen bestaat uit het vereiste aantal gesprekken. Slechts 1 van de begeleidingen met 4 gesprekken wordt binnen de 120 minuten afgerond. Dus voor 18 begeleidingen met 4 gesprekken wordt veel meer tijd gebruikt dan 3P3 voorstaat.

4.2.4. Inhoud van de gesprekken

Op basis van het 3P3-protocol kunnen we elementen uit de handelingregistratie noemen als 'verplicht' aanwezig in een of meerdere gesprekken (zie hoofdstuk 2 en uitleg handelingregistratie hoofdstuk 3). Tegelijkertijd mogen een aantal handelingen niet voorkomen in specifieke gesprekken. We overlopen elk gesprek afzonderlijk:

Sessie 1

In het eerste gesprek dienen de volgende elementen aanwezig te zijn:

Categorie A (Kennismaking/introductie): gerust stellen (A1), voorstelling (A2) en agenda overlopen (A3).

Categorie B (Inventarisatie): luisteren (B1), observeren (B2), samenvatten (B3), doelgedrag selecteren (B4).

Categorie D (Huishaken): gedragsmonitoring (D1) of gedragsregistratie (D2) of grafiek bijhouden (D3).

Volgens het 3P3-protocol komen volgende elementen in het eerste gesprek uitdrukkelijk *niet* aan bod: doelstellingen opstellen (B5), advies geven (C2), gedragskaart opstellen (C3), leren hanteren van beloningen (C4), model staan (C5), structureren van dagelijkse routine (C6), veranderen van de situatie (C7) en werken aan storende of helpende gedachten (C8) en oefenen van nieuwe vaardigheden (D4).

Sessie 2

In het tweede gesprek dienen de volgende elementen in ieder geval aan bod te komen:

Categorie A (Kennismaking/introductie): Agenda overlopen (A3).

Categorie B (Inventarisatie): luisteren (B1), observeren (B2), samenvatten (B3), doelstellingen formuleren (B5).

Categorie C (Interventies): feedback geven (C1), het opstellen van een gedragskaart/plan van aanpak (C3), het leren hanteren van beloningen (C4), structureren van de dagelijkse routine (C6) en de situatie veranderen (C7).

Categorie D (Huishaken): gedragsmonitoring (D1) of gedragsregistratie (D2) of grafiek bijhouden (D3), en inoefenen van nieuwe vaardigheden (D4).

De volgende elementen dienen *niet* aan de orde te komen: een doelprobleem selecteren (B4).

Sessie 3.

We gaan weer na welke elementen aan bod dienen te komen:

Categorie A (Kennismaking/introductie): agenda overlopen (A3).

Categorie B (Inventarisatie): luisteren (B1), observeren (B2), samenvatten (B3),

Categorie C (Interventies): feedback geven (C1)

Categorie D (Huishaken): gedragsmonitoring (D1) of gedragsregistratie (D2) of grafiek bijhouden (D3), en inoefenen van nieuwe vaardigheden (D4).

Categorie E (gebruik motiverende technieken): bevestiging geven (E2)

Elementen die niet thuishoren in het derde gesprek: een doelprobleem selecteren (B4).

Sessie 4

In dit laatste (telefonisch) gesprek dient vooral geëvalueerd te worden hoe de ouders het opvoedingsplan hebben toegepast en wat daar de resultaten van zijn. Elementen uit 3P3 die overeen komen met de handelingregistraties zijn:

Categorie A (Kennismaking/introductie): agenda overlopen (A3).

Categorie B (Inventarisatie): luisteren (B1) en samenvatten (B3),

Categorie C (Interventies): feedback geven (C1). Hier verwachten we vooral het bespreken van de evolutie in het probleemgedrag aan de hand van de registratieformulieren.

Elementen die niet thuishoren in het vierde gesprek: een doelprobleem selecteren (B4).

Voor de 3P3 groep gingen we na in welke mate de verplichte en niet-aangewezen elementen terugkwamen in de gesprekken. De gegevens worden samengevat in Tabel 36. Grijs zones zijn de verplichte 3P3-elementen, rode zones zijn handelingen die niet passen in dat gesprek (bv doelstellingen opstellen in het eerste gesprek). In de paarse zones volstaat een van de handelingen. Witte zones kunnen maar zijn niet verplicht.

Tabel 36. Overzicht handelingen in de 3P3 sessies.

Handelingen	Sessie 1		Sessie 2		Sessie 3		Sessie 4	
	n=86	%	n=74	%	n=54	%	n=19	%
Kennismaking A	84,00	97,70	60,00	81,10	33,00	61,10	8,00	42,10
A1	75,00	87,20	27,00	36,50	11,00	20,40	-	-
A2	79,00	91,90	9,00	12,20	4,00	7,40	-	-
A3	84,00	97,70	54,00	73,00	30,00	55,60	7,00	36,80
Inventarisatie B	85,00	98,80	70,00	94,60	53,00	98,10	17,00	89,50
B1	85,00	98,80	67,00	90,50	53,00	98,10	17,00	89,50
B2	60,00	69,80	40,00	54,10	20,00	37,00	6,00	31,60
B3	81,00	94,20	63,00	85,10	46,00	85,20	14,00	73,70
B4	73,00	84,90	20,00	27,00	4,00	7,40	1,00	5,30
B5	34,00	39,50	55,00	74,30	13,00	24,10	2,00	10,50
Interventies C	52,00	60,50	71,00	95,90	43,00	79,60	15,00	78,90
C1	30,00	34,90	52,00	70,30	39,00	72,20	12,00	63,20
C2	13,00	15,10	47,00	63,50	21,00	38,90	2,00	10,50
C3	10,00	11,60	29,00	39,20	10,00	18,50	1,00	5,30
C4	9,00	10,50	39,00	52,70	17,00	31,50	3,00	15,80
C5	6,00	7,00	19,00	25,20	5,00	9,30	-	-
C6	11,00	12,80	43,00	58,10	18,00	33,30	4,00	21,10
C7	8,00	9,30	45,00	60,80	18,00	33,30	4,00	21,10
C8	22,00	25,60	40,00	54,10	19,00	35,20	4,00	21,10
Huistaken D	72,00	83,70	57,00	77,00	23,00	42,60	7,00	36,80
D1*	66,00	76,70	37,00	50,00	17,00	31,50	3,00	15,80
D2*	55,00	64,00	28,00	37,80	11,00	20,40	2,00	10,50
D3*	3,00	3,50	3,00	4,10	1,00	1,90	1,00	5,30

D4	6,00	7,00	32,00	43,20	9,00	16,70	3,00	15,80
Motivatie E	57,00	66,30	60,00	81,10	50,00	92,60	14,00	73,70
E1	23,00	26,70	26,00	35,10	13,00	24,10	1,00	5,30
E2	54,00	62,80	57,00	77,00	50,00	92,60	14,00	73,70
Overig F	1,00	1,20	4,00	5,40	2,00	3,70	2,00	10,50
F1	1,00	1,20	1,00	1,40	2,00	3,70	1,00	5,30
F2	2,00	2,30	1,00	1,40	1,00	1,90	1,00	5,30

* en/of= een van deze volstaat

4.2.5. Besluit: programma-integriteit 3P3

Uit de resultaten blijkt dat de tijd voorzien voor een begeleiding ruim wordt overschreden en dat het aantal sessies niet wordt gerespecteerd. Slechts 22,1% van de begeleidingen bestaat uit 4 gesprekken (al dan niet telefonisch). Van deze laatste 19 begeleidingen wordt er slechts 1 binnen de voorziene 120 minuten afgerond. De gemiddelde totale tijd per begeleiding (ongeacht het aantal gesprekken) bedraagt 178,4 minuten. Voor wat betreft de inhoud van de sessies blijken reeds veel handelingen te worden gesteld in het eerste gesprek waar men nog niet aan toe is. Daarnaast wordt veel tijd besteed in de volgende gesprekken aan kennismaking. Het blijkt dan niet steeds te gaan over het overlopen van de agenda zoals het protocol voorstaat maar ook over jezelf voorstellen. Sommige handelingen worden weinig gesteld. Dit valt vooral op bij de huistaken. Zo wordt slechts in minder dan de helft van alle tweede gesprekken het inoefenen van nieuwe vaardigheden voorgesteld. In het derde gesprek is dit laatste nog slechts 16,7%. Om een en ander inzichtelijk te maken werd een index berekend voor het juiste gebruik van het protocol (Tabel 37).

Tabel 37. Handelingsintegriteit, Index voor de 3P3 sessies.

Integriteit	gesprek 1	gesprek 2	gesprek 3	gesprek 4
Aantal (%)	98,8	86	62,8	22,1
Tijd < 30 min	4,7	9,5	33,3	52,9
Inhoud				
3P3-elementen	90,47	69,99	69,28	69,01
Niet 3P3	-15,38	27	-7,4	-5,3
Telefonisch	-1,2	-5,4	-29,6	
Totaal				
Integriteit	177,39	133,09	128,38	138,71
Rapportcijfer	59,13	44,36	42,79	46,26

Deze bevat:

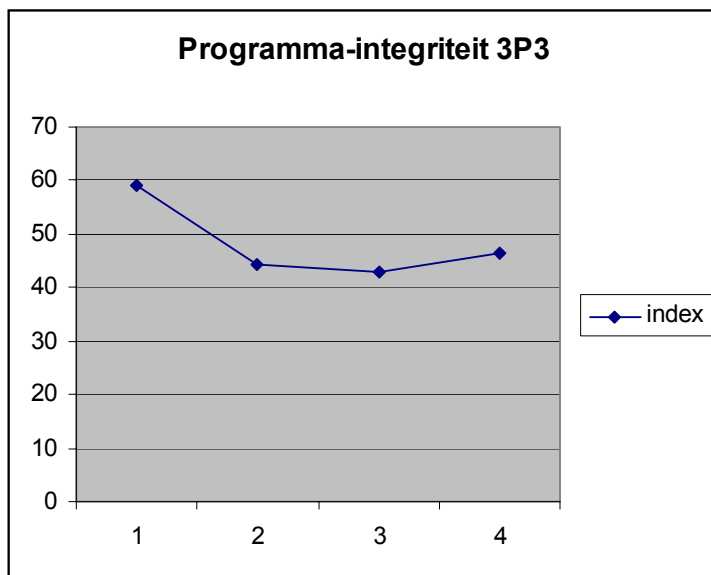
Het percentage uitgevoerde gesprekken.

Het percentage gesprekken binnen de voorziene tijd uitgevoerd.

Het percentage juiste elementen verminderd met het percentage foute elementen.

Het percentage telefonisch uitgevoerde gesprekken (negatieve score, dit geldt niet voor het vierde gesprek).

We verkrijgen zo een programma-integriteitindex. De maximumscore is 100 (3*100% op de positieve elementen, geen negatieve elementen, gedeeld door 3). De index is het hoogst voor het eerste gesprek. Bij het tweede zakt de index met 15 punten om vervolgens stabiel te blijven.



Figuur 1. Handelingsintegriteit voor 3P3 level 3.

4.3. Overeenkomst Spreekuur met 3P3-protocol

Om te beoordelen in welke mate het SU lijkt op 3P3 worden de SU-begeleidingen op dezelfde manier geanalyseerd zoals in 4.2.

4.3.1. Aantal gesprekken

Het voorziene aantal gesprekken in 3P3 is 4. Het gemiddeld aantal SU-gesprekken is 2,1 (sd= 0,825). 8,5% van de SU-begeleidingen bestaat uit 4 gesprekken (Tabel 38).

Tabel 38. Aantal begeleidingen SU dat uit 1, 2, 3 of 4 gesprekken bestaat.

Aantal Gesprekken	1	2	3	4	Totaal
Aantal	27	74	18	11	130
Percentage	20,8	56,9	13,8	8,5	100

20,8% van de begeleidingen wordt beëindigd na één gesprek, 77,7% na twee gesprekken en 91,5% na drie gesprekken. Slechts 8,5 begeleidingen duren vier gesprekken.

4.3.2. Wijze van toedienen

Er wordt nagegaan hoeveel gesprekken telefonisch worden gevoerd:

- Geen enkel eerste gesprek werd telefonisch gevoerd
- 51 (49,5%) van de 103 tweede gesprekken werd telefonisch gevoerd
- 6 (20,7%) van de 29 derde gesprekken werd telefonisch gevoerd
- 5 (45,5%) van de 11 vierde gesprekken werd telefonisch gevoerd

Vanaf het tweede gesprek worden veel gesprekken telefonisch gevoerd. Het derde gesprek vormt hierop een uitzondering.

4.2.3. Bestede tijd

Het 3P3-protocol stelt dat een gesprek 30 minuten mag duren. Tabel 39 presenteert het aantal minuten per SU-gesprek.

Tabel 39. Aantal minuten per SU-gesprek.

	n ⁴¹	aantal minuten	sd
eerste gesprek	130	78,1	25,7
tweede gesprek	101	35,6	26,7
derde gesprek	28	50,3	29,9
vierde gesprek	11	35,9	22,1

Naarmate de begeleiding vordert wordt de gespreksduur korter. Het tweede gesprek is gemiddeld vrij kort evenals het vierde gesprek. Doch ook hier wordt voor geen enkel gesprek de gemiddelde maximumduur van 30 minuten niet gehaald.

Wanneer de gesprekken worden opgedeeld in klassen van minder of gelijk aan 30 minuten en meer dan 30 minuten resulteert dit in volgende overzicht:

⁴¹ Het aantal gevoerde gesprekken is niet steeds hetzelfde als het aantal gesprekken waarvoor het gemiddelde werd berekend. Voor een aantal handelingregistraties werd wel aangegeven dat het gesprek werd gevoerd, echter zonder detail in tijd of inhoud.

Tabel 40. Verdeling in klassen van de SU gesprekken.

	SU ≤ 30 min	% ≤ 30 min	SU > 30 min	% > 30 min	Totaal
1	1	0,8	129	99,2	130
2	59	58,4	42	41,6	101 ⁴²
3	10	35,7	18	64,3	28
4	6	54,5	5	45,5	11

Opnieuw worden vanaf het vierde gesprek ongeveer de helft van de gesprekken binnen de 30 minuten beëindigd.

78 SU-begeleidingen worden binnen de 120 minuten (4 gesprekken aan 30 minuten) afgerond. Binnen deze 78 begeleidingen werden 78 eerste gesprekken gevoerd met een gemiddelde tijd van 67,0 minuten (sd= 15,4), 49 tweede gesprekken met een gemiddelde tijd van 20,06 minuten (sd= 12,8) en 6 derde gesprekken van 25,0 minuten (sd= 15,8). Geen enkele (van de 11) begeleiding met vier gesprekken wordt binnen de 120 minuten afgerond. In Tabel 41 delen we de gesprekken van begeleidingen met een maximumduur van 120 minuten op in klassen:

Tabel 41. Verdeling in klassen van de SU-begeleidingen van ≤ 120 minuten.

	SU ≤ 30 min	% ≤ 30 min	SU > 30 min	% > 30 min	Totaal
1	1	1,3	77	98,7	78
2	39	79,6	10	20,6	49
3	4	66,7	2	33,3	6
4					0

We besluiten dat 8,5% van de gezinnen vier gesprekken krijgt en dat daar vooral in het eerste gesprek veel tijd voor wordt gebruikt. Geen enkele begeleiding van 4 gesprekken wordt binnen de 120 minuten afgerond.

4.2.4. Inhoud van de gesprekken Spreekuur

We beoordeelden de inhoud van de SU-gesprekken/begeleidingen met het 3P3-protocol (Tabel 42).

Tabel 42. Overzicht handelingen in de SU-sessies.

Handelingen	Sessie 1		Sessie 2		Sessie 3		Sessie 4	
	n=130	%	n=103	%	n = 29		n=11	%
Kennismaking A.	129,00	99,20	47,00	45,60	10,00	34,50	2	18,2
A1	91,00	70,00	14,00	13,60	5,00	17,20	3	27,3
A2	100,00	76,90	10,00	9,70	1,00	3,40	1	9,1
A3	88,00	67,70	19,00	18,40	5,00	17,20	3	27,3

⁴² Het aantal in klassen ingedeelde gesprekken is soms minder omdat de tijden niet werden ingevuld.

Inventarisatie B	129,00	99,20	91,00	88,30	28,00	96,60	11	100,0
B1	113,00	86,90	81,00	78,60	26,00	89,70	10	90,9
B2	80,00	61,50	21,00	20,40	11,00	37,90	2	18,2
B3	100,00	76,90	45,00	43,70	16,00	55,20	4	36,4
B4	79,00	60,80	9,00	8,70	3,00	10,30	1	9,1
B5	74,00	56,90	18,00	17,50	4,00	13,80	2	18,2
Interventies C	124,00	95,40	73,00	70,90	22,00	75,90	8	72,7
C1	71,00	54,60	56,00	54,40	16,00	55,20	7	63,6
C2	86,00	66,20	39,00	37,90	11,00	37,90	3	27,3
C3	34,00	26,20	12,00	11,70	3,00	10,30	1	9,1
C4	47,00	36,20	22,00	21,40	6,00	20,70	3	27,3
C5	32,00	24,60	12,00	11,70	1,00	3,40	3	27,3
C6	65,00	50,00	19,00	18,40	8,00	27,60	1	9,1
C7	42,00	32,30	16,00	15,50	5,00	17,20	2	18,2
C8	43,00	33,10	14,00	13,60	4,00	13,80	2	18,2
Huistaken D	65,00	50,00	27,00	26,20	7,00	24,10	1	9,1
D1*	13,00	10,00	5,00	4,90	3,00	10,30	3	27,3
D2*	16,00	12,30	8,00	7,80	3,00	10,30	1	9,1
D3*	7,00	5,40	2,00	1,90	3,00	10,30	3	27,3
D4	41,00	31,50	16,00	15,50	4,00	13,80	3	27,3
Motivatie E	104,00	80,00	63,00	61,10	20,00	69,00	9	81,8
E1	33,00	25,40	13,00	12,60	2,00	6,90	3	27,3
E2	97,00	74,60	57,00	55,30	19,00	65,50	8	72,7
Overig F	5,00	3,80	7,00	6,80	2,00	6,90	1	9,1
F1	4,00	3,10	5,00	4,90	3,00	10,30	3	27,3
F2	1,00	0,80	3,00	2,90	3,00	10,30	1	9,1

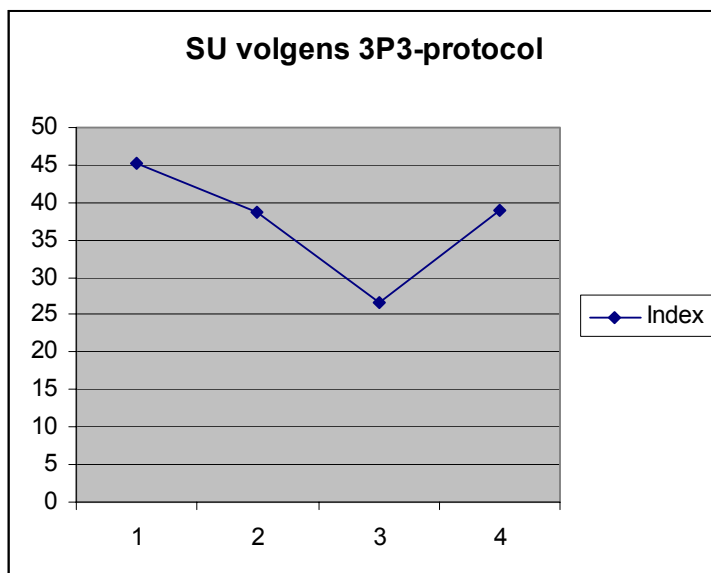
* en/of= één van deze volstaat

4.2.5 Besluit: het SU langs het 3P3-protocol

Evenals voor de 3P3-begeleidingen wordt nagegaan in welke mate deze begeleidingen voldoen aan het 3P3-protocol. Dit laat toe 3P3-begeleidingen te vergelijken met SU-begeleidingen (Tabel 43).

Tabel 43. Een 3P3-index voor het spreekuur.

Integriteit SU	gesprek 1	gesprek 2	gesprek 3	gesprek 4
Aantal (%)	100	79,23	22,31	8,5
Tijd < 30 min	0,8	58,4	35,7	54,5
Inhoud				
3P3 elementen	74,91	36,43	52,88	62,62
Niet 3P3	-39,67	-8,7	-10,3	-9,1
Telefonisch	0	-49,5	-20,7	
Totaal Integriteit	136,04	115,86	79,89	116,52
Index	45,35	38,62	26,63	38,84



Figuur 2. SU aan de hand van de 3P3 criteria.

4.4. Samenvatting

3P3-begeleidingen bestaan uit meer gesprekken en uren (ongeacht het aantal gesprekken) langer dan SU-begeleidingen. Gemiddeld duren 3P3-gesprekken langer dan SU-gesprekken. 3P3-gesprekken (evenals SU-gesprekken) duren veel langer dan het 3P3-protocol voorstaat. Uitzondering hierop is zowel voor de 3P3- als voor de SU-begeleidingen het vierde gesprek. Ongeveer de helft van de gesprekken wordt binnen de maximumduur van 30 minuten gehouden. Daarnaast benadert ook het tweede SU-gesprek een gemiddelde duur van 30 minuten. Het tweede SU-gesprek wordt echter vaker telefonisch afgehandeld. Beide condities verschillen inhoudelijk in de gebruikte gesprekstechnieken. In de eerste twee gesprekken is de volgorde in handelingen anders. In het eerste gesprek gebruiken SU-sprekuurhouders meer technieken als feedback geven, advies geven, het leren gebruiken van beloningen, structureren van de dagelijkse routine enzovoort. Conform het 3P3-protocol (en het SU-gespreksmodel?) worden deze handelingen veel minder gesteld in het eerste 3P3-gesprek. 3P3-sprekuurhouders gebruiken deze laatste technieken echter (opnieuw conform het 3P3-protocol) in het tweede en derde gesprek meer dan SU-sprekuurhouders. Daarnaast kan worden opgemerkt dat over alle gesprekken heen in 3P3-begeleidingen meer gebruik wordt gemaakt van luisteren, observatie en samenvatten.

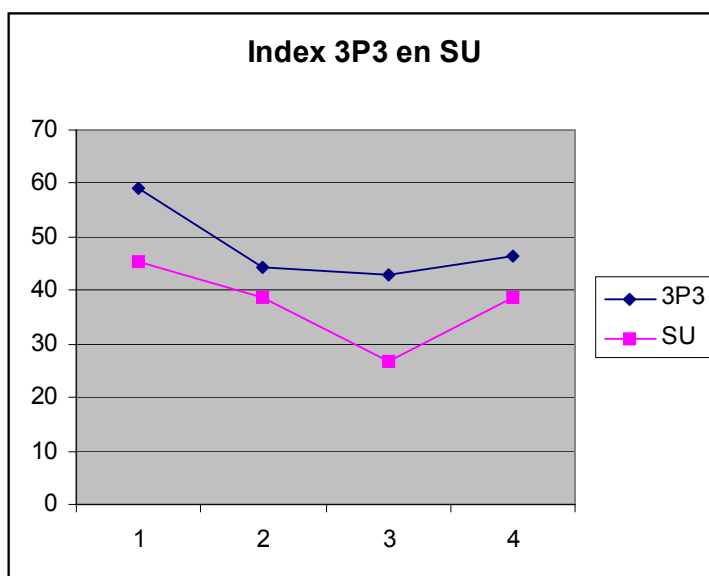
Tegelijkertijd zien we dat het 3P3-protocol in 3P3-begeleidingen dikwijls niet nauwkeurig wordt gevolgd. Vooral het aantal gesprekken, de gebruikte tijd en het telefonisch afhandelen van gesprekken die bedoeld zijn om fysiek te worden gevoerd vallen op.

Voor de overzichtelijkheid zetten we nog de parameters naast elkaar ⁴³(Tabel 44). We merken op dat we voor wat betreft de programma-integriteit van de 3P3-conditie nog geen rekening wordt gehouden met het evalueren van de doelen een belangrijk element van de GAS-procedure. De doelrealisatie wordt besproken in hoofdstuk 6.

Tabel 44. Overzicht van de parameters voor handelingsintegriteit, vergelijking van 3P3 en SU.

Integriteit	3P3 1	SU 1	3P3 2	SU 2	3P3 3	SU 3	3P3 4	SU 4
Aantal	98,8	100	86	79,23	62,8	22,31	22,1	8,5
Tijd < 30min	4,7	0,8	9,5	58,4	33,3	35,7	52,9	54,5
Inhoud								
3P3 elementen	90,47	74,91	69,99	36,43	69,28	52,88	69,01	62,62
Niet 3P3	-15,38	-39,67	-27,0	-8,7	-7,4	-10,3	-5,3	-9,1
telefonisch	-1,2	0	-5,4	-49,5	-29,6	-20,7		
Totaal Integriteit	177,39	136,04	133,09	115,86	128,38	79,89	138,71	116,52
Index	59,13	45,35	44,36	38,62	42,79	26,63	46,24	38,84

Figuur 3 geeft de verschillen nog eens weer.



Figuur 3. Vergelijking van 3P3 en SU naar het protocol van 3P3.

⁴³ Het SU wordt hier wel afgewogen t.o.v. het 3P3-protocol.

Hoofdstuk 5

Instroom

In dit hoofdstuk bespreken we de geïncludeerde gezinnen. Een eerste belangrijke vraag die we ons hier stellen is: wie hebben we bereikt? Zijn de geïncludeerde gezinnen representatief voor de groep ouders waarvoor het Spreekuur Opvoedingsondersteuning wordt ingezet en dit zowel voor 3P3 als voor het SU? Gedurende het onderzoek zijn we immers heel wat ouders kwijtgeraakt. Een eerste groep ouders die we verloren zijn ouders voor wie het geplande pedagogisch adviesgesprek niet doorging. In 5.1.1. vergelijken we de gezinnen waarvoor het pedagogisch adviesgesprek doorging met de gezinnen waarvoor het adviesgesprek niet doorging. Niet alle ouders voor wie een pedagogisch adviesgesprek doorging, participeerden aan het onderzoek. In 5.1.2. vergelijken we dan ook de ouders die participeerden aan het onderzoek met de ouders die niet wilden deelnemen aan het onderzoek. Na de vergelijking van de responsgroep(en) met de non-responsgroep(en) beschrijven we en vergelijken we de twee groepen bij wie het onderzoek werd uitgevoerd (3P3- en SU-groep) (5.1.3. en 5.2.). De kwaliteit van de data was niet steeds even goed. Nogal wat vragenlijsten werden onvolledig ingevuld en niet iedereen participeerde aan de tweede bevraging. Gezinnen waarvoor we voldoende data hebben op T1 en T2 noemen we de 'geldige' groep (zie hoofdstuk 3 paragraaf 3.5.1.). Deze groep beschrijven we in 5.2.2. We vergelijken er tevens de 3P3-groep met de SU-groep.

5.1. Vergelijking Respons- met non-responsgroepen

We vergeleken eerst over beide condities heen (3P3 en SU) de gezinnen waarvan de afspraak voor een pedagogisch adviesgesprek is doorgegaan met die gezinnen waarvoor de afspraak niet doorging (5.1.1.).

5.1.1. Vergelijking gezinnen waarvoor een pedagogisch adviesgesprek (3p3 en SU) doorging met gezinnen waarvoor het gesprek niet doorging

Samenvatting 5.1.1:

Over beide condities heen verschillen gezinnen waarvoor het gesprek doorging ($n=543$) weinig van gezinnen waarvoor het gesprek niet doorging ($n=83$). Het aantal gezinnen in kansarmoede is groter in de groep waarvoor het gesprek niet doorging ($\chi^2(1)=4,67, p<0,05$).

Geslacht: Van de 626 geplande adviesgesprekken vonden er 543 (86,7%) plaats. Van 620 kinderen is het geslacht gekend. Het geslacht van de kinderen uit doorgegane en niet-doorgegane gesprekken verschilt niet ($\chi^2(1)=0,746; p=0,39$) (Tabel 1).

Tabel 1. Geslacht uitgevoerd of niet (n=620)

	Jongen	%	Meisje	%	Totaal
Niet-uitgevoerd	42	51,9	39	48,1	81
Uitgevoerd	307	57,0	232	43,0	539
Totaal	349		271		620

Leeftijd: Van 622 kinderen is de leeftijd bekend (niet doorgedaan n=83 en doorgedaan n=539). De gemiddelde leeftijd van de kinderen waarvoor het gesprek niet doorgaat is 18,12 maanden (sd=9,4). In de groep waarvoor het pedagogisch adviesgesprek wel werd uitgevoerd is de gemiddelde leeftijd 19,77 maanden (sd=9,7). Beide groepen verschillen niet inzake leeftijd van het kind ($t(620)=-1,45$; $p=0,148^{44}$).

Kansarmoede: Van 625 kinderen weten we of ze al dan niet in kansarmoede opgroeien. Dit is voor 119 kinderen het geval (19%). Tabel 2 presenteert de aantallen voor de uitgevoerde en niet-uitgevoerde pedagogische adviesgesprekken.

Tabel 2. Kansarmoede uitgevoerd of niet (n=625)

	Kansarmoede		Ja	%	Totaal
	Nee	%			
Niet-uitgevoerd	60	72,3	23	27,7	83
Uitgevoerd	446	82,3	96	17,7	542
Totaal	506		119		625

Het aantal gezinnen in kansarmoede is groter in de groep gezinnen waarvoor het pedagogisch adviesgesprek niet doorging ($\chi^2(1)=4,67$; $p<0,05$).

Pariteit: Van 623 kinderen met een gepland pedagogisch adviesgesprek is de pariteit van het kind gekend. 376 kinderen (60,4%) zijn het eerste kind binnen het gezin. 173 (27,8%) zijn het tweede kind binnen het gezin en 74 (11,9%) kinderen zijn het derde of latere kind. Beide groepen verschillen niet inzake pariteit van het kind ($\chi^2(2) = 2,235$; $p=0,327$).

Nationaliteit moeder: Voor 550 moeders werd de nationaliteit ingevuld of was deze bekend. De categorie 'andere' bestaat uit Oostbloklanden (n=11), Azië (n=2) en Midden-Oosten (n=1). De nationaliteit van de moeder verschilt niet tussen de groep uitgevoerde en niet-uitgevoerde gesprekken ($\chi^2(3)= 0,878$; $p=0,831$).

⁴⁴ Gelijke varianties mochten worden verondersteld: $F(2) = 1,594$, $p=0,207$.

Tabel 3. Nationaliteit uitgevoerd of niet (n=550)

	Uitgevoerd	%	Niet-uitgevoerd	%	Totaal	%
België	353	72,9	46	69,7	399	72,5
Europa	17	3,5	3	4,5	20	3,6
Turkije & Maghreb	101	20,9	16	24,2	117	21,3
Andere	13	2,7	1	1,5	14	2,5
Totaal	484	100	66	100	550	100

Taal Moeder-kind: Van 617 kinderen is bekend welke taal er thuis tussen het kind en de moeder wordt gesproken. Van 416 (67,4%) kinderen is de moedertaal het Nederlands. Veertien kinderen (2,3%) spreken thuis een andere landstaal (Frans en Duits) of Engels. De overige 30,3 % (187 kinderen) spreekt thuis nog een andere taal. Uitgevoerde en niet-uitgevoerde gesprekken verschillen niet in de taal gesproken tussen moeder en kind ($\chi^2(2)=1,623$, $p=0,444$).

Opleiding moeder: Voor 621 gezinnen was de opleiding van de moeder bekend (Tabel 4).

Tabel 4. Vergelijking uitgevoerd en niet-uitgevoerd, opleidingsniveau moeder (n=583)

	O	%	L	%	LS	%	HS	%	HNU	%	U	Totaal
Niet uitgevoerd	10	12,2	5	6,1	13	15,9	36	43,9	13	15,9	2	82
Uitgevoerd	60	11,1	39	7,2	75	13,9	228	42,3	87	16,1	33	539
Totaal	70	11,3	44	7,1	88	14,2	264	42,5	100	16,1	35	621

O=onbekend, L=lager of geen, LS=lager secundair, HS=hoger secundair, HNU=hoger niet-universitair, U=universitair

Moeders waarvoor het gesprek doorging verschillen niet inzake opleidingsniveau van moeders voor wie het gesprek niet doorging ($z = -0,295$, $p=0,768$).

1.2. Vergelijking participerende gezinnen met niet-participerende gezinnen

Samenvatting 5.1.2:

We vinden de volgende verschillen tussen de gezinnen die wel- en de gezinnen die niet participeerden in het onderzoek:

- De gemiddelde leeftijd van het doelkind is in de responsgroep significant hoger
- In de responsgroep bevinden zich relatief minder gezinnen in kansarmoede
- In de responsgroep bevinden zich relatief meer Belgische moeders. Moeders met de Turkse nationaliteit of de nationaliteit uit een Maghrebland behoren meer tot de non-responsgroep
- Er zijn meer moeders die met hun kind Nederlands spreken in de responsgroep

Met 543 gezinnen werd over beide condities heen een eerste gesprek gevoerd. Niet elk gezin waarmee een gesprek werd gevoerd nam deel aan het onderzoek. Slechts 232 gezinnen participeerden aan het onderzoek (responsgroep). 311 gezinnen weigerden mee te werken (non-responsgroep). Hieronder gaan we dieper in op de verschillen tussen de respons- en de non-responsgroep.

Geslacht: Van de 232 participerende kinderen zijn er 134 jongens (57,8%) en 98 meisjes (42,2%). Van de 307 kinderen uit de non-responsgroep kennen we het geslacht (173 jongens (56,4%) en 134 meisjes (43,6%)). Respons- en non-responsgroep verschillen niet in geslacht van het kind ($\chi^2(1)=0,107$; $p=0,744$).

Leeftijd: Van 228 kinderen uit de responsgroep en van 311 kinderen uit de non-responsgroep kennen we de leeftijd. De gemiddelde leeftijd in de responsgroep bedraagt 20,95 maanden ($sd=8,58$) en 18,9 maanden ($sd=10,35$) in de non-responsgroep. De gemiddelde leeftijd van het kind is significant hoger in de responsgroep ($t(528,92)=-2,502$; $p < 0,01^{45}$).

Kansarmoede: Van de 542 gezinnen waarvoor dit item werd ingevuld beantwoorden er 96 (17,7%) aan de kansarmoedecriteria (Tabel 5).

Tabel 5. Kansarmoede respons- en non-responsgroep (n=542)

	Kansarmoede				Totaal
	Nee	%	Ja	%	
Non-Respons	239	76,8	72	23,2	311
Respons	207	89,6	24	10,4	231
Totaal	446	82,3	96	17,7	542

Gezinnen in kansarmoede wensen significant vaker niet deel te nemen aan het onderzoek ($\chi^2(1) = 14,811$; $p < 0,01$).

Pariteit: Voor 540 gezinnen is de pariteit van het kind gekend. 332 kinderen (61,5%) zijn het eerste kind. 145 (26,9%) kinderen zijn het tweede kind en 63 (11,7%) kinderen zijn het derde of latere kind. Respons- en non-responsgroep verschillen niet inzake pariteit van het kind ($\chi^2(2)=3,407$; $p=0,182$).

Nationaliteit moeder: Van 484 moeders is de nationaliteit bekend. Moeders met een nationaliteit uit Azië, het Midden-Oosten of het Oostblok werden samengevoegd tot één categorie 'andere' (Tabel 6). We vinden een significant verschil tussen de respons- en non-responsgroep ($\chi^2(3)=17,527$; $p < 0,01$). Moeders afkomstig uit Turkije of de Maghreblanden behoren significant vaker tot de non-responsgroep.

⁴⁵ Gelijkheid van varianties mag niet worden verondersteld: Levene's test $F(1)= 7,514$, $p < 0,01$.

Tabel 6. Nationaliteit van de moeder respons- en non-responsgroep (n=484)

	België	%	Europa	%	Turkije & Maghreb	%	Anders	%
Non-respons	174	66,9	6	2,3	71	27,3	9	3,5
Respons	179	79,9	11	4,9	30	13,4	4	1,8
Totaal	353	72,9	17	3,5	101	20,9	13	2,7

Taal Moeder-kind: Van 534 kinderen is bekend welke taal er thuis tussen het kind en de moeder wordt gesproken. Van 365 (68,4%) kinderen is de moedertaal het Nederlands. Bij 12 (2,2%) kinderen wordt thuis een andere landstaal (Frans en Duits) of Engels gesproken. De overige 29,4% (157 kinderen) spreekt thuis een andere taal. Tabel 7 toont de verdeling tussen de respons- en de non-responsgroep. Beide groepen verschillen significant ($\chi^2(2)=45,275$, $p<0,01$). Wanneer de moeder een "andere" taal spreekt met het kind wordt medewerking aan het onderzoek vaker geweigerd.

Tabel 7. Taal tussen moeder en kind respons- en non-responsgroep (n=534)

	Nederlands	%	Fr/Du/Eng	%	Andere	%
Non-respons	172	56,6	9	3	123	40,5
Respons	193	83,9	3	1,3	34	14,8
Totaal	365	68,4	12	2,2	157	29,4

Opleiding moeder: Voor 539 gezinnen was de opleiding van de moeder bekend (Tabel 8).

Tabel 8. Vergelijking inclusie in het onderzoek of niet, opleidingsniveau van moeder (n=539)

	O	%	L	%	LS	%	HS	%	HNU	%	U	%	Totaal
Niet onderzoek	43	14,0	37	12,0	44	14,3	116	37,7	39	12,7	29	9,4	308
onderzoek	17	7,4	2	0,9	31	13,4	112	48,5	48	20,8	21	9,1	231
Totaal	60	11,1	39	7,2	75	13,9	228	42,3	87	16,1	50	9,3	539

O=onbekend, L=lager of geen, LS=lager secundair, HS=hoger secundair, HNU=hoger niet-universitair, U=universitair

Participerende ouders verschillen niet van niet-participerende ouders inzake opleidingsniveau ($z = -1,392$; $p = 0,164$).

5.1.3. Vergelijking van de 3P3-groep met de SU-groep

Samenvatting 5.1.3:

De 3P3-groep (n=93) en SU-groep (n=139) groep verschillen inzake leeftijd van het kind. Kinderen in de 3P3-groep zijn significant ouder.

In deze paragraaf komt de groep die aan het onderzoek participeert aan bod (de 3P3- en de SU-groep). We vergelijken aan de hand van dezelfde parameters beschikbaar in Ikaros de 3P3-groep met de SU-groep.

Geslacht: Aan het onderzoek participeerden 232 kinderen (134 jongens (57,8%) en 98 meisjes (42,2%)). Van 93 kinderen in de 3P3-groep zijn 55 jongens (59,1%) en 38 meisjes (40,9%). In de SU-groep (n=139) zijn er 79 jongens (56,8%) en 60 meisjes (43,2%). 3P3-groep en SU-groep verschillen niet inzake geslacht van het kind ($\chi^2(1)=0,121$; $p=0,728$).

Leeftijd: De gemiddelde leeftijd van de kinderen in de 3P3-groep is 22,84 maanden (sd=8,80) en 19,79 maanden (sd=8,47) in de SU-groep. De gemiddelde leeftijd is in de 3P3-groep significant hoger ($t(229) = 2,642$; $p < 0,01^{46}$).

Kansarmoede: Van de 231 gezinnen waarvoor dit item werd ingevuld beantwoorden 24 gezinnen (10,4%) aan de kansarmoedecriteria (Tabel 9).

Tabel 9. Kansarmoede in 3P3- en SU-groep (n=231)

	Kansarmoede		Ja	%	Totaal
	Nee	%			
3P3	83	89,2	10	10,8	93
SU	124	89,9	14	10,1	138
Totaal	207		24		231

De 3P3- en de SU-groep verschillen niet inzake het aantal gezinnen dat aan de kansarmoedecriteria voldoet ($\chi^2(1)=0,022$; $p=0,882$).

Pariteit: Voor 229 kinderen werd de pariteit van het kind vermeld. 144 kinderen (62,9%) zijn het eerste kind. 65 kinderen (28,4%) zijn het tweede kind en 20 kinderen (8,7%) zijn het derde of latere kind. Tabel 10 geeft de verdeling van de pariteit voor de 3P3- en de SU-groep apart weer.

⁴⁶ Gelijkheid van varianties wordt verondersteld: Levene's test $F(1)=0,525$, $p= 0,470$.

Tabel 10. Pariteit in 3P3- en SU-groep (n=229)

	Eerste	%	Tweede	%	Derde of later	%
3P3	51	56,7	30	33,3	9	10,0
SU	93	66,9	35	25,2	11	7,9
Totaal	144	62,9	65	28,4	20	8,7

Voor wat betreft pariteit van het kind worden geen verschillen gevonden tussen de 3P3- en de SU-groep ($\chi^2(2)=2,463$; $p=0,292$).

Nationaliteit moeder: Van 224 moeders is de nationaliteit bekend. Nationaliteiten uit Azië, het Midden-Oosten en het Oostblok werden samengevoegd tot één categorie 'andere' (Tabel 11). We vinden géén significant verschil tussen de respons- en de non-responsgroep inzake nationaliteit van de moeder ($\chi^2(3)=1,629$; $p=0,653$).

Tabel 11. Nationaliteit van de moeder in 3P3- en SU-groep (n=224)

	België	%	Europa	%	Turkije & Maghreb	%	Anders	%
3P3	69	76,7	4	4,4	15	16,7	2	2,2
SU	110	82,1	7	5,2	15	11,2	2	1,5
Totaal	179	79,9	11	4,9	30	13,4	4	1,8

Taal Moeder-kind: Van 230 kinderen is bekend welke taal er thuis tussen het kind en de moeder wordt gesproken. Voor 193 (83,9%) kinderen is Nederlands de moedertaal. Bij 3 (1,3%) kinderen wordt thuis een andere landstaal (Frans en Duits) of Engels gesproken. De overige 14,8% ($n=34$) spreekt thuis een andere taal. Tabel 12 toont de verdeling tussen de 3P3- en SU-groep. De twee groepen verschillen niet van elkaar inzake de taal die moeder en kind samen gebruiken ($\chi^2(2)=1,816$; $p=0,403$).

Tabel 12. Vergelijking 3P3 en SU, taal tussen moeder en kind (n=230)

	Nederlands	%	Fr/Du/Eng	%	Andere	%
3P3	74	80,4	2	2,2	16	17,4
SU	119	86,2	1	0,7	18	13,0
Totaal	193	83,9	3	1,3	34	14,8

Opleiding moeder: Voor 231 gezinnen in het onderzoek werd de opleiding van de moeder ingevuld of was deze bekend (Tabel 13).

Tabel 13. Vergelijking tussen 3P3 en SU, opleidingsniveau van de moeder (n=231)

	O	%	L	%	LS	%	HS	%	HNU	%	U	%	Totaal
3P3	9	9,7	1	1,1	16	17,2	47	50,5	15	16,1	5	5,4	93
SU	8	5,8	1	0,7	15	10,9	65	47,1	33	23,9	16	11,6	138
Totaal	17	7,4	2	0,9	31	13,4	112	48,5	48	20,8	21	9,1	231

O=onbekend, L=lager of geen, LS=lager secundair, HS=hoger secundair, HNU=hoger niet-universitair, U=universitair

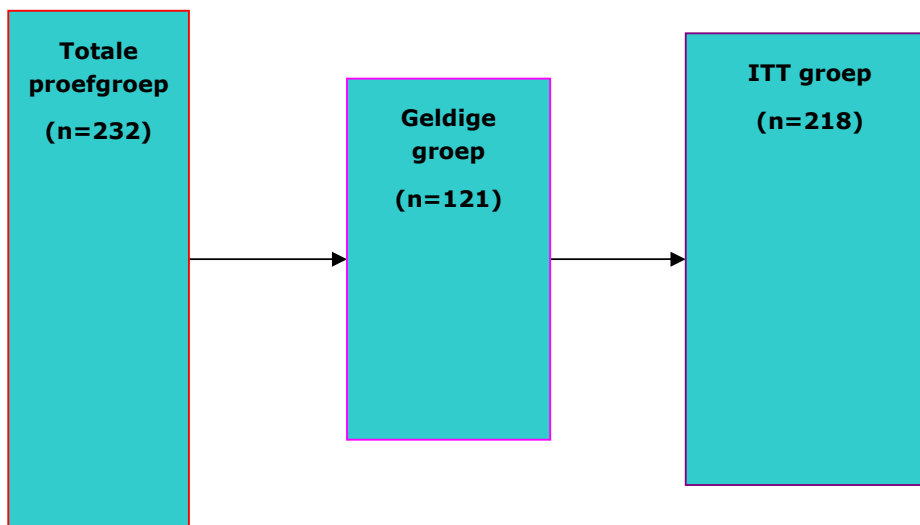
Een Mann Whitney U toont aan dat de 3P3- en SU-groep niet van elkaar verschillen inzake het opleidingsniveau van de moeder ($U = -1,552$; $p = 0,121$).

5.2. Beschrijving van de gezinnen op T1

232 gezinnen werden geïncludeerd in het onderzoek. Van deze gezinnen ontvingen we op T1 de ouder- en de gezinsachtergrondvragenlijst. Deze groep wordt aan de hand van de gegevens verkregen met de ouder- en de gezinsachtergrondvragenlijst in de volgende paragraaf (5.2.1.) besproken. Daarin vergelijken we ook de 3P3-groep met de SU-groep behorende tot deze groep van 232 gezinnen.

Gezinnen met voldoende geldige gegevens op T1 en T2 noemen we de geldige groep ($n = 121$) (zie hoofdstuk 3 paragraaf 3.5.1). In 5.2.2. worden deze gezinnen besproken. In deze paragraaf vergelijken we ook de 3P3- met de SU-groep behorende tot deze groep van 121 gezinnen.

In hoofdstuk zes presenteren we een Intention to Treat-analyse. Deze analyse wordt uitgevoerd over 218 gezinnen. Voor de overzichtelijkheid vatten we de verschillende proefgroepen samen in onderstaande figuur.



Figuur 1. Flowchart proefgroepen

5.2.1. Beschrijving responsgroep op T1 (n=232)

In deze paragraaf beschrijven we de demografische kenmerken en baselinemetingen op de uitkomstmaten van de totale proefgroep op T1. We vergelijken tevens de 3P3- en de SU-groep op deze variabelen. Voor de overzichtelijkheid geven we eerst een samenvatting van de gevonden verschillen tussen de 3P3- en SU-groep:

Samenvatting 5.2.1:

We vonden enkele kleine verschillen tussen de 3P3-groep en SU-groep:

- In de 3P3-groep wordt het pedagogisch adviesgesprek vaker met moeder alleen gevoerd.
- Moeders in de SU-groep blijken vaker werkloos of werkonbekwaam.
- De 3P3-groep verwacht bij aanvang minder van de begeleiding.
- In de 3P3-groep ervaren de ouders méér draaglast bij het opvoeden dan ouders in de SU-groep.

Leeftijd: Zoals reeds vermeld zijn van de 232 kinderen 134 jongens (57,8%) en 98 meisjes (42,2%). De gemiddelde leeftijd van de jongens is 22,11 maanden (sd = 8,47) en deze van de meisjes is 19,48 maanden (sd= 8,84).

Geslacht: Van de 93 gezinnen in de 3P3-groep zijn 55 jongens (59,1 %) en 38 meisjes (40,9%). In de SU-groep (n=139) zijn er 79 jongens (56,8 %) en 60 meisjes (43,2 %). Beide groepen verschillen niet in geslacht ($\chi^2(1)=0,121$; $p=0,728$).

Ouder die naar het consultatiebureau komt: Van 228 kinderen weten we met wie het gesprek werd gevoerd. 92,1% (n=210) van de gesprekken werd met de moeder gevoerd. Slechts 5,7% (n=13) van de gesprekken werd met beide ouders gevoerd. In 5 gevallen (2,2%) kwam iemand anders naar het consultatiebureau. Dit was twee keer de vader alleen, twee keer de grootmoeder en één keer de moeder en grootmoeder. (Tabel 14.)

Tabel 14. Ouder die naar het consultatiebureau komt in 3P3 en SU-groep (n=232)

	Moeder	%	Vader en moeder	%	Andere	%
3P3	88	97,8	1	1,1	1	1,1
SU	122	88,4	12	8,7	4	2,9
Totaal	210	92,1	13	5,7	5	2,2

Beide groepen verschillen significant inzake de ouder met wie het gesprek werd gevoerd ($\chi^2(2)=6,809$; $p<0,05$).

Partner: In 232 gezinnen heeft 92,2% (n=214) van de ouders die naar het consultatiebureau komen een partner (3P3: 93,5%; n=87 en SU: 91,2 %;

n=127). Beide groepen verschillen niet significant van elkaar ($\chi^2(1)=0,371$; $p=0,543$).

Duur van de relatie: 208 ouders (89,7%) geven aan een stabiele relatie te hebben (duur meer dan één jaar) (Tabel 15). 20 ouders hebben geen partner. Met visuele analyse⁴⁷ ontdekken we geen verschil tussen de 3P3- en SU-groep.

Tabel 15. Duur van de relatie in 3P3 en SU (n=212)

	< 6 mnd	%	tss 6 mnd en 1 jaar	%	> 1 jaar	%
3P3	2	2,2	2	2,2	83	89,2
SU	0	0	0	0	125	89,9
Totaal	2	0,9	2	0,9	208	89,7

Verwijzing: Voor 230 proefpersonen kennen we de toeleiding naar het pedagogisch adviesgesprek (Tabel 16). Visuele analyse⁴⁸ toont geen significante verschillen tussen de 3P3- en de SU-groep.

Tabel 16. Toeleiding naar 3P3 en SU (n=230)

	Collega K&G direct	%	Collega K&G, na eerdere gesprekken	%	Na 3P Level 2	%	Huisarts	%	Andere	%
3P3	76	82,6	5	5,4	3	3,3	0	0	8	8,7
SU	106	76,8	12	8,7	0	0	1	0,7	19	13,8
Totaal	182	79,1	17	7,4	3	1,3	1	0,4	27	11,7

Voor de 27 gevallen waar 'andere' werd ingevuld werden volgende toelichtingen gegeven: Kinderarts (2), Website K&G (3), K&G-lijn (10), consultatiebureau, door regioverpleegkundige zelf (3), via vriendin (2) en CAW-vrouwenopvang (1).

Gezinssamenstelling: Voor 231 gezinnen is de gezinssamenstelling gekend (Tabel 17). 3P3- en SU-groep verschillen niet in gezinssamenstelling ($\chi^2(4)=3,680$; $p=0,451$).

Tabel 17. Gezinssamenstelling in 3P3 en SU (n=231)

	Oorspronkelijk gezin	%	Oorspronkelijk, relatieproblemen	%	NSG ⁴⁹	%	éénouder	%	Andere	%
3P3	72	77,4	3	3,2	12	12,9	5	5,4	1	1,1
SU	115	83,3	4	2,9	8	5,8	9	6,5	2	1,4
Totaal	187	81	7	3	20	8,7	14	6,1	3	1,3

⁴⁷ Een Chi-kwadraattoets is niet mogelijk

⁴⁸ Een Chi-kwadraattoets is niet mogelijk.

⁴⁹ Nieuw samengesteld gezin

Geboorteland moeder: Het geboorteland van de moeder werd voor alle proefpersonen ingevuld (n=232). Voor het doel van de vergelijking worden de groepen Afrika (n=2), Azië (n=1), Oostblok (n=4), Midden-Oosten (n=1) en 'Andere' (n=4) samengevoegd⁵⁰. Onder de noemer 'Andere' vallen Chili (n=1), Hongarije (n=1), India (n=1) en Iran (n=1).

Tabel 18. Geboorteland van de moeder in 3P3 en SU (n=232)

	België	%	Europa	%	Turkije & Maghreb	%	Anders	%
3P3	69	76,7	4	4,4	15	16,7	2	2,2
SU	110	82,1	7	5,2	15	11,2	2	1,5
Totaal	179	79,9	11	4,9	30	13,4	4	1,8

Beide groepen verschillen niet inzake het geboorteland van de moeder ($\chi^2(3)=2,828$; $p=0,419$).

Kennis van het Nederlands: De beheersing van het Nederlands werd geoperationaliseerd met de vraag of beide, één of geen van beide partners in staat zijn om de vragenlijsten zelfstandig in te vullen. De kennis van het Nederlands werd gescoord als 'goed' (beide ouders), 'voldoende' (een ouder) en onvoldoende (geen van beide ouders). Dit werd voor alle gezinnen (n=232) ingevuld. Van 194 (83,6%) gezinnen is de kennis van het Nederlands goed, van 27 (11,6 %) voldoende en van 11 (4,7 %) onvoldoende. In de 3P3-groep is de kennis van het Nederlands in 97,9% van de gezinnen goed (n=73) of voldoende (n=18). In slechts 2,2% (n=2) van de 3P3-gezinnen hebben geen van beide ouders kennis van het Nederlands. In de SU-groep is de kennis van het Nederlands in 93,6% van de gezinnen goed (n=121) of voldoende (n=9). 6,5% (n=9) van de SU-gezinnen beheersen het Nederlands onvoldoende. Beide groepen verschillen niet inzake kennis van het Nederlands ($U=-1,498$, $p=135$).

Arbeidsparticipatie moeder: 65,1% van de moeders verricht betaalde arbeid (n=151). 15,1% (n=35) is werkzoekend of werkonbekwaam. Van de overige moeders is 18,5% (n=43) huismoeder en volgt 1,3% (n=3) een opleiding of geniet loopbaanonderbreking (n=2). Voor de vergelijking tussen 3P3- en SU-groep voegen we 'huismoeder' en 'andere' samen (n=46, 19,8 %). (Tabel 19.)

De 3P3- en SU-groep verschillen inzake de arbeidsparticipatie van de moeders ($\chi^2(2)=7,024$; $p<0,05$). De SU-groep bevat meer moeders die werkzoekend of werkonbekwaam zijn.

Tabel 19. Arbeidsparticipatie Moeder in 3P3 en SU (n=232)

	Werkzoekend of - onbekwaam	%	Werkend	%	Huis- moeder & andere	%
3P3	7	7,5	65	69,9	21	22,6
SU	28	20,1	86	61,9	25	18
Totaal	35	15,1	151	65,1	46	19,8

⁵⁰ De Chi-kwadraat toets laat geen lege cellen toe.

Uren betaalde arbeid moeder: Van de 151 moeders die betaalde arbeid verrichtten werd voor 107 het aantal uren dat ze betaald werken ingevuld. Daarbij werd de toelichting 'voltijds' omgezet in 38 uur en 'halftijds' in 19 uur. Sommige ouders geven aan veel meer dan 38 uur per week te werken. Hiervoor werd een maximum van 40 uur aangekruist. Moeders werken gemiddeld 30,85 (sd= 9,2) uur per week. In de 3P3-groep (n=42) is het gemiddeld aantal uur dat moeder werkt 31,14 (sd=8,01). In de SU-groep (n=65) werkt de moeder gemiddeld 30,66 uur (sd=9,93). De groepen verschillen niet significant ($t(105) = 0,264$; $p=0,793^{51}$).

Arbeidsparticipatie vader: De vraag naar de werksituatie voor de vader werd 19 keer (8,2 %) met 'niet van toepassing' beantwoord⁵². 15 vaders (6,5%) zijn werkzoekend of werkonbekwaam, 195 vaders (84,1%) werken en 3 vaders (1,3%) zijn huisvader of op brugpensioen. De groepen verschillen niet significant op gebied van arbeidsparticipatie van de vader ($\chi^2=4,288$; $p=0,232$).

Uren betaalde arbeid vader: Voor 124 vaders werd het aantal uren betaalde arbeid per week ingevuld. Vaders werken gemiddeld 38,44 uur per week (sd=3,8). In de 3P3-groep is dit gemiddeld 38,64 uur per week (sd=1,7) en in SU-groep gemiddeld 38,32 uur (sd = 4,6). 3P3- en de SU-groep verschillen niet inzake aantal uren betaalde arbeid van de vader ($t(122)=0,447$; $p=0,656^{53}$).

Gezondheid van het kind: Er werd gepeild naar ontwikkelingsproblemen. Ontwikkelingsachterstand, ontwikkelingsstoornissen, mentale en fysieke beperkingen, enz. werden dichotoom bevraagd. Voor 231 kinderen werden deze items gescoord. Een 'ja' betekent dat er op een of meerdere vlakken een bijzondere situatie werd vermeld. Een 'nee' staat voor geen bijzonderheden op gebied van gezondheid en ontwikkeling (Tabel 20) De twee groepen verschillen niet voor wat betreft de gezondheid van het kind ($\chi^2(1)=1,784$; $p=0,182$).

Tabel 20. Ontwikkelingsproblemen in 3P3 en SU

	Nee	%	Ja	%	Totaal
3P3	91	97,8	2	2,2	93
SU	130	94,2	8	5,8	138
Totaal	221	95,7	10	4,3	231

Begeleiding van het kind voor emotionele of gedragsproblemen: Voor alle 232 kinderen werd vermeld dat zij géén begeleiding krijgen voor emotionele of gedragsproblemen bij een andere specialist of instantie.

Alternatieve behandeling: 9 (3,9 %) kinderen volgen een alternatieve behandeling of een restrictief dieet (3P3: 2 of 2,2% en SU: 7 of 5 %). Het verschil is niet significant ($\chi^2(1)=1,244$; $p=0,265$).

⁵¹ Bij gelijk veronderstelde variantie, $F(1) = 1,893$, $p=0,172$.

⁵² Een moeder rapporteerde de werksituatie van haar ex-partner.

⁵³ Gelijke varianties mogen worden verondersteld, $F(1) = 0,297$, $p=0,587$.

Psychopathologie bij de ouders: Met 4 items werd bevraagd of één van de partners óf een psychologische behandeling volgt óf psychofarmaca gebruikt. Dit werd gescoord als 'ja' bij een of meer positief aangeduide items. In 18 gezinnen (7,8%) is één van de partners in behandeling is voor psychische klachten (3P3: 9 of 9,7% en SU: 9 of 6,5 %). Beide groepen verschillen niet van elkaar ($\chi^2(1)=0,799$; $p=0,372$).

Reden van aanmelding:

De reden van aanmelding werd door de spreekuurhouder voor 205 proefpersonen ingevuld (78 in de 3P3-groep en 127 in de SU-groep). Volgende categorieën werden gecreëerd:

- slapen: inslapen, doorslapen, niet willen gaan slapen, niet in het eigen bed willen slapen.
- Eten: geen vaste voeding, niet aan tafel willen eten, alleen vissticks en fruitpap willen eten.
- Eten en slapen: een combinatie van bovenstaande problemen.
- Zindelijkheid: moeilijkheden met zindelijk worden, opnieuw onzindelijk na een periode van zindelijkheid.
- Gedragsproblemen: druk gedrag, ongehoorzaam, driftbuien, niet luisteren, niet alleen kunnen spelen, aandacht vragen, moeder weet zich geen raad of kan het niet aan, algemene opvoedingsproblemen, multi-probleemgezin, peuterpuberteit, zeuren, koppigheid, agressief gedrag naar siblings, agressief gedrag naar andere kinderen en/of ouders, jaloers gedrag, tegenspreken en spugen.
- Emotionele problemen en andere: scheidingsangst met slaapproblemen en hoofdbonken, angsten als bang zijn voor lawaai en bang om te gaan slapen, slapen, zindelijkheid en grenzen stellen samen, onzekerheid moeder, slapen, eten en driftbuien samen, uittrekken haren, schrik voor water en huilen.

Tabel 21. Reden van aanmelding voor 3P3 en SU (n=205)

Reden	3P3	%	SU	%	Totaal	%
Slapen	28	35,9	54	42,5	82	40,0
Eten	8	10,3	12	9,4	20	9,8
Eten en slapen	3	3,8	6	4,7	9	4,4
Zindelijkheid	2	2,6	3	2,4	5	2,4
Gedragsproblemen	35	44,9	46	36,2	81	39,5
Emotionele en andere	2	2,6	6	4,7	8	3,9
Totaal	78		127		205	100%

De 3P3-groep en de SU-groep verschillen niet van elkaar ($\chi^2(5)=2,148$; $p=0,828$).

Motivatie voor opvoedingsondersteuning: Om na te gaan welke de verwachtingen zijn t.a.v. het Spreekuur Opvoedingsondersteuning werd volgende vraag gesteld: 'denkt u dat uw bezoeken aan K&G u zullen helpen bij de opvoeding van uw kind?'. Deze vraag werd in 212 gevallen beantwoord. De antwoordcategorieën 'beslist niet' en 'nee' werden door niemand gegeven. Tabel 24 geeft een overzicht van de antwoorden voor beide groepen.

Tabel 22. Verwachtingen in 3P3 en SU (n=212)

	Misschien	%	Ja	%	Beslist	%
3P3	38	44,7	41	48,2	6	7,1
Su	35	27,6	74	58,3	18	14,2
Totaal	73	34,4	115	54,2	24	11,3

Ouders uit de 3P3-groep verwachten bij aanvang van de begeleiding minder van de begeleiding dan ouders uit de SU-groep ($U=-2,743$; $p<0,01$).

Gedrags- en emotionele problemen (SDQ): Slecht 165 ouders rapporteren over de emotionele en gedragsproblemen van hun kind. Zeer veel ouders vulden het probleemgedeelte van de SDQ niet in. Ze gaven aan dat de vragen niet van toepassing waren voor de leeftijd van hun kind. De SDQ-impactscore werd door bijna alle ouders ingevuld ($n=217$). In Tabel 23 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde SDQ-totaalscore en -impactscore.

De 3P3-groep verschilt niet van de SU-groep inzake de SDQ-totaalscore en -impactscore (Tabel 23).

In vergelijking met de norm (Meltzer, Gatward, Goodman & Ford, 2000) zegt 65,9% ($n=143$) van de ouders dat hun kind niet of maar een klein beetje wordt belemmerd in de dagelijkse activiteiten door de problemen. Verder scoren 21 (9,7%) ouders op één item 'tamelijk' wat volgens de norm een grenswaarde is voor een belemmering in het functioneren. 53 ouders (24,4%) geven aan dat de gedragsproblemen van hun kind tot duidelijke belemmering leiden in zijn/haar functioneren.

Tabel 23. SDQ: emotionele en gedragsproblemen in 3P3 en SU (n=165)

		N	gemiddelde	sd	t-toets	significantie
SDQ Totaal	3P3	70	13,51	5,597	1,343	0,181
	SU	95	12,38	5,192		
Impactscore	3P3	92	1,15	1,857	1,409	0,160
	SU	125	0,82	1,557		

Om de eigen scores te vergelijken met normscores worden de SDQ-totaalscore en -impactscore omgezet in een z-score (Tabel 24). In onze steekproef blijken de gemiddelde SDQ totale z-score en SDQ impact z-score boven het gemiddelde te

liggen (zowel 3P3- als de SU-groep). De scores zijn echter niet sterk afwijkend (zijn kleiner dan 1).

Tabel 24. Aan norm gerelateerde z-scores voor de SDQ in 3P3 en SU

	Totaal SDQ	Impactscore
3P3	0,86	0,77
SU	0,66	0,47

Psychisch welbevinden ouders (GHQ): 229 ouders vulden de GHQ-items in. In de Vlaamse populatie werd in de Gezondheidsenquête van 1997 een cut-off bepaald. Een score van 2 of hoger is een indicatie voor psychische gezondheidsproblemen. Voor de Vlaamse populatie geldt een prevalentie van 25,8% voor mannen en 35,7 % voor vrouwen. In deze steekproef vulden de moeders is de meeste gevallen de vragenlijsten in. We vinden een prevalentie (score 2 of hoger) van zelfgerapporteerde psychische problemen van 48,5%. 3P3- en SU-groep verschillen niet van elkaar inzake de GHQ-score ($t(227)=0,871$; $p=0,385^{54}$).

Ervaren draaglast van het opvoeden (NVOS): we beschikken over de gegevens van 227 ouders. Voor de 3P3-groep ($n=92$) is de gemiddelde draaglast 38,95 ($sd=10,58$) en voor de SU-groep 35,61 ($sd=10,85$). De 3P3-groep geeft significant meer draaglast aan ($t(225)=2,98$; $p<0,05$)⁵⁵.

Om deze scores met de normgroep te vergelijken, gebruiken we gemiddelde subschaalscores van de schalen 'aankunnen' en 'belasting'. We beschikken over normgegevens van moeders voor een normale populatie ($n=195$) en een klinische groep ($n=393$). Voor het doel van de vergelijking berekenen we een gemiddelde 'normale' en klinische z-score. In Tabel 25 blijkt dat de scores van de schalen Aankunnen en Belasting voor zowel de 3P3- als voor de SU-groep meer overeenkomen met de scores van de klinische normgroep.

Tabel 25. Aan norm gerelateerde z-scores voor 'Aankunnen' en 'Belasting' in 3P3 en SU.

	Aankunnen Klinisch	Belasting Klinisch	Aankunnen normaal	Belasting normaal
3P3	0,00	0,03	1,41	1,00
SU	-0,28	-0,23	1,01	0,68

Omgaan met moeilijk gedrag en moeilijke situaties (Draagkracht): We vatten de gedrags specifieke en situatiespecifieke self-efficacy op als een maat voor de door ouders ervaren draagkracht. Zoals te verwachten bestaat er een negatief verband met de draaglast zoals gemeten met de NVOS ($r=-0,386$; $p<0,01$). Hoe hoger de draagkracht, hoe lager de draaglast.

⁵⁴ Bij gelijk veronderstelde varianties: Levene's test $F(1) = 0,857$, $p=0,356$

⁵⁵ De varianties mogen worden verondersteld gelijk te zijn, $F(1) = 0,000$, $p=0,993$

De gemiddelde draagkracht in de 3P3-groep (n=73) bedraagt 51,86 (sd=11,254). Voor de SU-groep is dit 54,62 (sd = 13,142). De groepen verschillen niet van elkaar (t(176)= -1,457; p=0,147⁵⁶).

Opvoedgedrag (SOG): We beschikken over de gegevens van 178 ouders. Beide groepen verschillen niet van elkaar op dimensies 'Steun' en 'Negatieve controle' (Tabel 26 en Tabel 27).

Tabel 26. Steun als dimensie van ouderlijk gedrag, vergelijking tussen 3P3 en SU (n=178).

	Gemiddeld	sd	df	t-toets ⁵⁷	Significantie
3P3	58,05	7,78	176	-1,651	p=0,10
SU	59,99	7,79	176		

Tabel 27. Negatieve controle in 3P3 en SU (n=178)

	Gemiddeld	Sd	df	t-toets ⁵⁸	Significantie
3P3	12,747	3,36	176	-1,672	p=0,096
SU	11,835	3,82	176		

Voor deze vragenlijst naar ouderlijk gedrag beschikken we over normgegevens van kinderen jonger dan 8 jaar (n=645). Om de gegevens van de eigen steekproef te situeren herleiden we de eigen scores tot een z-score (Tabel 28). De scores van de onderzoeksgroep situeren zich op of onder het gemiddelde maar blijven groter dan -1. De score op de schaal Negeren vormt een uitzondering. Beide groepen scoren op deze schaal duidelijk boven het gemiddelde.

Tabel 28. Aan norm gerelateerde z-scores voor de SOG in 3P3 en SU (n=178).

	Z Positief Ouderlijk Gedrag	Z Regels	Z Hard Straffen	Z Negeren
3P3	-0,22	-0,60	-0,18	1,22
SU	-0,07	-0,11	-0,34	0,96

5.2.2. Beschrijving van de geldige groep op T1 (n=121)

Voor 121 gezinnen (uit 232 gezinnen) beschikken we over voldoende gegevens op T1 en T2 (respons rate 52,2%). De 3P3-groep bestaat uit 52 (respons 56%) en de SU-groep uit 69 (respons 50%) gezinnen.

⁵⁶ Levene's test F(1) = 0,968, p=0,327.

⁵⁷ De varianties worden gelijk verondersteld, F(1) = 0,95, p=0,759

⁵⁸ De varianties zijn ook gelijk verondersteld, F(1) = 1,418, p=0,235.

Net zoals hierboven vergelijken we de 'geldige' 3P3-groep met de 'geldige' SU-groep. We doen dit aan de hand van dezelfde parameters. Voor de overzichtelijkheid geven we eerst een samenvatting van de bevindingen:

Samenvatting 5.2.2:

In deze paragraaf beschreven we de demografische kenmerken van ouder en kind en de baselinemetingen (T1) van de geldige groep. We vonden gelijkaardige verschillen tussen de 3P3-groep (n=52) en de SU-groep (n=69):

- In de 3P3-groep komt de moeder vaker alleen naar het pedagogisch adviesgesprek.
- De 3P3-groep is bij aanvang van de begeleiding minder positief in zijn verwachtingen van het Spreekuur Opvoedingsondersteuning
- Ouders in de 3P3-groep rapporteren méér gedrags- en emotionele problemen bij hun kinderen. Zij schatten de invloed daarvan ook negatiever in.
- In de 3P3-groep ervaren de ouders méér draaglast van het opvoeden dan in de SU-groep.

Leeftijd: De geldige 3P3-groep bestaat uit 52 kinderen (gemiddelde leeftijd=22,48 mnd, sd= 9,3; min=6 en max=47). De SU-groep bestaat uit 69 kinderen (gemiddelde leeftijd=19,43 mnd, sd=8,5; min=5 en max=48). Het verschil in leeftijd tussen 3P3- en SU-groep is nu niet meer significant ($t(119)=1,881$; $p=0,062^{59}$).

Geslacht: De 3P3-groep bestaat uit 31 jongens (59,6%) en 21 meisjes (40,4%). De SU-groep uit 35 jongens (50,7%) en 34 meisjes (49,3%). De 3P3- en de SU-groep verschillen niet in geslacht ($\chi^2(1) = 0,945$; $p=0,331$).

Ouder die naar het consultatiebureau komt: Van 120 kinderen in de geldige groep weten we met welke ouder het gesprek werd gehouden. Bij 90,8% (n=109) van de gesprekken is dit de moeder en slechts bij 9,2% (n=11) van de gesprekken óf vader en moeder samen of vader alleen. In de 3P3-groep werd 98% (n=50) van de gesprekken alleen met moeder gevoerd, in de SU-groep was dit 85,5% (n=59). De groepen verschillen hierin significant ($\chi^2(1)= 5,531$; $p < 0,05$).

Partner: Van de 121 'geldige' ouders heeft 92,6% (n=112) een partner (3P3: 96,2% (n=50) en SU: 89,9% (n=62)). De twee groepen verschillen niet significant ($\chi^2(1)=1,709$; $p=0,191$).

Duur van de relatie: 109 ouders (90,1%) geven aan een stabiele relatie te hebben (duur meer dan één jaar) (Tabel 29). De ouders zonder partner (n=9) vulden hier 'niet van toepassing' in. Visuele analyse toont geen verschillen tussen de 3P3- en de SU-groep.

⁵⁹ Varianties worden verondersteld gelijk te zijn, $F(1)= 0,257$, $p=0,613$.

Tabel 29. Duur van de relatie in 3P3 en SU (n=112)

	< 6 mnd	%	tss 6 mnd en 1 jaar	%	> 1 jaar	%
3P3	2	3,8	1	1,9	47	90,4
SU	0	0	0	0	62	89,9
Totaal	2	1,7	1	0,8	109	90,1

Verwijzing: Voor 120 gezinnen werd aangegeven hoe het gezin werd toegeleid. Visuele analyse toont geen verschillen tussen de 3P3- en de SU-groep (Tabel 30).

Tabel 30. Toeleiding 3P3 en SU (n=120)

	Collega K&G direct	%	Collega K&G, na eerdere gesprekken	%	Na 3P Level 2	%	Huisarts	%	Anders	%
3P3	43	82,7	4	7,7	2	3,8	0	0	3	5,8
SU	53	77,9	6	8,8	0	0	1	1,5	8	11,8
Totaal	96	80,0	10	8,3	2	1,7	1	0,8	11	9,2

Gezinssamenstelling: Van alle 121 gezinnen kennen we de gezinssamenstelling (Tabel 31). Beide groepen verschillen niet inzake gezinssamenstelling ($\chi^2(4) = 5,255$; $p=0,262$).

Tabel 31. Gezinssamenstelling in 3P3 en SU (n=121)

	Oorspronkelijk gezin	%	Oorspronkelijke relatieproblemen	%	NSG	%	Gescheiden, éénouder	%	Andere	%
3P3	42	80,8	1	1,9	7	13,5	1	1,9	1	1,9
SU	57	82,6	3	4,3	3	4,3	5	7,2	1	1,4
Totaal	99	81,8	4	2,5	10	8,3	6	5,0	2	1,7

Geboorteland moeder: Het geboorteland van de moeder werd voor alle moeders ingevuld (n=121). Voor het doel van de vergelijking werden de landen uit Afrika (n=1), Azië (n=1), het Oostblok (n=1) en 'Andere' (n=4) samengevoegd. Onder de noemer 'Andere' werden Chili (n=1), Hongarije (n=1), India (n=1) en Iran (n=1) ingevuld (Tabel 32).

Tabel 32. Geboorteland van de moeder in 3P3 en SU (n=232)

	België	%	Europa	%	Turkije & Maghreb	%	Andere	%
3P3	38	73,1	4	7,7	6	11,5	4	7,7
SU	59	85,5	4	5,8	3	4,3	3	4,3
Totaal	97	80,2	8	6,6	9	7,4	7	5,8

We vonden geen verschillen tussen de 3P3 en de SU-groep voor wat betreft het geboorteland van de moeder ($\chi^2(3)=3,367$; $p=0,338$).

Kennis van het Nederlands: Dit werd voor alle gezinnen (n=121) ingevuld. Voor 104 (86 %) van de gezinnen is de kennis van het Nederlands goed, voor 14 (11,6 %) voldoende en voor 3 (2,5 %) onvoldoende. Van 41 gezinnen (78,8 %) uit de 3P3-groep en 63 gezinnen (91,3 %) uit de SU-groep beheersen beide ouders het Nederlands goed. 11 proefpersonen (21,2%) uit de 3P3-groep en 3 (4,3%) uit de SU-groep beheersen het Nederlands voldoende (één van beide ouders) om de vragenlijsten zelfstandig in te vullen. Alleen in de SU-groep bevinden zich ook 3 proefpersonen (4,3%) die het Nederlands onvoldoende beheersen. Beide groepen verschillen hierin niet ($U=-1,798$, $p=0,072$).

Arbeidsparticipatie moeder: 63,6% van de moeders geeft aan betaalde arbeid te verrichten (n=77). 13,2% (n=16) is werkzoekend of werkonbekwaam. Van de overige moeders is 20,7% (n=25) huismoeder of andere (n=3, 2,5%). Voor de vergelijking tussen de 3P3- en SU-groep voegden we 'huismoeder' en 'andere' samen (Tabel 33).

Tabel 33. Arbeidsparticipatie Moeder, vergelijking tussen 3P3 en SU

	Werkzoekend of werkonbekwaam	%	Werkend	%	Huismoeder & andere	%
3P3	6	11,5	32	61,5	14	26,9
SU	10	14,5	45	65,2	14	20,2
Totaal	16	13,2	77	63,6	28	23,1

3P3- en SU-groep verschillen niet inzake de werksituatie van de moeder ($\chi^2(2)=0,823$, $p=0,663$).

Uren werk moeder: Van de 77 moeders die betaalde arbeid verrichten werd voor 56 het aantal werkuren ingevuld. Daarbij werd de opmerking 'voltijds' omgezet in 38 uur en de opmerking 'halftijds' in 19 uur. Sommige ouders geven aan veel meer dan 38 per week te werken, hiervoor werd een maximum van 40 uur ingevoerd. 3P3-moeders (n=19) werken gemiddeld 33,79 uur (sd = 7,15), SU-

moeders (n=37) gemiddeld 28,54 uur (sd = 10,65). Beide groepen verschillen hierin net niet ($t(54)=1,932$; $p=0,059^{60}$).

Arbeidsparticipatie vader: De vraag naar de werksituatie voor de vader werd in de geldige groep (n=121) 9 keer (7,4 %) met 'niet van toepassing' beantwoord door moeders zonder partner. 3,3 % (n=4) van de vaders is werkzoekend of werkonbekwaam, 105 vaders (86,8 %) verrichten betaalde arbeid en 3 vaders (2,5 %) zijn huisvader of op brugpensioen. De groepen verschillen niet significant op het gebied van de arbeidsparticipatie van de vader ($\chi^2(3)=2,379$; $p=0,498$).

Uren werk vader: Voor 67 vaders werd het aantal uren betaalde arbeid per week ingevuld. 3P3-vaders (n=25) werken gemiddeld 38,72 uur per week (sd=2,07) en SU-vaders (n=42) gemiddeld 37,88 uur (sd = 6,18). Beide groepen verschillen niet significant ($t(65)=0,656$; $p=0,514^{61}$).

Gezondheid van het kind: Er werd gepeild naar ontwikkelingsproblemen. Ontwikkelingsachterstand, ontwikkelingsstoornissen, mentale en fysieke beperkingen, enz. werden dichotoom bevraagd. Deze items werden voor alle kinderen in de geldige groep (n=121) gescoord. Een 'ja' betekent dat er op een of meerdere vlakken een bijzondere situatie werd vermeld. Een 'nee' staat voor geen bijzonderheden op gebied van gezondheid en ontwikkeling. Er zijn geen verschillen tussen de 3P3 en SU groepen ($\chi^2(1)= 0,239$; $p=0,625$) (Tabel 34).

Tabel 34. Ontwikkelingsproblemen in 3P3 en SU

	Nee	%	Ja	%	Totaal
3P3	50	96,2	2	3,8	52
SU	65	94,2	4	5,8	69
Totaal	115	95,0	6	5,0	121

Begeleiding van het kind voor emotionele of gedragsproblemen: Geen enkel kind wordt begeleid voor emotionele of gedragsproblemen bij een andere specialist of instantie.

Alternatieve behandeling: 5 (4,1%) kinderen volgen een alternatieve behandeling of een restrictief dieet (3P3: 1 of 1,9% en SU: 4 of 5,8%). De verschillen zijn niet significant ($\chi^2(1)=1,123$; $p =0,289$).

Psychopathologie bij de ouders: In 13 gezinnen uit 121 (10,7%) is minstens één van de partners in behandeling is voor psychosociale klachten (3P3: 5 of 9,6% en SU: 8 of 11,6%). Beide groepen verschillen niet van elkaar ($\chi^2(1)=0,121$; $p=0,728$).

Motivatie voor opvoedingsondersteuning (n=112): We bevragen welke verwachtingen de ouders hebben t.a.v. het Spreekuur Opvoedingsondersteuning. De 3P3-groep heeft bij aanvang van de begeleiding minder positieve verwachtingen dan de SU-groep (Tabel 35) ($U=-2,468$; $p < 0,05$)

⁶⁰ Bij gelijk veronderstelde variantie, $F(1)= 3,720$, $p=0,059$.

⁶¹ Bij gelijk veronderstelde variantie, $F(1)= 0,507$, $p=0,479$.

Tabel 35. Verwachtingen van opvoedingsondersteuning in 3P3 en SU (n=112).

	Misschien	%	Ja	%	Beslist	%
3P3	22	45,8	22	45,8	4	8,3
SU	16	25,0	36	56,3	12	18,8
Totaal	38	33,9	58	51,8	16	14,3

Gedrags- en emotionele problemen (SDQ): In de geldige groep vulden 89 ouders het SDQ-probleemgedeelte in. De SDQ-totaalscore is significant hoger in de 3P3-groep.

De SDQ-impactscore werd door alle ouders ingevuld (n=121). De SDQ-impactscore is opnieuw significant hoger in de 3P3-groep. Vergelijking met de norm toont dat 69,4% (n=84) van de ouders aangeven dat hun kind niet of een beetje wordt belemmerd in de dagelijkse activiteiten. Verder scoren 8 (6,6%) ouders op één item 'tamelijk' wat volgens de norm een grenswaarde is voor belemmering in het functioneren. 29 ouders (24%) geven aan dat de psychosociale problemen van hun kind tot duidelijke belemmering leidt in hun functioneren.

Tabel 36. SDQ scores in 3P3 en SU (n=89)

		N	gemiddelde	Sd	t-toets	significantie
SDQ Totaal	3P3	40	14,48	5,74	2,002	<0,05
	SU	49	12,16	5,15		
Impactscore	3P3	52	1,29	1,94	2,483	<0,05
	SU	69	0,58	1,18		

We zetten de eigen scores om naar een vergelijkende z-score (Tabel 37). De scores van de 3P3-groep liggen boven het gemiddelde.

Tabel 37. Aan norm gerelateerde z-scores van de SDQ voor 3P3 en SU (n=89)

	SDQ-totaalscore	Impactscore
3P3	1,03	0,90
SU	0,62	0,25

Psychisch welbevinden ouders (GHQ): In een Vlaamse populatie werd in de Gezondheidsenquête van 1997 een cut-off bepaald waarbij een score 2 of hoger een indicatie voor psychische problemen is. Voor de Vlaamse populatie geldt een prevalentie van 25,8% voor mannen en 35,7 % voor vrouwen. In deze steekproef vulden de moeders is de meeste gevallen de vragenlijsten in. We vinden een

prevalentie (score 2 of hoger) van psychische problemen van 50%. De 3P3- en SU-groep verschillen niet van elkaar ($t(118) = 1,117$; $p=0,266^{62}$).

Ervaren draaglast van het opvoeden (NVOS): De gemiddelde draaglast is in de 3P3-groep 41,23 (sd = 10,67) en in de SU-groep 34,94 (sd=10,55). De 3P3-groep geeft significant meer draaglast van het opvoeden aan ($t(119)=3,232$; $p < 0,01^{63}$). We vergelijken deze gemiddelde scores van de schalen 'aankunnen' en 'belasting' met de gemiddelde scores van de normgroep door 'gemiddelde' Z-scores te berekenen. We beschikken over normgegevens van moeders voor een controlegroep (n=195) en een klinische groep (n=393). Uit Tabel 38 blijkt dat de gemiddelde z-scores voor zowel de 3P3- als de SU-groep meer overeenkomen met het klinische gemiddelde. De afwijking in de 3P3-groep is opnieuw groter (zie eerder).

Tabel 38. Aan norm gerelateerde z-scores voor 'Aankunnen' en 'Belasting' in 3P3 en SU (n=121).

	Aankunnen Klinisch	Belasting Klinisch	Aankunnen Controle	Belasting Controle
3P3	0,17	0,23	1,66	1,23
SU	-0,30	-0,32	0,96	0,59

Omgaan met moeilijk gedrag en moeilijke situaties (Draagkracht)

Binnen de geldige groep beschikken we voor 96 ouders over draagkrachtgegevens. We vinden opnieuw een negatief verband met de draaglast zoals gemeten met de NVOS ($r=-0,287$, $p < 0,01$). We mogen ook binnen de geldige groep stellen dat hoe hoger de draagkracht, hoe lager de draaglast.

De gemiddelde draagkracht is in de 3P3-groep (n=41) 48,44 (sd = 11,20) en in de SU-groep 52,91 (sd = 14,18). De groepen verschillen niet van elkaar ($t(94) = -1,666$; $p=0,099^{64}$)

Opvoedgedrag (SOG): Beide groepen verschillen niet inzake de Steun- en Negatieve Controlescores (Tabel 39 en 40)

Tabel 39. Steundimensie in 3P3 en SU (n=99).

	Gemiddeld	sd	df	t-toets	Significantie
3P3	57,32	8,03	97 ⁶⁵	-0,931	p=0,354
SU	58,85	8,26			

⁶² Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 0,87$, $p=0,769$.

⁶³ Bij gelijk veronderstelde varianties, $F(1) = 0,084$, $p=0,772$.)

⁶⁴ De varianties worden gelijk verondersteld, $F(1) = 1,667$, $p=0,200$.

⁶⁵ De varianties worden gelijk verondersteld, $F(1) = 0,078$, $p=0,780$

Tabel 40. Negatieve Controle in 3P3 en SU (n=98).

	Gemiddeld	Sd	Df	t-toets	Significantie
3P3	13,02	3,08	96 ⁶⁶	1,476	p=0,143
SU	11,95	3,99			

Voor de volledigheid vergelijken we de geldige steekproef met de normgegevens (Tabel 41).

Tabel 41. Aan norm gerelateerde z-scores voor de SOG (n=98).

	Z Positief Ouderlijk Gedrag	Z Regels	Z Hard Straffen	Z Negeren
3P3	-0,34	-0,69	-0,16	1,31
SU	-0,28	-0,22	-0,36	1,09

Uit deze vergelijking blijkt dat de ouders minder positief ouderlijk gedrag stellen, minder regels aanleren, minder hard straffen en het kind meer negeren.

5.3. Besluit

De inclusie van gezinnen in het onderzoek gebeurde in twee stappen: (1) de planning van een pedagogisch adviesgesprek voor een gezin waarbij het gesprek ook plaats had en, (2) de ouders wensten deel te nemen aan het onderzoek. Gedurende deze twee stappen verloren we een aantal gezinnen. Op beide momenten werden ouders in kansarmoede minder bereikt. In de tweede stap haakten meer niet-Belgische ouders af met jongere kinderen die de Nederlandse taal niet gebruiken als voertaal met hun kind. Dit impliceert dan ook dat de resultaten van het onderzoek niet generaliseerbaar zijn voor de hele groep ouders voor wie een pedagogisch adviesgesprek werd gepland. De resultaten zijn vooral geldig voor ouders met een Belgische nationaliteit met iets oudere kinderen die het Nederlands als voertaal gebruiken.

Dit onderzoek maakt gebruik van een quasi-experimenteel onderzoeksopzet. Gezinnen worden niet at random toegewezen aan een conditie. Hun woonplaats bepaalt welke interventie ze krijgen toegediend. We merkten in hoofdstuk 3 (3.5.1.) reeds op dat de grootstad Antwerpen een uitzonderingspositie inneemt in Vlaanderen inzake kansarmoede, het aantal laagopgeleide ouders en het aantal allochtone ouders. Deze situatie zou een invloed kunnen hebben op de vergelijkbaarheid tussen de twee condities. Op basis van de hierboven gepresenteerde gegevens kunnen we besluiten dat deze invloed beperkt is. De gezinnen uit de 3P3-groep verschillen weinig van de gezinnen uit de SU-groep. In vergelijking met de SU-groep verwachten moeders uit de 3P3-groep minder van de interventie, ervaren ze een grotere draaglast van opvoeding en worden de adviesgesprekken meer alleen met de moeders gevoerd. Moeders uit de SU-groep zijn op hun beurt vaker werkloos of werkonbekwaam.

⁶⁶ De varianties worden gelijk verondersteld, $F(1) = 3,505$, $p=0,064$.

De kwaliteit van de verkregen gegevens is niet steeds voldoende. Voor heel wat gezinnen ontbreken gegevens. Dit leidde dan ook tot de vorming van een 'geldige' groep. Dit is een groep gezinnen met een minimum aan gegevens (een SDQ-impactscore op T1 en T2 én scores op de NVOS-schalen 'aankunnen' en 'belasting' op T1 en T2). Hierdoor worden in een eerste analyse 111 gezinnen niet betrokken. Het betreft voor de 3P3-groep voornamelijk gezinnen met een lichtere kindproblematiek (de 3P3-gezinnen uit de 'geldige' groep rapporteren een hogere SDQ-totaalscore en een hogere SDQ-impactscore vergeleken met de SU-gezinnen en dit was niet het geval in de analyse van de totale groep). Voor de SU-groep betreft het vaker werkloze of werkonbekwame moeders (dit significante verschil in de totale groep (n=232) wordt niet significant in de 'geldige' groep (n=121)). Verschillen tussen de 3P3- en SU-groep inzake lagere verwachtingen t.a.v. de interventie en de hogere draaglast van opvoeding ervaren door de 3P3-moeders blijven aanwezig.

Deze verschillen in uitgangspositie (draaglast en rapportage gedragsproblemen) worden gecontroleerd in de analyses uitgevoerd in hoofdstuk 6 gecontroleerd. De Intention to treat-analyse op 218 gezinnen eveneens uitgevoerd in hoofdstuk 6 controleert (gedeeltelijk) voor het verlies van de 111 gezinnen en voor deze gezinnen van wie geen gegevens op T2 werden verkregen.

Hieronder wordt nagegaan in welke mate de bereikte doelgroep beantwoordt aan de beoogde doelgroep. Naast demografische variabelen wordt gekeken naar een aantal gezins- en probleemkenmerken. De aangeboden hulp met 3P3 of het SU is opvoedingsondersteuning. De algemene doelgroep bestaat dan ook liefst uit ouders met opvoedingsvragen en opvoedingsspanning. Daarnaast mag niet worden vergeten dat 3P3 en het SU een aantal indicaties en contra-indicaties formuleren. Voorbeelden van indicaties zijn: de vraag waar de ouders mee komen is een overzichtelijk opvoedingsprobleem (SU) en/of vrij specifiek (3P3), het probleem bestaat nog niet zo lang (ongeveer 6 maanden) (3P3 en SU), het ontbreekt de ouders aan eenvoudig te verwerven kennis en vaardigheden waarmee ze de opvoedingssituatie kunnen verbeteren (3P3 en SU) en ze staan open voor advies en informatie en zijn bereid en in staat om zelf mee te werken aan de oplossing van het probleem (3P3 en SU). Voorbeelden van contra-indicaties zijn: het probleem heeft een medische oorzaak (SU), het probleem heeft een kinderpsychiatrisch karakter of wijkt in ernstige mate af van de normale ontwikkeling (3P3 en SU), de opvoedings- en gezinssituatie is te gecompliceerd voor kortdurende pedagogische ondersteuning en de ouders ervaren veel persoonlijke problemen (3P3 spreekt expliciet over psychopathologie en een instabiele gezinssituatie), waardoor er minder energie overblijft om stil te staan bij de opvoedingssituatie (3P3 en SU) (K&G, 2006; Turner et al, 1999). Meestal betreft de aanmelding vrij specifiek en herkenbaar probleemgedrag. De belangrijkste redenen van aanmelding bij 3P3 en het SU zijn slaapproblemen (40%) en gedragproblemen (40%). In geval van gedragsproblemen betreft het druk gedrag, ongehoorzaamheid, driftbuien ... waarmee de moeder zich geen raad weet. In vergelijking met een normgroep situeert de gemiddelde ernst van de gedrags- en emotionele problemen zich tussen pc 75 en pc 80 voor beide groepen. Deze gedrags- en emotionele problemen hebben een meer dan gemiddelde invloed op het functioneren van het kind (SU-groep: pc 68 en 3P3-

groep: pc 78). Gedrags- en emotionele problemen zijn dus zwaarder dan gemiddeld maar kunnen nog niet klinisch worden genoemd (groter dan pc 90). De draaglast ervaren bij de opvoeding is relatief hoog. Ze is vergelijkbaar met deze van een klinische groep. In vergelijking met een niet-klinische groep ouders situeert de draaglast zich tussen pc 75 (score op schaal Belasting in SU-groep) en pc 92 (score op schaal Aankunnen in 3P3-groep). De draaglast is dus duidelijk verhoogd maar de meeste scores blijven onder de klinische grens van pc 90. Het opvoedgedrag is minder effectief. Ouders rapporteren minder dan gemiddeld positief ouderlijk gedrag (pc 42 in 3P3) en een minder dan gemiddelde gerichtheid op regels (pc 27 in 3P3). Daarnaast gebruiken ze in vergelijking met een normgroep veel meer de opvoedingsstrategie 'negeren', een onderdeel van de dimensie 'Negatieve Controle' (pc 90 voor 3P3- en pc 83 in SU-groep). Kortom inzake indicaties lijkt de bereikte groep overeen te komen met de doelgroep. Daarnaast worden in beide condities weinig contra-indicaties aangetroffen. Slechts 4,2% van de kinderen (2,2% in 3P3- en 5,8% in SU-groep) hebben ernstigere problemen zoals een ontwikkelingsachterstand, ontwikkelingsstoornissen, fysieke beperkingen enz. Slechts 7,8% (9,7% in 3P3- en 6,5% in SU-groep) van de ouders wordt behandeld voor psychische klachten. Daarnaast hebben de meeste moeders een stabiele relatie. Immers 95,6% van de moeders heeft een relatie die reeds langer dan een jaar duurt en slechts in 3% van de gezinnen worden er relatieproblemen gemeld.

Algemeen kan dan ook worden gesteld dat de bereikte ouders in grote mate overeenkomen met de doelgroep. Het SU en 3P3 bereiken die problemen en die ouders waarvoor ze bedoeld zijn.

Er moet echter nog een kanttekening worden gemaakt. De uitspraak dat de gedrags- en emotionele problemen nog niet klinisch kunnen worden genoemd en dat de draaglast verhoogd maar nog net niet klinisch is, wordt gedaan op basis van gemiddelde scores. Gemiddelde scores impliceren echter lagere én hogere scores. Dit laatste wil zeggen dat er kinderen met ernstigere (en dus klinische) gedrags- en emotionele problemen en ouders met een klinische opvoedingsbelasting instromen. Uit hoofdstuk 4 bleek bovendien dat er weinig gezinnen worden doorverwezen (3 in 3P3-conditie en 2 in SU-conditie of 2% van het totaal aantal begeleidingen) en/of weinig doorverwijzingen worden besproken (5 in 3P3 en 9 in SU of 6% van het totaal aantal begeleidingen). Dit alles impliceert dat een deel van de cliënten een te zware problematiek betreft waarvoor opvoedingsondersteuning niet is aangewezen (cfr. hoofdstuk 2 contra-indicaties 3P3 (2.2.2.) en SU (2.1.2.)).

De aanwezigheid van gezinnen met contra-geïndiceerde problematieken kan tevens een verklaring zijn voor een onvoldoende volgen van het protocol, dat immers niet voor deze zwaardere problematieken bedoeld is. Wanneer spreekuurhouders het protocol aanpassen aan de vraag van ouders met een zwaardere problematiek door bijvoorbeeld meer tijd voor hen uit te trekken, neemt de begeleidingsduur toe. De implementatie van het protocol zoals voorzien in de handleiding kan maar wanneer de instroom voldoende overeenkomt met de beoogde doelgroep.

Hoofdstuk 6

Effecten van het spreekuur via triple p level 3 of het spreekuur opvoedingsondersteuning

In dit hoofdstuk proberen we een antwoord te geven op de vraag naar het effect van opvoedingsondersteuning aangeboden via 3P3 en SU. We analyseren eerst de resultaten voor de 'geldige' groep (6.1.) In een eerste paragraaf (6.1.1.) gaan we na of de interventie bij de 'geldige' groep resulteert in een probleemreductie. We onderzoeken er tevens of de uitkomsten van het spreekuur volgens 3P3 verschillen van de uitkomsten van het SU. Vervolgens gaan we na of 3P3 resulteert in een grotere doelrealisatie (6.1.2.) en hebben we aandacht voor de cliënttevredenheid (6.1.3.). Na deze analyses bij de 'geldige' groep voeren we een ITT-analyse uit. Ook voor deze groep (de geldige groep uitgebreid met gezinnen waarvoor gegevens op T2 ontbraken) gaan we na of het interventie resulteert in een probleemreductie (6.2.1.). We onderzoeken er tevens of de uitkomsten van het spreekuur volgens 3P3 verschillen van de uitkomsten gerealiseerd met het SU. Opnieuw gaan we na of 3P3 resulteert in een grotere doelrealisatie (6.2.2.) en hebben we aandacht voor de cliënttevredenheid (6.2.3.).

Ten slotte hebben we aandacht voor de lange termijnresultaten van het spreekuur (6.3.). We gaan na of de interventie op lange termijn resulteert in een probleemreductie (6.3.1.), in verschillende uitkomsten voor 3P3 vergeleken met het SU en een grotere doelrealisatie (6.3.2.). We hebben ook aandacht voor de cliënttevredenheid (6.3.3.).

6.1. Resultaten voor de geldige groep

6.1.1. Probleemreductie

Om het effect van het spreekuur en eventuele verschillen tussen de twee condities na te gaan maken we gebruik van een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse. In geval van een significant tijdseffect (verschillen tussen T1 en T2) resulteert het spreekuur in een probleemreductie tussen T1 en T2 over de twee condities (3P3 en SU) heen. Is er sprake van een groepseffect dan is de uitgangspositie van een van beide groepen verschillend van de uitgangspositie van de andere conditie over beide tijdstippen (T1 en T2) heen. Is er sprake van een significant interactie-effect dan heeft een van beide condities een groter effect dan de andere conditie. Daar het aantal respondenten per variabele verschilt voeren we deze analyses per variabele uit.

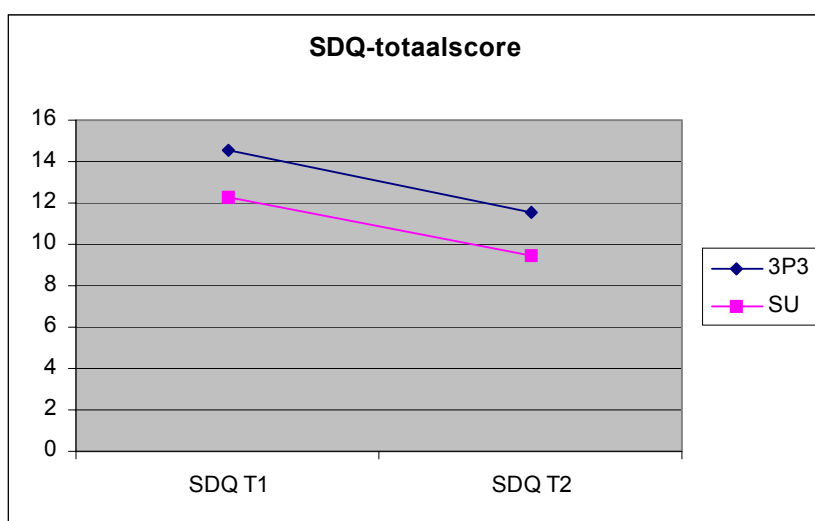
Gedrags- en emotionele problemen (SDQ)

- SDQ Totaalscore

De analyse resulteert in een significant tijdseffect (een probleemreductie van T1 naar T2) ($F(1)=33,924$; $p < 0.001$). Er is tevens sprake van een significant groepseffect (3P3>SU) ($F(1)= 4,914$; $p < 0,05$). Er is geen sprake van een interactie-effect ($F(1,84)= 0,59$; $p = 0,809$) (zie figuur 1). Zowel in de 3P3- als in de SU-groep vermindert de SDQ-totaalscore (Tabel 1).

Tabel 1. Gemiddelde SDQ-totaalscore (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 86)

	SDQ-totaalscore T1	SDQ-totaalscore T2
3P3 (n= 39)	14,59 (5,77)	11,58 (5,02)
SU (n= 47)	12,26 (5,20)	9,49 (4,63)



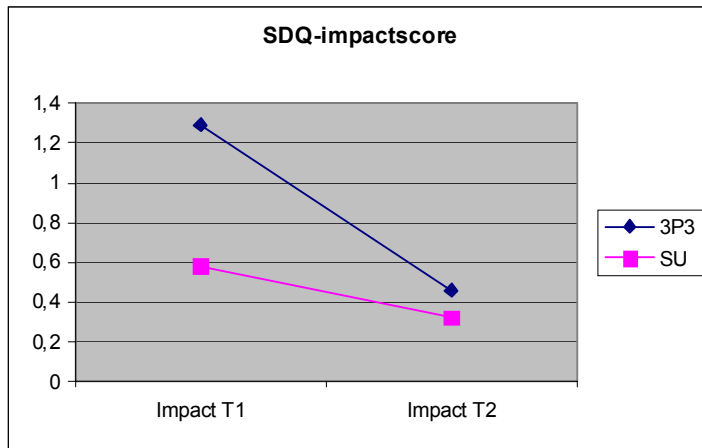
Figuur 1. Evolutie SDQ-totaalscore (n=86)

- SDQ-impactscore

Tabel 2 geeft de T1 en T2 SDQ-impactscore van de 3P3- en SU-groep weer. De SDQ-impactscore daalt significant onder invloed van de tijd ($F(119)= 15,892$; $p < 0.001$). Beide groepen verschillen over de twee meetmomenten heen ook inzake de SDQ-impactscore (een significant groepseffect) ($F(1)= 4,634$; $p < 0,05$). Er is tevens een significant interactie-effect ($F(1,119)= 4,303$; $p < 0,05$). De impact van de gedrags- en emotionele problemen op het functioneren van het kind vermindert meer in de 3P3-groep vergeleken met de SU-groep. (zie figuur 2)

Tabel 2. Gemiddeld SDQ-Impactscore (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 121)

	Impact T1	Impact T2
3P3 (n= 52)	1,29 (1,94)	0,46 (1,04)
SU (n= 69)	0,58 (1,18)	0,32 (0,98)



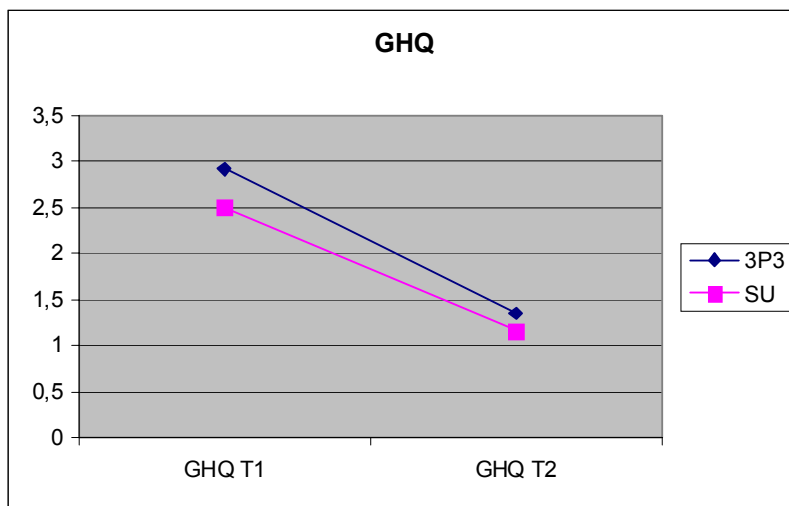
Figuur 2. Evolutie van de SDQ-impactscore (n= 121)

Psychisch welbevinden van de ouder (GHQ)

Het psychisch welbevinden van de ouders verbetert significant tussen T1 en T2 in beide groepen ($F(1)= 61,062$; $p<0,001$). Er is geen groepseffect ($F(1)= 1,039$; $p= 0,310$) of interactie-effect ($F(1,118)= 0,409$; $p= 0,524$). (Tabel 3 en figuur 3.)

Tabel 3. Gemiddelde GHQ-score op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 120)

	GHQ T1	GHQ T2
3P3 (n= 52)	2,92 (2,09)	1,35 (1,73)
SU (n= 68)	2,5 (2,03)	1,16 (1,77)



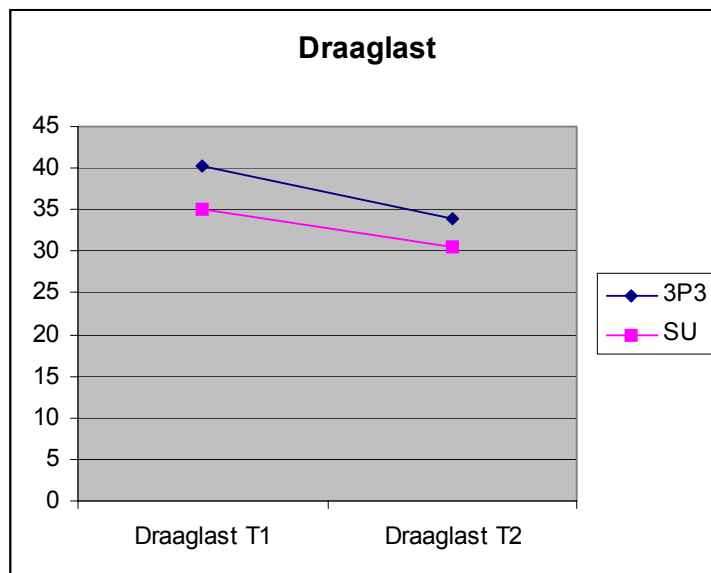
Figuur 3. Evolutie van de GHQ-score (n= 120)

Opvoedingsdraaglast

Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse resulteert in een significant tijdseffect ($F(1)= 61,945$; $p<0,001$) en een significant groepseffect (3P3>SU) ($F(1)= 5,850$; $p<0,05$). Het interactie-effect is niet significant ($F(1,112)= 2,004$; $p=0,160$). (Tabel 4 en figuur 4.)

Tabel 4. Gemiddelde Opvoedingsdraaglast (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 114).

	Draaglast T1	Draaglast T2
3P3 (n= 46)	40,24 (10,78)	33,93 (8,61)
SU (n= 68)	34,99 (10,62)	30,60 (9,53)



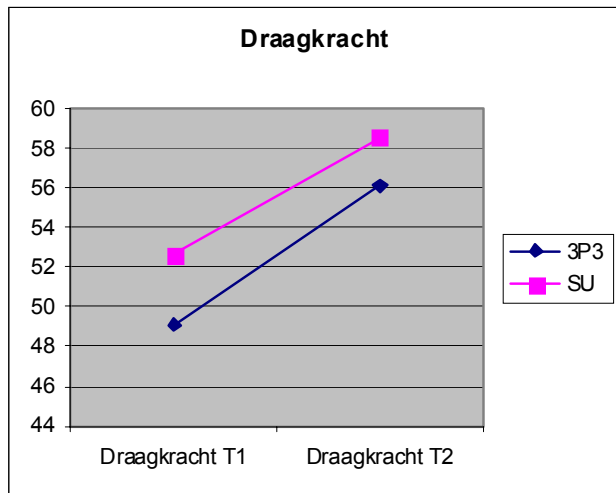
Figuur 4. Evolutie Draaglast (n= 114)

Opvoedingsdraagkracht

Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse resulteert in een significant tijdseffect ($F(1) = 14,725$; $p < 0,001$). Er is geen groepseffect ($F(1) = 1,602$; $p = 0,209$) noch interactie-effect ($F(1,89) = 0,096$; $p = 0,757$). De draagkracht groeit in beide groepen evenveel. (Tabel 5 en figuur 5.)

Tabel 5. Gemiddelde Opvoedingsdraagkracht (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 91).

	Draagkracht T1	Draagkracht T2
3P3 (n= 38)	49,11 (11,19)	56,10 (14,01)
SU (n= 53)	52,64 (14,03)	58,58 (14,74)



Figuur 5: Evolutie draagkracht (n=91)

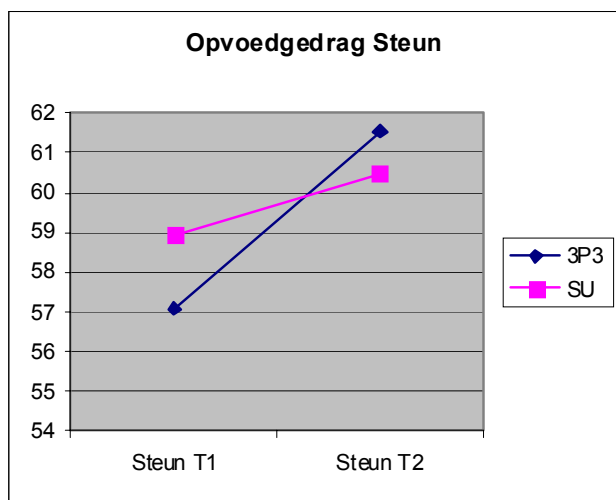
Opvoedgedrag (SOG)

- Steun

Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse resulteert in een significant tijdseffect ($F(1)= 15,357$; $p<0,001$). Er is geen groepseffect ($F(1)= 0,081$; $p= 0,776$). Het interactie-effect is marginaal significant ($3P3>SU$) ($F(1,94)= 3,638$; $p =0,06$). De 3P3-groep vertoont een trend om sterker te evolueren inzake steunend opvoedgedrag. (Tabel 6 en figuur 6).

Tabel 6. Gemiddelde Steunscores (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 96).

	Steun T1	Steun T2
3P3 (n= 45)	57,07 (8,09)	61,55 (6,93)
SU (n= 51)	58,92 (8,33)	60,47 (7,03)



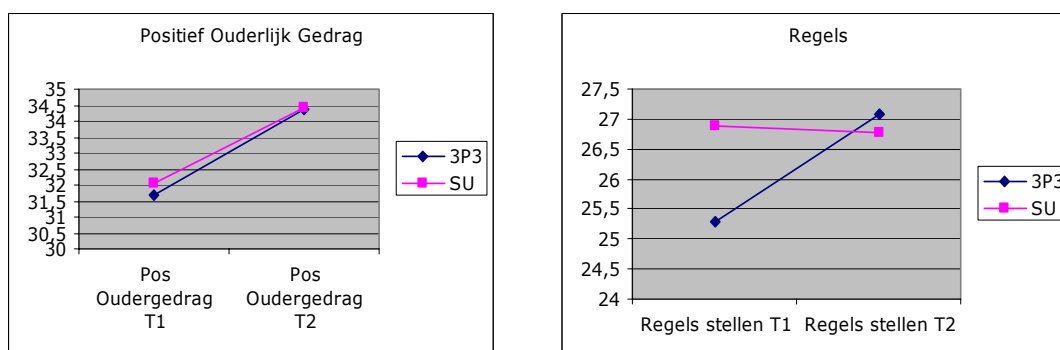
Figuur 6. Evolutie 'Steun' (n= 96)

De steunschaal is de som van de score op de Positief Ouderlijk Gedrag-schaal en Regels-schaal. Voor de schaal Positief Ouderlijk Gedrag resulteert een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse in een significant tijdseffect ($F(1)=13,194$; $p<0,001$). Er is geen groepseffect ($F(1)=0,063$; $p=0,802$) of interactie-effect ($F(1) = 0,051$; $p=0,822$). (Tabel 7 en figuur 7).

Tabel 7. Gemiddelde scores op Positief Ouderlijk Gedrag (POG) en Regels op T1 en T2 voor 3P3 en SU

	POG T1	Regels T1	POG T2	Regels T2
3P3	31,67	25,29	34,38	27,071
SU	32,04	26,88	34,43	26,784

Voor de schaal Regels resulteert een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse in een significant tijds- ($F(1) = 5,748$; $p< 0,05$) en interactie-effect ($3P3>SU$) ($F(1)=7,164$; $p<0,01$). Er is geen groepseffect ($F(1)=0,063$; $p=0,802$). Ouders uit de 3P3-groep evolueren sterker inzake de aandacht voor het aanleren van regels. (zie figuur 7).



Figuur 7. Evolutie van scores op de schalen Positief Ouderlijk Gedrag en Regels.

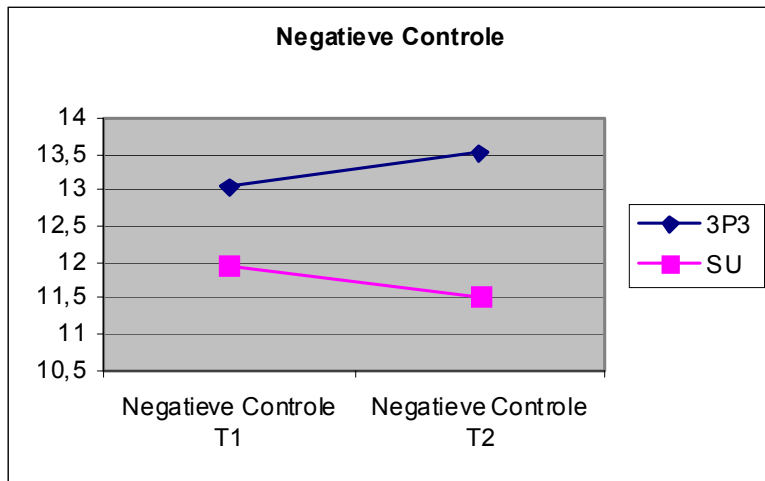
▪ **Negatieve Controle**

Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse resulteert in een significant groepseffect ($3P3>SU$) ($F(1)= 5,451$; $p< 0,05$). Er is geen tijdseffect ($F(1)= 0,003$; $p= 0,953$) of interactie-effect ($F(1,94)= 1,334$; $p=0,251$). Ouders uit de 3P3-groep gebruiken over beide meetmomenten heen meer negatieve controle.

Tabel 8. Gemiddelde scores op Negatieve Controle (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 96).

	Negatieve Controle T1	Negatieve Controle T2
3P3 (n= 45)	13,04 (3,15)	13,51 (4,39)
SU (n= 51)	11,95 (3,99)	11,53 (3,26)

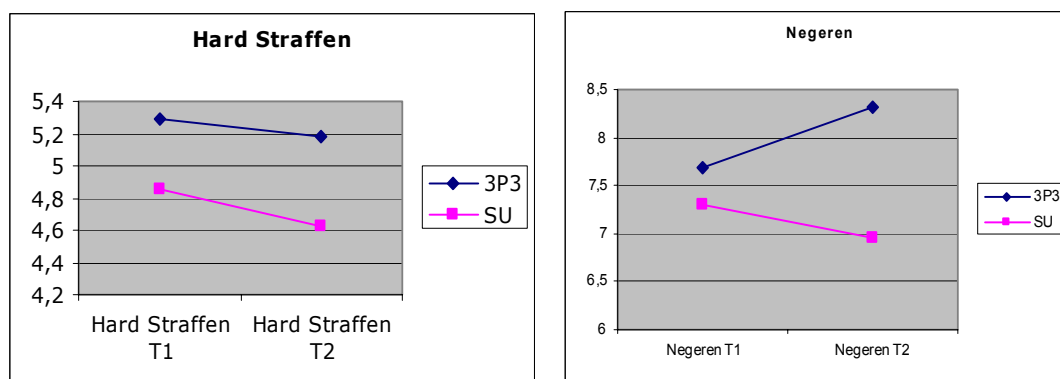
Negatieve Controle is de somscore van de scores op de schalen Hard Straffen en Negeren. Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse voor de Hard Straffen-schaal resulteert in geen enkel significant effect (tijdseffect: $F(1)=1,324$; $p=0,253$, groepseffect: $F(1)=11,397$; $p=0,097$ en interactie-effect: $F(1)=0,170$; $p=0,681$). Een analyse van de scores op de Negeren-schaal toont evenmin significante effecten (tijdseffect: $F(1)=0,142$; $p=0,707$, groepseffect: $F(1)=2,478$; $p=0,119$ en interactie-effect: $F(1)=1,809$; $p=0,182$). Scores op de schalen Hard Straffen en Negeren veranderen niet onder invloed van tijd en dat dit geldt voor de beide condities (figuur 9 en Tabel 9).



Figuur 8. Negatieve Controle op T1 en T2 voor 3P3 en SU

Tabel 9. Gemiddelde scores op de schalen Hard Straffen en Negeren op T1 en T2 voor 3P3 en SU

	Hard Straffen T1	Negeren T1	Hard Straffen T2	Negeren T2
3P3	5,29	7,69	5,18	8,31
SU	4,86	7,31	4,63	6,96



Figuur 9. Evolutie van de scores op de schalen Hard Straffen en Negeren.

Samenvatting

Samenvattend kunnen we stellen dat het Spreekuur resulteert in een probleemreductie voor alle schalen met uitzondering van de schaal Negatieve Controle. De interventie resulteert over beide condities heen niet in een daling van Negatieve controle. De effecten van 3P3 zijn in vergelijking met het SU groter op de SDQ-impactscore. Er bestaat tevens een trend voor een toename van het gebruik van steunend opvoedgedrag door ouders uit de 3P3-groep na de interventie in vergelijking met de SU-groep. Dit resultaat is voornamelijk een gevolg van een toegenomen gerichtheid op het aanleren van regels door ouders uit de 3P3-groep.

6.1.2. Doelrealisatie

Om na te gaan of vooropgestelde doelen worden bereikt dienen doelen te worden geformuleerd. Dit is niet altijd het geval. Voor 117 gezinnen beschikken we over de gegevens met betrekking tot de doelformulering (52 3P3-groep en 65 SU-groep). In de 3P3-groep werden voor 73,1% (n= 38) (dus voor 14 niet) van de kinderen doelen geformuleerd. In de SU-groep werden voor 61,5% (n= 40) van de kinderen doelen geformuleerd (dus voor 25 kinderen werden geen doelen geformuleerd). De groepen verschillen hierin niet significant ($\chi^2(1) = 1,731$; $p = 0,188$).

In Tabel 10 geven we een overzicht van de mate van doelrealisatie. In de 3P3-groep bereikt 25% (n= 13) van de gezinnen voor 100% de doelstellingen in vergelijking met 13,8% (n= 9) van de SU-gezinnen. Beide groepen verschillen niet inzake doelrealisatie ($U = -1,421$; $p = 0,155^{67}$).

Tabel 10. Doelrealisatie voor 3P3 en SU (n= 117)

Doelrealisatie	3P3	%	SU	%	Totaal	%
Niet van toepassing	14	26,9	22	33,8	36	30,8
geen evaluatie	5	9,6	6	9,2	11	9,4
Geen resultaat	2	3,8	2	3,1	4	3,4
50 % doelrealisatie	4	7,7	9	13,8	13	11,1
75 % doelrealisatie	14	26,9	17	26,2	31	26,5
100% doelrealisatie	13	25,0	9	13,8	22	18,8
Totaal	52	100	65	100	117	100

6.1.3. Cliënttevredenheid

Op T2 werd de C-toets afgenomen. Hieruit blijkt dat de gezinnen zeer tevreden zijn met de interventie. We vergelijken de 3P3- en de SU-groep op de C-toets totaalscore (maximum 60) en het rapportcijfer (0-10). Uit deze vergelijking blijkt

⁶⁷ We hebben voor deze vergelijking de categorieën 'niet van toepassing' en 'geen evaluatie' als missing value beschouwd.

dat de gezinnen uit beide groepen even tevreden zijn ($t(117)=-0,83$; $p=0,41$ en $t(117)=-0,57$; $p=0,955$). (Tabel 11).

Tabel 11. Gemiddelde Cliënttevredenheidsscores (sd) in 3P3 en SU (n=119)

	3P3 gemiddeld (n= 50)	SU gemiddeld (n= 69)	t-score	Df	Sign
Totaalscore	56,42 (5,67)	57,2 (4,59)	-0,83	117	0,408
rapportcijfer	8,94 (0,84)	8,95 (0,91)	-0,57	117	0,955

Beide groepen verschillen evenmin inzake de subschaalscores van de C-toets (Contact en bejegening, Professionaliteit, Informatie en voortgang en Doel en resultaat). (Tabel 12⁶⁸).

Tabel 12. Gemiddelde scores op de subschalen van de C-toets voor 3P3 en SU (n= 119)

	3P3	SU	t-score	Sign
Contact en bejegening	11,57	11,72	-0,744	0,459
Professionaliteit	15,06	15,40	-0,279	0,781
Informatie en voortgang	11,04	11,42	-1,535	0,129
Doelen en resultaat	18,76	19,10	-0,955	0,330

6.2. Intention to treat analyses (n=218)

Met een intention to treat analyse (ITT-analyse) worden de scores behaald op T1 vergeleken met deze behaald op T2 waarbij ontbrekende scores op T2 worden vervangen door de scores behaald op T1. We beschikken echter niet voor ieder gezin voor alle gegevens op T1. In eerdere analyses was dan ook voor elke toets het aantal gezinnen (iets) anders⁶⁹. Van de 111 'niet-geldige'⁷⁰ gezinnen ontbreken op T1 voor 14 (12,6%) gezinnen 5 of meer scores op 7 uitkomstmaten. We besloten deze proefpersonen niet mee te nemen in de ITT-analyse. Hieronder beschrijven we deze groep (n= 14) op een aantal eerder gebruikte parameters:

- 13 gezinnen komen uit de SU-groep, 1 uit de 3P3-groep
- Het betreft 6 jongens en 8 meisjes
- 13 respondenten hebben een partner. Hiervan hebben er 12 een stabiele relatie (> 1 jaar) en 1 een recente relatie (< 6 maanden). Een persoon heeft geen partner.
- 11 respondenten maken deel uit van het oorspronkelijk gezin.
- 10 moeders zijn in België geboren, 3 in Turkije of een Maghrebland en 1 in een voormalig Oostblokland.

⁶⁸ Voor de schaal Informatie en voortgang mag geen gelijkheid van varianties worden verondersteld, $F(1)= 8,606$, $p < 0,01$.

⁶⁹ Als gevolg hiervan verschilt de onderzoekspopulatie telkens. We gaan er echter van uit dat deze verschillen toevallig zijn en niet leiden tot een bias.

⁷⁰ Gezinnen met een ontbrekende score op een van volgende maten: de SDQ-impactscore op T1 en T2 of scores op de schalen 'aankunnen' en 'belasting' op T1 en T2 (zie hoofdstuk 3. paragraaf 3.5.1.).

- 10 gezinnen beheersen het Nederlands goed (n=9) of voldoende (n= 1).
- 2 gezinnen beantwoorden aan de kansarmoedecriteria.
- 8 moeders verrichten betaalde arbeid, 5 zijn huisvrouw en 1 is werkzoekend of werkonbekwaam.
- Het opleidingsniveau van de moeder is in 2 gevallen onbekend, 1 moeder is laagopgeleid (géén, lager onderwijs), 2 moeders m lager secundair onderwijs, 6 moeders volgden secundair onderwijs en 3 zijn hoogopgeleid (2 Honu, 1UO).
- 8 moeders spreken Nederlands met hun kind, 1 Frans en 5 een andere (niet-Europese) taal.
- Op de Verwachtingenvraag antwoordden 2 respondenten 'misschien', 7 'ja' en 2 'beslist'. Door 3 respondenten werd deze vraag niet beantwoord.

Deze groep verschilt niet van de groep waarop de ITT-analyse zal worden uitgevoerd (zie hoofdstuk 5 paragrafen 5.1.2. en 5.1.3.). De ITT-analyse wordt uitgevoerd over 218 gezinnen (92 3P3 en 126 SU). De 'geldige' 3P3-groep bestond eerst uit 52 gezinnen en wordt nu aangevuld met 40 gezinnen. De 'geldige' SU-groep bestond uit 69 proefpersonen en wordt aangevuld met 57 gezinnen. De aangroei is evenredig over beide condities ($\chi^2(1) = 0,067$; $p = 0,796$).

6.2.1. Probleemreductie (n=218)

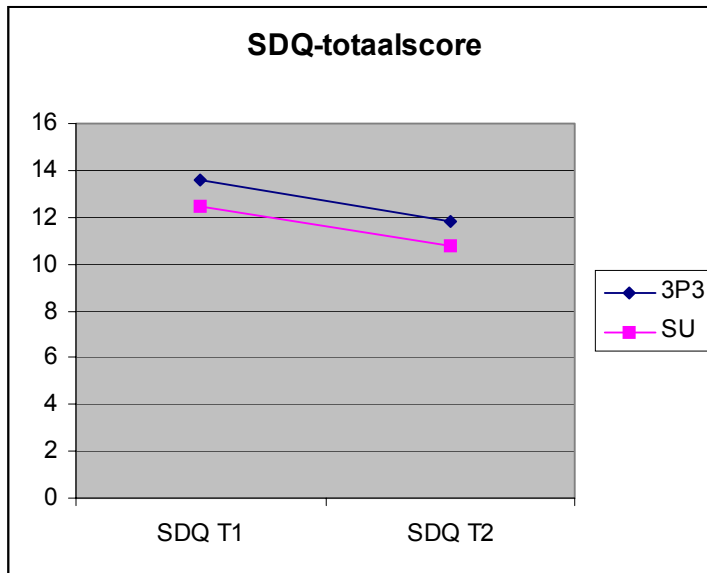
Gedrags- en emotionele problemen (SDQ)

- SDQ-totaalscore

Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse resulteert in een significant tijdseffect ($F(1) = 32,648$; $p < 0.001$). Er is geen groepseffect ($F(1) = 1,793$; $p = 0,183$) en geen interactie-effect ($F(1,160) = 0,043$; $p = 0,836$) (zie Figuur 10 en Tabel 13).

Tabel 13. Gemiddelde SDQ-totaalscores (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 162).

	SDQ-totaal T1	SDQ-totaal T2
3P3 (n= 69)	13,57 (5,62)	11,81 (5,42)
SU (n= 93)	12,43 (5,22)	10,80 (5,34)



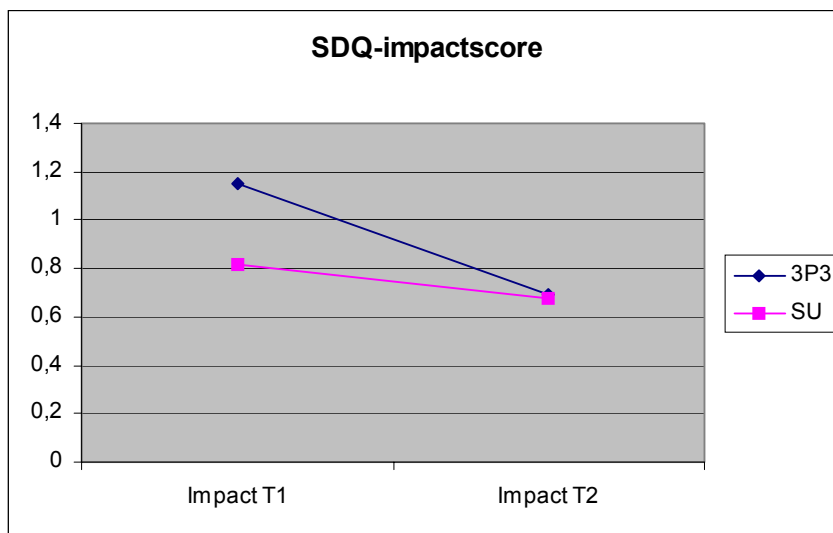
Figuur 10. Evolutie SDQ-totaalscore in 3P3 en SU (n= 162)

- SDQ-impactscore

Tabel 14 presenteert de SDQ-impactscores op T1 en T2 voor de 3P3- en de SU-groep. Er is een significant tijdseffect ($F(1)= 14,591$; $p<0,001$), groepseffect ($F(1)= 67,048$, $p< 0,001$) en interactie-effect ($F(1,213)= 3,968$; $p<0,05$). De SDQ-impactscore daalt significant tussen T1 en T2 voor beide groepen maar daalt sterker in de 3P3-groep dan in de SU-groep (zie Figuur 11).

Tabel 14. Gemiddelde SDQ-Impactscore (sd) op T1 en T2 in 3P3 en SU (n= 215)

	SDQ-Impact T1	SDQ-Impact T2
3P3 (n= 91)	1,15 (1,87)	0,69 (1,41)
SU (n= 124)	0,82 (1,56)	0,68 (1,51)



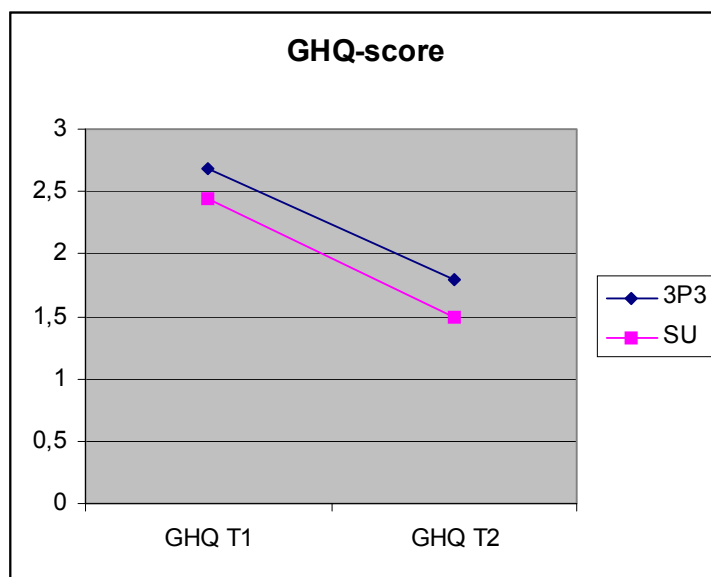
Figuur 11. Evolutie van de SDQ-impactscore (n= 215)

Psychisch welbevinden van de ouder (GHQ)

Het algemeen welbevinden van de ouders verbetert significant tussen T1 en T2 ($F(1)= 57,489$; $p<0,001$). Er is geen groepseffect ($F(1)= 1,261$; $p= 0,263$) of interactie-effect ($F(1,213)= 0,033$; $p= 0,856$). (Tabel 15 en figuur 12).

Tabel 15. Gemiddelde GHQ-score (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 215)

	GHQ T1	GHQ T2
3P3 (n= 92)	2,68 (2,1)	1,79 (1,88)
SU (n= 123)	2,44 (1,95)	1,50 (1,86)



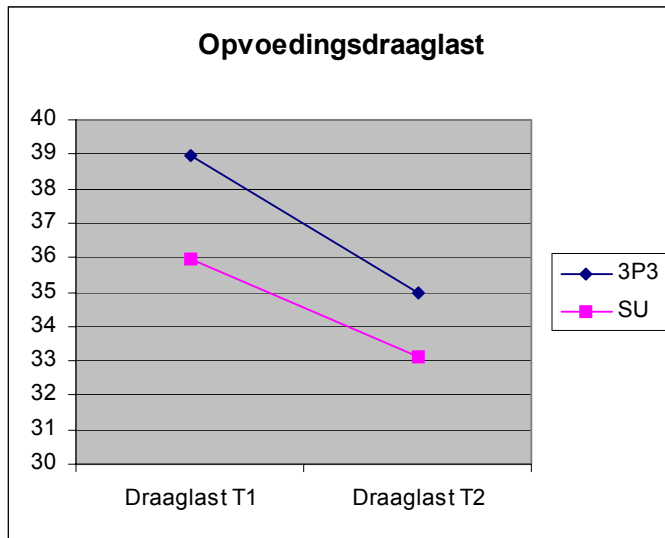
Figuur 12. Evolutie van de GHQ-score (n= 215)

Opvoedingsdraaglast

Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse resulteert in een significant tijdseffect ($T1>T2$) ($F(1)= 62,658$; $p<0,001$). Er is geen groepseffect ($F(1)= 3,050$; $p= 0,082$) of interactie-effect ($F(1, 214)= 1,665$; $p= 0,198$). (Tabel 16)

Tabel 16. Gemiddelde Opvoedingsdraaglast (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 216).

	Draaglast T1	Draaglast T2
3P3 (92)	38,95 (10,59)	34,96 (9,01)
SU (124)	35,98 (11,02)	33,11 (10,86)



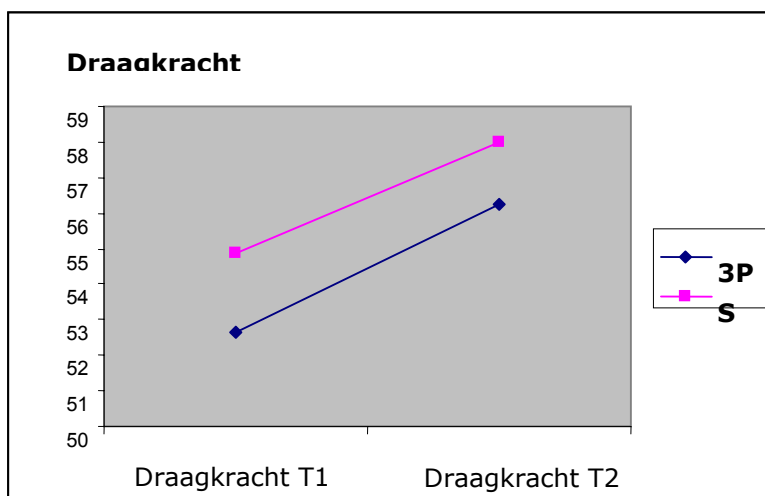
Figuur 13. Evolutie Draaglast (n= 216)

Opvoedingsdraagkracht

Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse resulteert in een significant tijdseffect (T1>T2) ($F(1)= 12,122$; $p<0,01$). Er is geen groepseffect ($F(1)= 1,358$; $p= 0,245$) of interactie-effect $F(1,168)= 0,061$; $p=0,805$. Opvoedingsdraagkracht neemt dus toe over de tijd. De groepen verschillen niet van elkaar over beide tijdstippen heen en de stijging in draagkracht is voor beide groepen gelijkaardig. (Tabel 17 en figuur 14).

Tabel 17. Gemiddelde Opvoedingsdraagkrachtscores (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 170).

	Draagkracht T1	Draagkracht T2
3P3 (n= 69)	52,67 (10,92)	56,26 (12,06)
SU (n= 101)	54,85 (12,91)	57,97 (12,85)



Figuur 14. Evolutie draagkracht (n= 170).

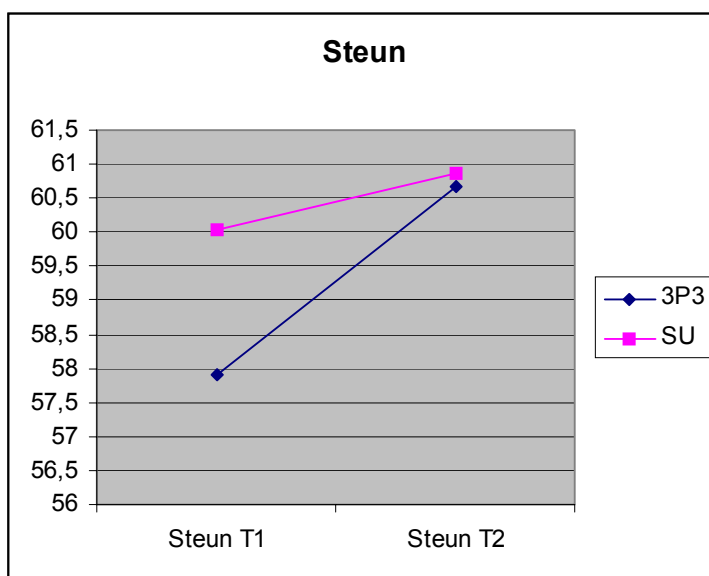
Opvoedgedrag (SOG)

▪ Steun

Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse resulteert in een significant tijds- ($F(1) = 16,414$; $p < 0,001$) en interactie-effect ($F(1,173) = 4,767$; $p < 0,05$). Er is geen groepseffect ($F(1) = 1,214$; $p = 0,272$). Het steunende opvoedgedrag van ouders vergroot significant meer in de 3P3-groep (zie figuur 15 en Tabel 18).

Tabel 18. Gemiddelde Steunschaalscores (sd) op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 175).

	Steun T1	Steun T2
3P3 (n= 77)	57,92 (7,82)	60,67 (7,18)
SU (n= 98)	60,04 (7,82)	60,87 (7,05)



Figuur 15. Evolutie van steunend opvoedgedrag tussen T1 en T2 (n= 175).

Net zoals voor de geldige groep gaan we de evolutie na van de subschalen waaruit de Steunschaal is samengesteld (Positief Ouderlijk Gedrag en Regels). We vinden voor de schaal Positief Ouderlijk Gedrag over beide groepen een verbetering van T1 naar T2 ($F(1) = 8,822$, $p < 0,01$). We vinden géén groeps- ($F(1) = 0,779$, $p = 0,379$) en interactie-effect ($F(1,173) = 0,004$, $p = 0,949$). Voor de schaal Regels is er, net als bij de geldige groep een significant tijdseffect ($F(1) = 6,434$, $p < 0,05$). Er is tevens een significant groepseffect ($F(1) = 4,352$, $p < 0,05$) en interactie-effect ($F(1,173) = 8,158$, $p < 0,01$). De gerichtheid op het aanleren van regels neemt meer toe voor ouders uit de 3P3-groep dan voor ouders uit de SU-groep. (Tabel 19).

Tabel 19. Gemiddelde scores Positief Ouderlijk Gedrag (SD) en Regels (sd) op T1 en T2 in 3P3 en SU.

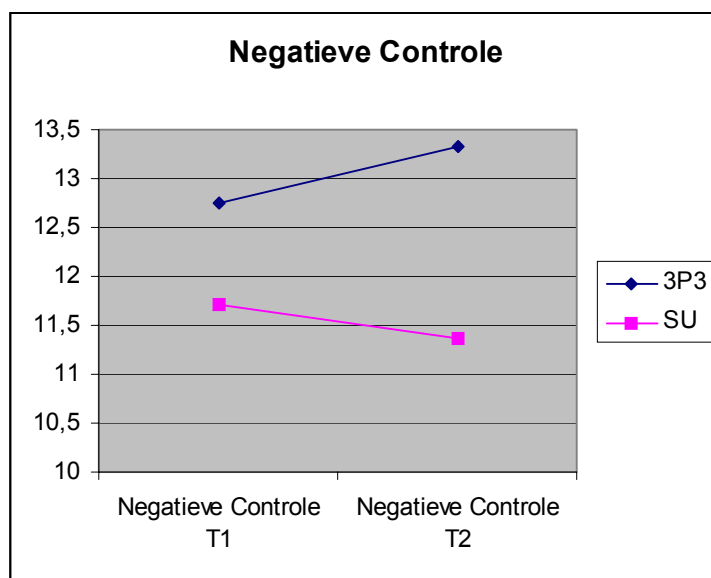
	POG T1	Regels T1	POG T2	Regels T2
3P3	32,22 (5,09)	26,64 (3,61)	33,53 (5,74)	26,70 (3,17)
SU	32,89 (5,74)	27,15 (3,20)	34,14 (5,78)	27,09 (3,12)

- Negatieve Controle

Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse resulteert in een significant groepseffect (3P3>SU) ($F(1)= 9,201$; $p < 0,01$) en een marginaal significant interactie-effect ($F(1,173)= 3,239$; $p=0,074$). Er is geen tijdseffect ($F(1)= 0,205$; $p= 0,651$). Ouders uit de 3P3-groep gebruiken over beide momenten heen meer negatieve controle. Er bestaat bovendien een trend dat in de 3P3-groep het gebruik van negatieve controle toeneemt (Figuur 16 en Tabel 20).

Tabel 20. Gemiddelde scores (sd) op de schaal Negatieve Controle op T1 en T2 voor 3P3 en SU (n= 175).

	Negatieve Controle T1	Negatieve Controle T2
3P3 (n= 77)	12,75 (3,40)	13,32 (4,52)
SU (n= 98)	11,71 (3,62)	11,37 (3,07)

*Figuur 16. Evolutie van negatieve controle (n= 175).*

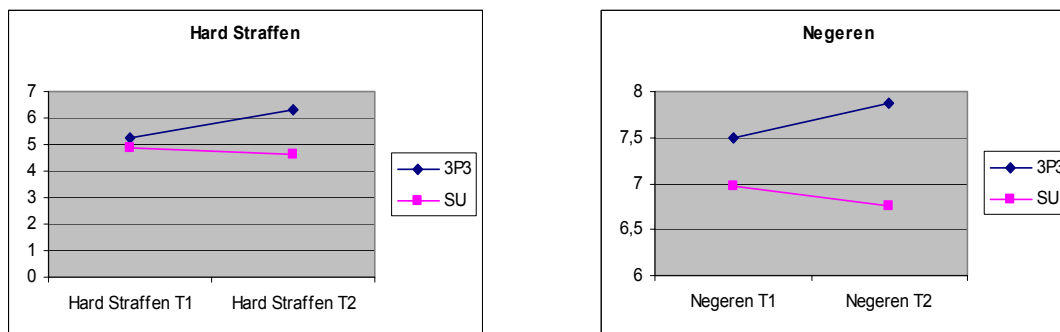
We gaan ook nu na wat de effecten zijn voor de subschalen waaruit de Negatieve Controleschaal is samengesteld (Hard Straffen en Negeren).

Tabel 21. Gemiddelde scores op de schalen Hard Straffen en Negeren in 3P3 en SU.

	Hard Straffen T1	Negeren T1	Hard Straffen T2	Negeren T2
3P3	5,22	7,49	6,31	7,87
SU	4,85	6,97	4,64	6,75

Een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse resulteert in een marginaal significant groepseffect ($F(1) = 3,441$; $p = 0,065$) voor de Hard Straffenschaal. Er is geen tijds- ($F(1) = 0,712$; $p = 0,400$) of interactie-effect ($F(1) = 1,517$; $p = 0,220$). De 3P3-groep vertoont een trend om over beide meetmomenten heen harder te straffen.

De analyse resulteert voor de Negeren-schaal in geen enkel significant effect (tijdseffect: $F(1) = 0,151$; $p = 0,698$, groepseffect: (3P3>SU) ($F(1) = 3,823$; $p = 0,052$) of interactie-effect: $F(1) = 2,248$; $p = 0,136$). Er kan wel worden opgemerkt dat de 3P3-groep een trend vertoont om over de twee momenten heen meer Negeren te gebruiken. (Tabel 21 en figuur 17).



Figuur 17: Evolutie Hard straffen en Negeren

Samenvatting

Samenvattend kunnen we stellen dat het spreekuur voor beide groepen resulteert in een daling van de SDQ-totaalscore, de SDQ-impactscore en de ervaren draaglast van opvoeding. Het resulteert voor beide groepen tevens in een toename van het welbevinden van de ouder, de ervaren draagkracht inzake opvoeding, steunend opvoedgedrag en met name een toename van het positief ouderlijk gedrag en een grotere gerichtheid op het aanleren van regels. De daling van de SDQ-impactscore is echter groter in de 3P3-groep vergeleken met de SU-groep. De stijging inzake steunend opvoedgedrag is eveneens groter in de 3P3-groep in vergelijking met de SU-groep. De hogere SDQ-impactscore en de lagere Steunscore in de 3P3-groep werden telkens teruggebracht tot ongeveer het niveau van de SU-groep. Het is tevens belangrijk op te merken dat de 3P3-groep een trend vertoont om significant meer negatieve controle te gebruiken na de interventie.

De resultaten verkregen van de geldige groep komen in grote mate overeen met deze verkregen met een ITT-analyse. Ze zijn dus niet een gevolg van een drop-out van gezinnen die de interventie niet volhouden, ...

6.2.2. Doelrealisatie

Van 198 gezinnen uit de ITT-groep beschikken we over gegevens met betrekking tot doelformulering (81 in de 3P3-groep en 117 in de SU-groep). In de 3P3-groep werd voor 68% (n= 55) van de kinderen doelstellingen geformuleerd. In de SU-groep werd voor 65% (n= 76) doelstellingen geformuleerd. De groepen verschillen hierin niet significant ($\chi^2(1) = 0,19$; $p = 0,667$). In Tabel 22 geven we een overzicht van de mate van doelrealisatie. 25,9 % (n= 21) van de gezinnen uit de 3P3-groep bereikt voor 100% de doelstellingen. Slechts 13,7 % (n= 16) van de SU-gezinnen bereikt dit niveau van doelrealisatie. 3P3-gezinnen bereiken vaker een hoger niveau van doelrealisatie ($U = -2,220$; $p < 0,05$). (Tabel 22).

Tabel 22. Doelrealisatie voor 3P3 en SU (n= 198)

Doelrealisatie	3P3	%	SU	%	Totaal	%
Niet van toepassing	26	32,1	41	35,0	67	33,8
geen evaluatie	11	13,6	13	11,1	24	29,6
Geen resultaat	2	2,5	4	3,4	6	3,0
50 % doelrealisatie	5	6,2	12	10,3	17	8,6
75 % doelrealisatie	16	19,8	31	26,5	47	23,7
100% doelrealisatie	21	25,9	16	13,7	37	18,7
Totaal	81		117		198	100%

6.2.3. Cliënttevredenheid

Van 124 gezinnen uit de ITT-groep hebben we gegevens over de cliënttevredenheid. Opnieuw zijn de gezinnen tevreden met de hulp die ze kregen. 3P3- en SU-groep verschillen niet in cliënttevredenheid (zowel C-toets totaalscore ($t(122) = -0,970$; $p = 0,334$) als rapportcijfer ($t(122) = -0,240$; $p = 0,811$). (Tabel 23).

Tabel 23. Gemiddelde cliënttevredenheidsscores (sd) in 3P3 en SU (n=124)⁷¹

	3P3 (n= 51)	SU (n= 73)	t-score	Df	Sign
Totaalscore	56,39 (5,63)	57,27 (4,48)	-0,970	122	0,334
rapportcijfer	8,94 (0,83)	8,98 (0,90)	-0,240	122	0,811

⁷¹ Varianties mogen gelijk worden verondersteld. Totaal C-toets: $F(1) = 1,685$, $p = 0,197$; Rapportcijfer $F(1) = 0,502$, $p = 0,480$

6.3. Lange termijnresultaten

Voor 46 gezinnen (uit 232 op T1) beschikken we over gegevens op T2 en T3 (13 uit 3P3-groep of respons rate 14% en 33 uit SU-groep of respons rate 23,7 %). Een beschrijving van deze 13 gezinnen uit de 3P3-groep en de 33 gezinnen uit de SU-groep op T1 kan worden gevonden in bijlage. We vatten hieronder de resultaten van de vergelijking kort samen:

- Ouders uit de 3P3-groep hebben bij aanvang van de begeleiding minder hoge verwachtingen ten aanzien van opvoedingsondersteuning.
- In tegenstelling tot de groepen die op T2 werden beschouwd, rapporteren ouders in de 3P3-groep die ook op T3 nog meedoen niet méér gedrags- en emotionele problemen bij hun kind dan ouders in de SU-groep. Zij schatten de invloed van deze problemen op het functioneren van het kind ook gelijkaardig in.
- In de 3P3-groep ervaren de ouders méér draaglast van het opvoeden.

6.3.1. Probleemreductie

Voor deze beperkte groep is een 'mixed model met herhaalde metingen'-analyse niet mogelijk. Om de effecten van opvoedingsondersteuning op langere termijn te analyseren gaan we na of de score op T1 verschilt van de score op T3 (Tabel 24). Uit Tabel 24 blijkt dat opvoedingsondersteuning voor beide groepen resulteert in een daling van de SDQ-totale probleemscore en de ervaren draaglast van opvoeding. Het resulteert tevens voor beide groepen in een stijging van het welbevinden van de ouder, de ervaren draagkracht inzake opvoeding, steunend opvoedgedrag, positief ouderlijk gedrag, het gebruik van negatieve controle en het gebruik van negeren. Het resulteert tevens in een marginaal significante stijging van de gerichtheid op het aanleren van regels ($p=0,07$). Er is geen verschil tussen T1 en T3 inzake de invloed van de gedrags- en emotionele problemen hebben op het functioneren van het kind (de SDQ-impactscore) en het gebruik van harde straffen.

Tabel 24. Uitkomsten op T1 en T3.

	T1	sd	T3	Sd	Wilcoxon	Sign
SDQ-probleemscore	10,92	4,81	8,97	3,89	-3,076	<0,01
SDQ-impactscore	0,41	0,88	0,22	0,84	-1,311	0,190
GHQ	2,2	1,2	1,37	2,59	-2,047	<0,05
Draaglast	35,14	11,31	32	10,31	-2,383	<0,05
Draagkracht	52,84	13,4	59,57	16,63	-2,114	<0,05
Steun	58,62	7,21	62,08	5,29	-3,006	<0,01
Pos ouder gedrag	32,03	4,82	34,40	3,84	-3,332	<0,01
Regels	26,46	3,49	26,84	4,73	-1,791	0,07
Neg Controle	11,43	2,84	12,86	3,16	-2,670	<0,01
Hard Straffen	4,46	0,90	4,72	1,46	-0,876	0,311
Negeren	6,97	2,86	7,84	2,56	-2,486	<0,05

Om de verschillen in effect tussen de twee condities te onderzoeken berekenen we de verschillen tussen T1 en T3 (Tabel 25). Vervolgens gaan we na of deze verschillen in grootte verschillen tussen de 3P3- en de SU-groep met een Mann-Whitney U toets. We zien dat de evoluties op de verschillende uitkomstmaten niet verschillen tussen beide condities met uitzondering voor de schaal Regels. Ouders uit de 3P3-conditie zijn drie maanden na de interventie sterker geëvolueerd inzake hun gerichtheid op het aanleren van regels. Er bestaat tevens een trend voor de 3P3-gezinnen om enerzijds meer steunend opvoedgedrag (voornamelijk als gevolg van een toename van de gerichtheid op het aanleren van regels) en anderzijds meer negatieve controle te gebruiken.

Tabel 25. Verschilscore van 3P3 en SU

	n	3P3	sd	SU	sd	Z	Sign
Verschil SDQ totaalscore	36	-2,73	3,52	-1,60	3,27	-0,864	0,388
Verschil SDQ-Impactscore	46	-0,31	1,84	-0,15	0,97	-0,292	0,770
Verschil GHQ	46	0,23	3,90	-1,24	1,97	-1,545	0,122
Verschil Draaglast	42	-5,90	10,86	-2,28	6,55	-1,110	0,267
Verschil Draagkracht	38	9,82	20,72	5,30	18,13	-0,895	0,371
Verschil Steun	37	5,75	5,07	2,36	6,82	-1,708	0,088
Verschil Negatieve Controle	37	2,42	2,15	0,96	3,30	-1,838	0,066
Verschil Pos ouder gedrag	37	2,83	3,19	2,20	4,17	-0,701	0,483
Verschil Regels	37	3,33	3,60	-0,64	5,39	-2,834	<0,01
Verschil Hard Straffen	37	0,25	1,22	0,28	1,51	-0,073	0,941
Verschil Negeren	37	2,17	1,95	0,68	2,64	-1,602	0,109

Gezinnen uit beide groepen hebben dus ook op lange termijn baat bij opvoedingsondersteuning. De mate van verbetering, ongeacht de beginscores, verschilt echter niet tussen de 3P3- en SU-groep.

6.3.2. Cliënttevredenheid

Op T3 blijven de gezinnen tevreden over de hulp die ze hebben gekregen. De cliënttevredenheid verandert nauwelijks tussen T2 en T3. Beide groepen verschillen niet in cliënttevredenheid (C-toets totaalscore en C-toets rapportcijfer) op T3. Beide groepen verschillen evenmin in evolutie in cliënttevredenheid tussen T2 en T3 (drie maanden later) (Tabel 26).

Tabel 26. Vergelijking van cliënttevredenheid tussen 3P3 en SU op T3.

	n	3P3	Sd	SU	sd	MWU	Sign
C-toets totaalscore	46	57,46	3,10	57,12	4,94	-0,133	0,894
C-toets rapportcijfer	45	8,92	1,04	8,72	1,09	-0,301	0,763
Verschilscore C-toets	42	-0,08	4,76	0,23	5,28	-0,310	0,757
Verschilscore rapportcijfer	41	-0,42	1,24	-0,31	0,71	-0,758	0,449

Hoofdstuk 7

Effecten gemeten met observaties

Voor het doel van het onderzoek, een effectevaluatie, is het aangewezen verschillende onderzoeksmethoden te combineren (Clarke, 1999; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004; Knorth, 2005). Behalve het kwantitatieve vragenlijstonderzoek en de diepte-interviews naar de beleving van de spreekuurhouders willen wij deze gegevens aanvullen met gegevens verkregen via observatie. In het vragenlijstonderzoek wordt gepeild naar de opvoedrelatie door de ouders te vragen naar de door hen waargenomen emotionele en gedragsproblemen bij hun kinderen, hun competentiegevoelens inzake de opvoeding en hun concreet opvoedgedrag. Het observeren van de ouder-kindinteractie biedt de mogelijkheid deze gegevens aan te vullen met geobserveerd gedrag. Door deze terugkoppeling is het mogelijk na te gaan of en in hoeverre de vragenlijstgegevens overeenstemmen met feitelijk gedrag en of eventueel gerapporteerde verbeteringen ook zichtbaar zijn in de ouder-kindinteractie. De onderzoeksvraag is tweeledig:

- Is er een verbetering zichtbaar in de opvoedrelatie tussen ouder en kind op T2 in vergelijking met T1?
- Is er een grotere verbetering zichtbaar in de 3P3-groep ten opzichte van de SU-groep?

We gebruiken de Emotionele Beschikbaarheidschalen⁷² van Biringen (o.a. 2000, 1998) om de ouder-kindinteractie te beoordelen in een gestructureerde spelobservatie. We beschrijven eerst het theoretisch kader van Emotionele Beschikbaarheid en het in dit kader ontwikkelde instrument (7.1.), dan de gebruikte methode (7.2.) en ten slotte de resultaten van dit deelonderzoek (7.3.). Dit wordt ten slotte afgerond met een bespreking (7.4.).

7.1. Emotionele Beschikbaarheid (EB)

7.1.1. De theoretische achtergrond: hechting en sensitiviteit

De basis voor het concept Emotionele Beschikbaarheid (EB) wordt gevormd door een integratie van hechting met het begrip sensitieve responsiviteit zoals bedoeld door Ainsworth e.a. (1978) en de emotionele beschikbaarheid van de veilige figuur op de achtergrond zoals oorspronkelijk beschreven door onder andere Emde (1980) en Mahler (1975).

EB kan worden geconceptualiseerd als een evenwicht tussen emotionele beschikbaarheid enerzijds en een emotionele bereidheid om het kind los te laten

⁷² De Nederlandse term Emotionele Beschikbaarheid is een vertaling voor Emotional Availability en wordt gebruikt door o.a. Vliegen (2005) en van Bakel (2008).

anderzijds. De ouder verdraagt het dat het kind zijn eigen spel en activiteiten ontwikkelt, maar blijft in de buurt voor het geval het kind de ouder weer opzoekt om bij te tanken. Deze affectieve communicatie krijgt binnen de relatie een persoonlijk karakter en is een afspiegeling van de sociale en liefhebbende relatie tussen een ouder en een jong kind (Vliegen, 2005). Ouderlijke sensitiviteit binnen EB is deels gebaseerd op het begrip sensitiviteit voor en responsiviteit op de signalen van het kind, zoals bij hechting (Biringen, 1998). De EB Sensitiviteit is echter breder. Het omvat ook de rol van affect- en conflictregulatie. Zo wordt de ouder alleen als sensitief beschouwd als het affect oprecht is en wanneer de ouder rekening houdt met de emotionele signalen van het kind. Om uitspraken te kunnen doen over de EB van een ouder-kindrelatie werd het concept Emotionele Beschikbaarheid door Biringen en anderen (1998) geoperationaliseerd in een geheel van 6 observatieschalen, de Emotional Availability Scales, waarin zowel ouder als kindschalen zijn opgenomen.

7.1.2. De EB constructen

EB bestaat uit vier dimensies van EB van de ouder naar het kind en uit twee dimensies van EB van het kind naar de ouder. De dimensies van de ouder naar het kind zijn Sensitiviteit, Structureren, Niet-Intrusiviteit en Niet-Vijandigheid. De dimensies van het kind naar de ouder zijn Responsiviteit en Involvement (het vermogen van het kind de ouder in het spel te betrekken). Emotionele Beschikbaarheid moet gezien worden als een dyadisch construct. Ondanks het feit dat de dimensies onderscheiden worden in ouder- en kindschalen is EB een kwaliteit van de relatie. Een moeder kan bijvoorbeeld niet sensitief zijn zonder haar kind, de ouder kan pogingen doen om het spel te structureren, maar wanneer die pogingen niet succesvol zijn slaagt de ouder er niet in het spel te structureren binnen hun relatie. Hieronder beschrijven we de verschillende dimensies.

Sensitiviteit: Van de ouderdimensies is Sensitiviteit de meest complexe. De dimensie omvat verschillende aspecten. Een belangrijk kenmerk van sensitiviteit is het affect. Een sensitieve moeder zal in haar communicatie voornamelijk positief zijn. Het affect zal bij een sensitieve moeder ook oprecht en authentiek overkomen, de verbale en niet-verbale communicatie verlopen met andere woorden congruent. Sensitiviteit betreft ook de mate waarin de moeder de signalen van haar kind juist opvangt en of ze gepast reageert op de emotionele uitingen van haar kind. Wanneer het kind zich bijvoorbeeld begint te vervelen is het belangrijk dat de ouder deze signalen opvangt en het eigen gedrag daarop afstemt. Sommige ouders missen de subtiele fluctuaties in de stijl van hun kinderen maar wanneer zij overduidelijk signalen niet herkennen kan de ouder het kind bij verdriet niet effectief troosten. Er is dan sprake van een verstoorde affectieve communicatie. Een ander aspect van Sensitiviteit is timing en ritmiciteit. Een sensitieve ouder voorkomt bijvoorbeeld te abrupte overgangen tussen activiteiten en legt het kind niet neer voor het getroost is. Flexibiliteit in aandacht en gedrag is een ander aspect van Sensitiviteit. Flexibiliteit in gedrag suggereert dat de ouders de wil hebben en de inzet tonen om een doel te bereiken, ook als dat moeilijk is zoals het kind groenten laten eten en dit op veel

verschillende manieren proberen te realiseren. Een sensitieve ouder kan zijn aandacht ook flexibel verdelen tussen bijvoorbeeld huishoudelijke taken en de baby. Creativiteit in het spel tussen ouder en kind, hoe de ouder meedoet in het spel van het kind of hoe de ouder een positieve reactie bij het kind ontlokt, toont ook de mate van sensitiviteit van de ouder. Om creativiteit te kunnen beoordelen dient er wel enig samenspel te zijn. Ten slotte speelt ook de ouderlijke acceptatie van het kind een rol. De manier waarop de ouder het kind benadert zegt veel over die acceptatie. Zo zullen sensitieve ouders hun kind toespreken als een autonoom persoon met eigen behoeften en wensen terwijl minder sensitieve ouders kleinerende opmerkingen kunnen maken of het kind behandelen alsof het een bezit is. De meeste van deze gedragingen zijn in grote mate afhankelijk van de hoeveelheid interactie of de mate waarin de ouder toegankelijk is voor affectieve communicatie met het kind. Het feit dat er weinig interactie is binnen de relatie is op zich al veelzeggend. Ouders negeren hun kinderen bewust of onbewust terwijl in het andere uiterste, de ouders continu interageren met hun kind, zonder dat dit steeds nodig of wenselijk is. Belangrijk is te zien hoe conflictsituaties worden opgelost. Sensitieve ouders hoeven niet steeds een hoog niveau van positieve interactie te behouden. Ook sensitieve ouder-kindinteracties zijn soms slecht op elkaar afgestemd. Belangrijk is hoe de afstemming weer harmonieus wordt en hoe het conflict wordt opgelost.

Ouderlijk Structureren: Structureren van het spel van het kind kan enerzijds doordat de ouder zich laat leiden door het kind en anderzijds door grenzen te stellen waardoor adaptief gedrag wordt gestimuleerd en maladaptief gedrag wordt ingeperkt. Dit kan blijken wanneer de ouder regels stelt en verwacht dat ze opgevolgd worden. Omdat het hier gaat om een dyadisch construct kan de ouder slechts adequaat structureren wanneer het kind hierin meegaat. Optimaal structureren is het geven van consistente maar geen overmatige aanwijzingen en suggesties, maar ook het voorzien in een raamwerk waarbinnen de interactie op een ontspannen manier kan verlopen.

Ouderlijke Niet-Intrusiviteit: Met intrusiviteit wordt bedoeld het overstimuleren en overbeschermen van het kind, het interfereren met het spel van het kind en het over-directief sturen van het spel. De autonomie van het kind wordt erdoor ondermijnd. Intrusieve ouders gaan hiermee door zelfs wanneer het kind overstuurt. Deze dimensie is uiteraard afhankelijk van het ontwikkelingsniveau van het kind.

Ouderlijke Niet-Vijandigheid: Deze dimensie omvat de vijandigheid van een interactie die mogelijk bedreigend en beangstigend is voor een kind. Het betreft interacties waarin de ouder openlijk vijandig is en dit toont met gelaatsuitdrukkingen en stem. Covert vijandigheid, zoals een stemverheffing, het uiten van verveling of ongeduld wordt eveneens als vijandig gezien. Vijandigheid, overt of covert, hoeft niet direct naar het kind te worden geuit. Ook ongeduld, woede of ontevredenheid met anderen in de omgeving worden in rekening gebracht.

Responsiviteit: De dimensie Responsiviteit van het kind naar de ouder weerspiegelt enerzijds de geneigdheid van het kind zich te engageren na een uitnodiging tot interactie van de ouder en anderzijds het plezier dat het kind aan

de interactie beleeft. Wanneer het kind niet reageert op de uitnodiging en weinig emotionele expressie toont wordt de interactie als niet-responsief gescoord. Ook wanneer het kind wel reageert, maar zonder enthousiasme of op vlakke toon wordt de interactie als niet-optimaal responsief gezien. Er zijn verschillende stijlen van niet-optimale responsiviteit. Het kind kan zowel vermijdend reageren als negatieve reacties vertonen. Responsiviteit verwijst niet naar de mate waarin het kind lacht of glimlacht. Het gaat meer over de in het algemeen positieve en gelukkige indruk die het kind maakt.

Involvement: Het sleutelement voor involvement is de balans tussen autonoom spel van het kind en de interesse om de ouder hierbij te betrekken. De aard van het affect bij het kind is hier minder van belang. De mate van engageren wordt anders beoordeeld als het om een gelukkig kind gaat dan wanneer het om een angstig kind gaat.

7.2. Methode

De deelnemers aan het vragenlijstonderzoek kregen een brief met uitleg over procedure van dit deelonderzoek. In de brief werd hun medewerking en hun informed consent gevraagd. Het informed consent werd door de spreekuurhouder naar de onderzoekster gestuurd. Zij maakte vervolgens afspraken voor een huisbezoek met de aangemelde proefpersonen.

7.2.1. Proefgroep

Er werden 12 jongens en 8 meisjes geïnccludeerd met een gemiddelde leeftijd van respectievelijk 19 (sd= 8,9) en 22,6 (sd=10,9) maanden. Van de 20 dyades behoren er 9 tot de 3P3-groep en 11 tot de SU-groep.

7.2.2. Procedure Observaties

De spelsituaties vonden steeds plaats bij de ouders thuis en werden daar ook gefilmd. Er werden bij elk gezin twee opnames gemaakt: op T1 kort na het eerste pedagogisch adviesgesprek en op T2 (drie maanden later). Om de opnames tussen de condities en tussen T1 en T2 te kunnen vergelijken werd gebruik gemaakt van een gestructureerde spelsituatie. De inhoud van de spelobservatie werd gestructureerd naar voorbeelden uit de literatuur (o.a. Tavecchio et al, 1996; Erickson, Sroufe & Egeland, 1985; Asscher et al, 2007). We gebruikten twee verschillende sets van opdrachtjes, een voor kinderen onder de twee jaar en een voor kinderen ouder dan twee jaar. De opdracht aan de ouder was steeds te spelen 'zoals ze dat normaal zouden doen'. Er werd gevraagd hun kindje zoveel mogelijk zelf te laten doen. De ouder mocht echter helpen waar nodig. Bij kinderen tot twee jaar was de opdracht steeds om 4 minuten met de vormendoos te spelen, gedurende 4 minuten een puzzel te maken en 4 minuten een boekje te lezen. Kinderen ouder dan twee jaar kregen eerst 4 minuten vrij spel, dan 4 minuten duploblokken met de opdracht eerst een toren en dan een brug te bouwen en dan weer 4 minuten een boekje lezen. Tijdens de eerste minuten vrij spel mochten de kinderen al het voor handen zijnde materiaal gebruiken.

De setting werd zoveel mogelijk gestandaardiseerd. Bij elke observatie werd identiek materiaal gebruikt, de zelfde speelmat met de zelfde afmetingen en dezelfde speeltjes. Tussen T1 en T2 werden de condities ook gelijk gehouden. Er werd steeds op een zelfde dag van de week, op hetzelfde uur en door en met dezelfde personen gefilmd.

Het gebruikte speelgoed bestond uit: (1) Een plastic tonnetje met vierkante, ronde en driehoekige blokjes. Het tonnetje heeft een deksel met uitsparingen in die vormen. Het kind moet de juiste vorm kiezen om het blokje in het tonnetje te kunnen doen. (2) Een houten puzzel met boerderij figuurtjes. (3) Twee peuterboekjes met plaatjes. (4) Een aantal duploblokken en autootjes als aanvulling voor de kinderen boven de twee jaar. De opnames werden getimed en gefilmd met een Son camera.

7.2.3. Procedure Scoring

Voor de beoordeling werd gebruikt gemaakt van een team van observatoren. Dit team was getraind in het gebruik van de EB-observatieschalen versie 3 (Biringen, 1998). De interbeoordelaarbetrouwbaarheid werd nagegaan op een selectie van het onderzoeksmateriaal. Twaalf willekeurige filmfragmenten werden beoordeeld door vijf beoordelaars. Van de twaalf opnames waren er vijf uit de SU-groep op T1, drie uit de SU-groep op T2 en vier uit de 3P3-groep op T2. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid werd berekend met een Intra Class Correlation (ICC) (methode two-way random). De interbeoordelaarbetrouwbaarheid is voor alle schalen goed (Sensitiviteit : ICC = 0,895; Structureren: ICC = 0,911; Non-intrusiviteit: ICC= 0,873; Non-hostiliteit: ICC = 0,802; Responsiviteit kind: ICC = 0,938; Involvement kind: ICC = 0,919). De overige opnames werden steeds door twee beoordelaars gescoord. De schaalscore op deze fragmenten is het gemiddelde van de schaalscores van beide observatoren.

7.2.4. Instrumenten

Emotionele Beschikbaarheidschalen

De ouder-kindinteractie werd beoordeeld met de EB-observatieschalen. Er bestaan zes schalen waarop verschillende scores kunnen worden behaald: Sensitiviteit (1=helemaal niet sensitief tot 9=zeer sensitief), Structureren (1=niet-optimaal structureren tot 5=optimaal structureren), Niet-Intrusiviteit (1=zeer intrusief tot 5=niet intrusief), Niet-Vijandigheid (1=openlijke vijandigheid tot 5=afwezigheid van vijandige reacties), Responsiviteit (1=niet-responsief tot 7= maximaal responsief) en Involvement (1= Niet betrekken van ouders tot 7= Maximaal betrekken van ouders).

De cut-off waarden liggen steeds boven het midden van de schaal. Zo is een score '5' op de schaal 'Sensitiviteit' een aanwijzing voor inconsistente sensitiviteit van de ouder naar het kind. De score '7' op deze schaal wordt gegeven aan de 'good enough' moeder en mag gezien worden als een ruim voldoende score. Een iets minder sensitieve moeder, bijvoorbeeld door een overwegend vlak affect krijgt dan een '6'. Voor Structureren is de middelste score –een 3- een aanwijzing voor inconsistent structureren, voor Niet-intrusiviteit wordt met een score 3 een

ietwat intrusieve moeder bedoeld en een score 3 op de schaal hostiliteit betekent dat de moeder op zijn minst covert vijandig is naar haar kind.

Strength and Difficulties Questionnaire impact-score (SDQ-impactscore)

De ernst van het probleemgedrag meten we met de SDQ-impactscore. Dit is een maat voor de mate waarin het kind volgens de ouders belemmerd wordt in zijn dagelijkse activiteiten door de emotionele en gedragsproblemen. De impactscore varieert van 0 tot 10. Een score van 0 is normaal, 1 is het grensgebied en een score van 2 of meer is verhoogd. In deze deelgroep (n = 20) is de interne consistentie van de SDQ-impactscore 0,647.

Nijmeegse Vragenlijst voor Opvoedingssituaties (NVOS)

De subjectieve gezinsbelasting meten we met de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS) (Wels & Robbroeckx, 1996). Vijf schalen noemen kernrubrieken van gezinsbelasting waarvan vier bij een factoranalyse laden op een factor gezinsbelasting. Het zijn de schalen: Aankunnen, Problemen Hebben, Anders Willen en Kind is Belasting. Wij maken slechts gebruik van de schalen Aankunnen (cronbach's $\alpha = 0,85$) en Belasting (cronbach's $\alpha = 0,82$)⁷³.

7.3. Resultaten

7.3.1. Beschrijving proefgroep

Twintig gezinnen participeerden aan het observatieonderzoek. Er bevinden zich 9 kinderen in de 3P3-groep (5 jongens en 4 meisjes met een gemiddelde leeftijd van respectievelijk 19,2 maanden (sd= 10,2) en 28 maanden (sd= 11,9)). De SU-groep bestaat uit 7 jongens met een gemiddelde leeftijd van 18,9 maanden (sd= 8,7) en 4 meisjes met een gemiddelde leeftijd van 17,3 maanden (sd= 7,4). Jongens en meisjes en de 3P3- en SU-groep verschillen niet in leeftijd (respectievelijke $U = -0,657$; $p = 0,511$ en $U = -0,875$; $p = 0,382$)⁷⁴.

Eén gezin beantwoordt aan de kansarmoedecriteria (SU). Vijf moeders zijn laag opgeleid, acht beëindigden het hoger secundair onderwijs, 5 moeders volgden een hogeschoolopleiding en twee een universitaire opleiding. Dertien kinderen zijn het eerstgeboren kind, zes zijn tweede in rang en één kind is het derde kind of later⁷⁵. Dertien gezinnen vormen een oorspronkelijk gezin, 7 vormen een nieuw samengesteld of een eenoudergezin. 3P3- en SU-groep verschillen niet inzake opleiding van de moeder, rangorde van het kind en gezinssituatie (Tabel 1 a,b,c).

⁷³ De schalen Aankunnen en Belasting van de NVOS worden in Hoofdstuk 3 Methode besproken.

⁷⁴ Gezien het beperkte aantal subjecten in het observatie-onderzoek worden voor alle analyses non-parametrische toetsen gebruikt.

⁷⁵ K&G: Ikaros

Tabel 1a. Opleiding van de moeder

Opleiding van de moeder	3P3	SU	MWU	Significantie
lager en lager secundair	2	3	0,42	0,55
Hoger Secundair	3	5		
HONU	3	2		
UO	1	1		

Tabel 1b. Rangorde van het kind

Rangorde van het kind	3P3	SU
Eerste	6	7
Tweede	3	3
Derde of later	0	1

Tabel 1c. Gezinssituatie

Gezinssituatie	3P3	SU	Fisher Exact
Oorspronkelijk	6	7	0,63
NSG/ eenouder	3	4	

Zeventien moeders (85 %) zijn in België geboren, één in een ander Europees land (5 %), één in Azië (5 %) en één in het voormalig Oostblok (5 %). Alle moeders waren voldoende geletterd (18 goed en 2 matig) om de vragenlijsten in het onderzoek zelfstandig te kunnen invullen.

De SDQ-impactscore bedraagt in de 3P3-groep gemiddeld 1,44 (sd= 1,9) en in de SU-groep gemiddeld 0,8 (sd= 1,3). De impactscore verschilt niet tussen beide groepen ($U = -0,710$; $p=0,478$). 3P3-ouders scoren op de schaal 'Aankunnen' gemiddeld 23,78 (sd= 5,263) en SU-ouders 19,27 (sd= 5,497). Dit verschil is niet significant ($U = -1,650$; $p= 0,99$). Op de schaal Belasting verschillen de 3P3-groep (score=21,56; sd= 5,434) en SU-groep (score=17,91; sd= 4,253) ook niet van elkaar ($U=-1,338$; $p= 0,181$).

Op T1 scoren ouders uit de 3P3-groep op de EB Sensitiviteitschaal gemiddeld 6,28. SU-ouders scoren gemiddeld 5,61. Dit verschil is niet significant ($U = -1,261$; $p= 0,207$). Op de Structureren-schaal scoort de 3P3-groep gemiddeld 3,92 en de SU-groep 3,20. Dit verschil is significant ($U = -2,250$, $p < 0,05$). Op de schaal Non-Intrusiviteit vinden we een gemiddelde van 3,93 voor de 3P3-groep en 3,15 voor de SU-groep en een significant verschil ($U = -2,292$, $p < 0,05$). Op de schaal Non-Hostiliteit vinden we een gemiddelde van 4,54 voor de 3P3-groep en 4,18 voor de SU-groep. Dit verschil is niet significant ($U = -1,462$, $p= 0,152$). Ook op de schalen Responsiviteit (3P3 gemiddelde = 5,5; sd = 1,13 en SU gemiddelde = 4,39; sd= 1,12 met $U = -2,322$, $p < 0,05$) en Involvement (met $U =$

- 2,095, $p < 0,05$) zijn de verschillen significant. Beide groepen verschillen van elkaar op T1 op vier van zes EB-schalen (Structuur, Non-intrusiviteit, Responsiviteit en Involvement) en dit in het voordeel van de 3P3-groep. Tabel 2 vat de gegevens nog eens samen.

Tabel 2. Vergelijking 3P3 en SU op T1

EB schaal	3P3 gemidd.	3P3 sd	SU gemiddeld	SU sd	MW U	Signif
Sensitiviteit	6,28	1,13	5,61	1,05	-1,261	$p = 0,23$
Structuur	3,92	0,63	3,20	0,56	-2,250	$p < 0,05$
Non-intrusiviteit	3,93	0,49	3,15	0,73	-2,292	$p < 0,05$
Non-hostiliteit	4,54	0,53	4,18	0,58	-1,462	$p = 0,15$
Kind responsiviteit	5,50	1,13	4,39	1,12	-2,322	$p < 0,05$
Kind Involvement	5,50	1,19	4,33	1,20	-2,095	$p < 0,05$

7.3.2. Effecten van de interventie

Verschillen tussen T1 en T2

Voor alle schalen werd nagegaan of de scores op T1 verband houden met de scores op T2 (Tabel 3). Alleen op de schaal Non-Intrusiviteit is de correlatie tussen de scores op T1 en T2 niet significant. Alle scores op T1 en T2 zijn positief gecorreleerd. De gemiddelde scores op T2 zijn steeds hoger op T2 dan op T1. Middels Wilcoxon-test werd voor de hele groep voor elke schaal nagegaan of de verhoging op T2 ook significant is (Tabel 3). Op alle schalen met uitzondering van de schaal Involvement zien we een verbetering (Tabel 3).

Tabel 3. Gemiddelde EB-scores EB op T1 en T2

Schaal	Gemiddelde	Sd	Spearman ρ	Significantie	Wilcoxon Z-score	Significantie
Sensitiviteit T1	5,9	1,1				
Sensitiviteit T2	6,4	1,2	0,752	$p < 0,01$	- 2,717	$p < 0,01$
Structuur T1	3,5	0,7				
Structuur T2	4,1	0,7	0,597	$p < 0,05$	- 3,625	$p < 0,01$
Non Intrusiviteit T1	3,5	0,7				
Non Intrusiviteit T2	4,1	0,7	0,407	$p = 0,075$	- 3,116	$p < 0,01$
Non Hostiliteit T1	4,3	0,7				
Non Hostiliteit T2	4,6	0,5	0,463	$p < 0,05$	- 2,263	$p < 0,05$
Kind Responsiviteit T1	4,9	1,2				
Kind Responsiviteit T2	5,5	1,3	0,676	$p < 0,01$	- 2,437	$p < 0,05$
Kind Involvement T1	4,9	1,3				
Kind Involvement T2	5,1	1,3	0,735	$p < 0,01$	- 1,398	$p = 0,162$

Verschillen in evolutie tussen 3P3 en SU

Verschillen in evolutie tussen beide condities worden nagegaan door de grootte van verschillen tussen T1 en T2 per schaal met elkaar te vergelijken. De evolutie van beide condities tussen T1 en T2 verschilt niet significant (Tabel 4). De 3P3-groep vertoont wel een trend om sterker te evolueren op de sensitiviteitsschaal.

Tabel 4. Verschilscores tussen T1 en T2 van 3P3- en SU-groep

Verschilscores	Groep	Gemiddeld	Sd	Mann-Whitney U-score	Significantie
Sensitiviteit	3P3	0,87	0,77		
	SU	0,23	0,62	- 1,927	p= 0,054
Structuur	3P3	0,48	0,44		
	SU	0,62	0,71	- 0,305	p= 0,760
Non-Intrusiviteit	3P3	0,59	0,62		
	SU	0,59	0,87	- 0,114	p= 0,909
Non-Hostiliteit	3P3	0,32	0,55		
	SU	0,21	0,50	- 0,996	p= 0,319
Responsiviteit	3P3	0,69	0,91		
	SU	0,54	1,33	- 0,267	p= 0,790
Involvement	3P3	0,23	0,60		
	SU	0,20	1,36	- 0,457	p= 0,647

7.4. Bespreking

Uit dit deelonderzoek blijkt opnieuw dat het spreekuur via 3P3 of SU een gunstig effect heeft op de ouder-kindrelatie. De ouder-kindrelatie gemeten met de EB-schalen evolueert positief tussen T1 en T2 (drie maanden na de eerste interventie) op alle EB-schalen met uitzondering van de scores op de Involvement-schaal. Deze laatste bevinding kan worden verklaard door het feit dat de Involvement-schaal de kindschaal bij uitstek is. Ze meet het vermogen van het kind om de ouder te betrekken bij de eigen activiteiten en of het kind in staat is helder tot uiting te brengen wat het van de ouder verlangt. Kortom, de schaal meet voornamelijk gedrag geïnitieerd door het kind. De interventies (3P3 en SU) zijn echter gericht op de ouders. De effecten ervan moeten dan ook voornamelijk blijken uit veranderingen in ouderlijk gedrag en minder uit gedrag geïnitieerd door het kind. Dat voor de kindschaal Responsiviteit een positieve ontwikkeling kan worden opgetekend, kan worden verklaard door het feit dat de Responsiviteit-schaal voornamelijk reactief kindgedrag meet. Wanneer ouderlijk gedrag georiënteerd op het kind positief evolueert, lijkt het logisch dat ook de reacties van het kind op dit adequatere oudergedrag positiever zijn.

De effecten van beide interventies op de ouder-kindrelatie verschillen nauwelijks. Beide interventies resulteren in ongeveer een even grote ontwikkeling inzake emotionele beschikbaarheid en met name inzake het bieden van structuur, het niet-intrusief zijn en de coverte en overte vijandigheid t.a.v. het kind. Ouders uit de 3P3-groep vertonen wel een tendens om een grotere ontwikkeling door te maken inzake sensitiviteit. Het vinden van een slechts marginaal significant

verschil in evolutie op de sensitiviteitschaal tussen beide condities kan worden verklaard door de kleine groep en het gebrek aan statistische power. Een andere verklaring kan zijn dat T1-scores op de sensitiviteitschaal reeds vrij hoog zijn (slechts één 3P3-ouder behaalde op de sensitiviteitschaal een (sub)klinische score 4) waardoor voor de 3P3-groep nog weinig ruimte voor verbetering bestaat.

Bovenstaande argumenten kunnen bovendien ook als verklaring worden naar voor geschoven voor de afwezigheid van verschillen op de andere schalen. De kleine groep en het gebrek aan statistische power kan er toe hebben geleid dat verschillen op de andere schalen niet significant zijn. Daarnaast kunnen ook plafondeffecten er toe hebben geleid dat er geen verschillen in evolutie worden gevonden. Zo kan de score van de Niet-vijandigheidschaal variëren van 1 tot 5. De gemiddelde scores behaald door de 3P3- en de SU-groep zijn respectievelijk 4,54 en 4,18. Het is duidelijk dat reeds heel wat ouders een maximumscore 5 hebben op T1. Een grotere evolutie door de 3P3-groep kan op deze schaal dan ook moeilijker worden waargenomen.

Tegelijk nuanceren we de resultaten met mogelijke alternatieve verklaringen: de deelnemers aan het observatieonderzoek voelden zich mogelijk meer op hun gemak bij de tweede filmopname. Ze waren immers al bekend met de procedure en de onderzoekster. Dit kan meegespeeld hebben in hogere scores op de EB-schalen op T2.

Opvoedingsondersteuning onder de vorm van 3P3 en het SU resulteren in een grotere emotionele beschikbaarheid. Ouders worden sensitiever, bieden meer structuur, zijn minder intrusief en minder vijandig. Dit resulteert tevens in een toegenomen responsiviteit van het kind. Ouders die 3P3 krijgen toegediend evolueren nauwelijks beter dan ouders die het SU kregen. Er bestaat een trend voor een toegenomen sensitiviteit onder invloed van 3P3.

Hoofdstuk 8

Bespreking

In dit onderzoeksrapport doen we verslag van een onderzoek naar de effectiviteit van Triple P level 3 (3P3) in de zeven Antwerpse grootstadregio's van K&G (later aangevuld met de overige tien Antwerpse regio's uit de provincie). We maken gebruik van een quasi-experimenteel onderzoeksopzet met voor-, na- en follow-upmetingen 3 maanden na het beëindigen van de interventie. 3P3 wordt vergeleken met het Spreekuur Opvoedingsondersteuning (een alternatieve interventie en in Vlaanderen care as usual). De uitkomsten van de interventie worden geoperationaliseerd op meerdere manieren. Er wordt gekeken naar een probleemreductie op niveau van het kind (een vermindering van door de ouders gerapporteerde gedrags- en emotionele problemen en een vermindering van de impact van deze problemen op het functioneren van het kind) en op het niveau van de ouder (een afname van de ervaren draaglast van opvoeding, een toename van de ervaren competentie/draagkracht inzake opvoeding, een toename van het psychisch welbevinden van de ouders en effecten op het concrete opvoedgedrag). Daarnaast wordt ook de tevredenheid met de hulp geregistreerd. Naast de uitkomsten wordt tevens de manier waarop het programma wordt uitgevoerd in kaart gebracht. De uitvoering van een programma heeft immers een invloed op de werkzaamheid ervan (het beginsel van de programma-integriteit) (van Yperen, 2003). Door verschillende auteurs wordt aangeraden om bij effectonderzoek gebruik te maken van meerdere informant(en) (Knorth, 2005; van Loon & van der Meulen, 2004). Naast een grootschalig vragenlijstenonderzoek bij 232 gezinnen wordt een kleinschalig deelonderzoek uitgevoerd bij 20 gezinnen. In dit deelonderzoek worden de uitkomsten van de interventies gemeten met de Emotionele Beschikbaarheidschalen (Biringen, 2000).

Hieronder gaan we achtereenvolgens dieper in op de programma-integriteit, de bereikte doelgroep en de uitkomsten van het effectonderzoek, zowel voor wat betreft het vragenlijstonderzoek als het kleinschalig observatieonderzoek.

Alvorens op deze resultaten in te gaan, geven we nog een aantal belangrijke elementen mee die te maken hebben met de context waarbinnen het onderzoek plaats vond. Het is belangrijk om de resultaten van het onderzoek te bekijken tegen de achtergrond van deze contextelementen:

- De implementatie van 3P3 op het terrein is later op gang gekomen dan oorspronkelijk gepland. Dit betekent dat de 3P3-spreekuurhouders nog weinig ervaren waren op het moment van het onderzoek.
- De startsituatie van de controleregio's en de experimentele regio's was verschillend inzake de ervaring met het houden van het Spreekuur Opvoedingsondersteuning. Bij de start van het onderzoek hadden regioteams uit de controleregio's in vergelijking met deze uit de experimentele regio's reeds meer ervaring met het

Spreekuur Opvoedingsondersteuning. Spreekuurhouders uit de controleregio's hadden ook meer ondersteuning gekregen op dit vlak.

- Er kan verondersteld worden dat spreekuurhouders uit de controleregio's minder ervaring hadden in het registreren van de handelingen (cfr. het in kaart brengen van hoe de interventie wordt uitgevoerd). Voor de regio's die waren opgeleid in het volgen van het 3P3-protocol was dit meer evident. Het formulier handelingenregistratie was immers voor een groot deel geïnspireerd op het 3P3-vocabulaire.

8.1. Programma-integriteit

3P3 bestaat uit een individuele gerichte vaardigheidstraining in vier sessies van ongeveer 30 minuten. Uit de handelingenregistratie blijkt dat in de 3P3-conditie het aantal sessies en de tijd per sessie niet gerespecteerd worden. Slechts 22,1% (n=19) van de 3P3-begeleidingen bestaat uit de voorgeschreven 4 gesprekken (al dan niet telefonisch). Van deze 19 begeleidingen wordt er slechts één binnen het tijdsbestek van 120 minuten afgerond. De gemiddelde totale tijd per begeleiding in de 3P3-conditie bedraagt 178,38 minuten (zonder dat rekening wordt gehouden met het aantal gevoerde gesprekken). 3P3-begeleidingen duren gemiddeld langer dan SU-begeleidingen en dat geldt ook voor de respectieve gesprekken.

Voor wat de inhoud van de sessies betreft zien we dat in de 3P3-conditie reeds veel handelingen in het eerste gesprek worden gesteld waar men (volgens het 3P3-protocol) nog niet aan toe is. Zo worden in 39,5 % van de eerste 3P3-gesprekken al doelstellingen geformuleerd. Tevens wordt in de volgende gesprekken (het tweede, derde, ...) nog veel tijd besteed aan kennismaking. Hierbij gaat het dan niet steeds over het overlopen van de agenda zoals het protocol voorstaat maar ook om het geruststellen van de ouders en het zichzelf voorstellen. Sommige handelingen worden (te) weinig gesteld. Een voorbeeld hiervan zijn huistaken. Zo wordt slechts in minder dan de helft van alle tweede 3P3-gesprekken het inoefenen van nieuwe vaardigheden voorgesteld. In het derde gesprek is dit nog slechts 16,7%. Een ander cruciaal element van het 3P3-protocol is het werken met overeengekomen concrete doelen, een in onderzoek aangetoonde werkzame factor (Hermanns, 2004). We vinden echter over verschillende analyses heen dat in 27% (van 52 3P3-begeleidingen in de geldige groep) tot 32% (van 81 3P3-begeleidingen in de ITT-groep) géén doelstellingen worden geformuleerd.

SU-begeleidingen bestaan gemiddeld uit minder gesprekken waardoor de gemiddelde begeleidingstijd dan ook korter is. Ook inhoudelijk verschillen SU-begeleidingen van 3P3-begeleidingen. In SU-begeleidingen worden gemiddeld minder verschillende gesprekstechnieken gebruikt. De volgorde van gestelde handelingen lijkt in SU-gesprekken niet steeds adequaat. Enerzijds wordt er in het eerste 3P3-gesprek significant meer geluisterd naar de cliënt dan in een eerste SU-gesprek. 3P3-begeleidingen besteden de volgende gesprekken (het tweede, het derde ...) significant meer tijd aan gedragsmonitoring, het oefenen

van nieuwe vaardigheden ... Anderzijds worden in 56,9 % van de eerste SU-gesprekken al doelstellingen geformuleerd terwijl men in dit stadium nog onvoldoende zicht heeft op de frequentie en de intensiteit van de problematiek. Tegelijkertijd ageren SU-sprekeuurhouders in het eerste gesprek meer. Ze geven in het eerste gesprek meer advies, structureren meer de dagdagelijkse routing, veranderen de situatie ... Een andere vaststelling is dat SU-begeleidingen vaker na het eerste gesprek worden beëindigd (15% 3P3-begeleidingen versus 21% SU-begeleidingen).

Kortom, 3P3-sprekeuurhouders bieden kwaliteitsvollere hulp. Ze maken immers meer gebruik van werkzame behandelfactoren zoals een duidelijke fasering, een gemeenschappelijk referentiekader inzake de aan te pakken problematiek (als gevolg van meer luisteren en meer gedragmonitoring) (van Yperen, 2003). We stellen echter ook vast dat er ruimte is voor verbetering inzake het navolgen van het protocol en met name het inperken van de begeleidingstijd, het houden van vier gesprekken en het gebruiken van overeengekomen concrete doelen.

8.2. Instroom

De grootstad Antwerpen heeft een groter aantal kansarme gezinnen, allochtone ouders en laagopgeleide moeders in vergelijking met de rest van Vlaanderen. Een van de vragen die dan ook moet worden beantwoord is of dit is terug te vinden in de kenmerken van de bereikte gezinnen.

Uit het onderzoek blijkt dat kansarme gezinnen minder worden bereikt met het Spreekuur Opvoedingsondersteuning. We stellen immers vast dat meer gesprekken gepland voor kansarme gezinnen niet doorgaan (redenen hiervoor zijn niet bekend). Daarnaast weigeren meer kansarme ouders te participeren aan het onderzoek. We kunnen echter niet stellen dat K&G hiermee de kansarme gezinnen onvoldoende bereikt. Voor Vlaanderen wordt het aantal geboorten in kansarme gezinnen geraamd op 7,3% (K&G, 2007). 19% van de gezinnen voor wie een pedagogisch adviesgesprek wordt gepland en 10,4% van de gezinnen die participeren aan het onderzoek zijn kansarm. In vergelijking met Vlaanderen worden gezinnen in kansarmoede voldoende bereikt. In de provincie Antwerpen⁷⁶ leven 10,8% van de kinderen in kansarme gezinnen. Van de gezinnen geïncludeerd in de 3P3-conditie (voornamelijk woonachtig in de grootstad Antwerpen) voldoen er 10,8% aan de kansarmoedecriteria. Van de gezinnen geïncludeerd in de SU-conditie (woonachtig in de overige regio's van Vlaanderen) voldoen er 10,2% aan de kansarmoedecriteria. Kortom, voor Antwerpen wordt een voldoende aantal gezinnen in kansarmoede bereikt. Voor de rest van Vlaanderen worden zelfs proportioneel meer gezinnen in kansarmoede bereikt.

Daarnaast valt op dat het Spreekuur Opvoedingsondersteuning heel wat laagopgeleide ouders (moeders) bereikt. Van alle ouders voor wie een pedagogisch adviesgesprek doorging waren er 21% (24% met exclusie van de onbekenden) laag opgeleid (maximaal een diploma 1^e of 2^e graad van het ASO,

⁷⁶ We kunnen vergelijken met provincie Antwerpen omdat de experimentele regio (grootstad Antwerpen) tijdens het onderzoek werd uitgebreid met de overige regio's uit de provincie Antwerpen.

TSO; lager secundair onderwijs; leercontracten of deeltijds leren en werken). Veertien procent (15% met exclusie van de onbekenden) van de ouders die participeren aan het onderzoek zijn laag opgeleid. Voor Vlaanderen bedraagt het percentage laag opgeleide vrouwen 31% (MVG OND, Algemene Directie Statistiek, 2007).

Bekijken we het aantal moeders met als maximaal hoogst behaalde diploma een diploma van het hoger secundair onderwijs dan maakt deze groep 64% (71% exclusief onbekenden) uit van het totaal aantal moeders voor wie een pedagogisch adviesgesprek doorging. 62% (68% exclusief onbekenden) van de moeders die participeren aan het onderzoek hebben een diploma van maximaal het hoger secundair onderwijs. Deze laatste percentages benaderen zeer sterk het percentage voor Vlaanderen (68,4%) (MVG OND, Algemene Directie Statistiek, 2007). Kortom, de scholingsgraad van ouders bereikt door het Spreekuur Opvoedingsondersteuning en de scholingsgraad van ouders in het onderzoek benaderen zeer sterk het Vlaamse gemiddelde. (De grootste discrepantie (15%) wordt vastgesteld inzake de participatie aan het onderzoek door laag opgeleide moeders (niet van het doorgaan van het pedagogisch spreekuur)).

We vinden dat niet-Belgische moeders minder vaak bereid zijn aan het onderzoek mee te werken. In de uiteindelijke onderzoeksgroep zijn 76,7% van de moeders in de 3P3-groep en 82,1% van de moeders in de SU-groep van Belgische origine. Dit komt overeen met het Vlaamse gemiddelde van 80% Belgische moeders (K&G, 2007). Ondanks het feit dat de 3P3-groep wordt gerekruteerd in de grootstad Antwerpen verschilt deze niet van de SU-groep inzake nationaliteit van de moeder.

De in het onderzoek betrokken moeders spreken iets vaker Nederlands met hun kind dan dat we op basis van het Vlaamse gemiddelde mogen verwachten. Voor Vlaanderen was dit gemiddeld 80,4% in 2007 (K&G, 2007). In de steekproef bedraagt het gemiddelde 83,9 %. We vinden voor de taal die moeder en kind spreken geen verschil tussen de 3P3- en de SU-groep.

Er kan dus worden besloten dat het Spreekuur Opvoedingsondersteuning en 3P3 in het bijzonder voldoende kansarme, laag opgeleide en niet-Belgische moeders bereikten.

Naast demografische variabelen is het belangrijk te kijken naar een aantal gezins- en probleemkenmerken. Het Spreekuur is bedoeld voor ouders met opvoedingsvragen en opvoedingsspanning (Folder Professionelen; K&G, 2006). Bij opvoedingsvragen betreft het gewone opvoedingssituaties (Kousemaker & Timmers-Huigens, 1985). Het opvoedend handelen is bevredigend effectief en redelijk consistent. Eenzijdigheid of lacunes in het handelen (bijvoorbeeld overbescherming) kunnen aanwezig zijn maar worden door de ouders niet als storend ervaren. De beleving van de ouders is gekenmerkt door tevredenheid en rust. Er is een gevoel van competentie en spanningen zijn bevredigend op te lossen. Het sociaal netwerk biedt voldoende ondersteuning, ouders overleggen met partner, familie, vrienden en burens, en vinden antwoorden op hun vragen. In geval van opvoedingsspanning worden de opvoedingsvragen dringend en zijn ze

niet meer soepel op te lossen (Kousemaker & Timmers-Huigens, 1985). De draaglast van de ouders is groter geworden en/of de draagkracht is verminderd. Het opvoedend handelen is minder effectief. Het opvoeden gaat niet zo soepel meer, kost meer energie, tijd en moeite. Het spontane, trefzekere omgaan met een kind lukt niet. De ouders merken eigen fouten en tekortkomingen. In de beleving van de ouders is er sprake van een toenemende onzekerheid en irritatie. Er blijven restvragen over en de competentiegevoelens laten soms te wensen over. Het sociaal netwerk is ontoereikend en ouders krijgen tegenstrijdige antwoorden. Ouders hebben dan ook behoefte aan ondersteuning en hulp. Specifieke professionele hulpverleners (een huisarts, de wijkverpleegster, de leerkracht ...) - in principe gemakkelijk toegankelijk en deel uitmakend van het sociale netwerk - kunnen desgevraagd of uit eigen initiatief een rol spelen. Het sociale netwerk helpt de opvoedingsspanning in goede banen te leiden (Kousemaker & Timmers-Huigens, 1985). De vraag die hier kan worden gesteld is of de gezins- en probleemkenmerken overeenkomen met het hierboven geschetste beeld. Daarnaast mag niet worden vergeten dat 3P3 en het SU een aantal indicaties en contra-indicaties formuleren. Voorbeelden van indicaties zijn: de vraag waar de ouders mee komen is een overzichtelijk opvoedingsprobleem (SU) en/of vrij specifiek (3P3), het probleem bestaat nog niet zo lang (ongeveer 6 maanden) (3P3 en SU), het ontbreekt de ouders aan eenvoudig te verwerven kennis en vaardigheden waarmee ze de opvoedingssituatie kunnen verbeteren (3P3 en SU) en ze staan open voor advies en informatie en zijn bereid en in staat om zelf mee te werken aan de oplossing van het probleem (3P3 en SU). Voorbeelden van contra-indicaties zijn: het probleem heeft een medische oorzaak (SU), het probleem heeft een kinderpsychiatrisch karakter of wijkt in ernstige mate af van de normale ontwikkeling (3P3 en SU), de opvoedings- en gezinssituatie is te gecompliceerd voor kortdurende pedagogische ondersteuning en de ouders ervaren veel persoonlijke problemen (3P3 spreekt expliciet over psychopathologie en een instabiele gezinssituatie), waardoor er minder energie overblijft om stil te staan bij de opvoedingssituatie (3P3 en SU) (K&G, 2006; Turner et al, 1999).

De aanmelding betreft vrij specifiek en herkenbaar probleemgedrag. Voor zowel het SU als 3P3 zijn de belangrijkste redenen van aanmelding slaapproblemen (40%) en gedragsproblemen (40%). In geval van gedragsproblemen betreft het druk gedrag, ongehoorzaamheid, driftbuien enzovoort waar de moeder zich geen raad mee weet. In vergelijking met een normgroep situeert de gemiddelde ernst van de gedrags- en emotionele problemen zich tussen pc 75 en pc 80. Deze gedrags- en emotionele problemen hebben een meer dan gemiddelde invloed op het functioneren van het kind (SU-groep: pc 68 en 3P3-groep: pc 78). Gedrags- en emotionele problemen zijn dus zwaarder dan gemiddeld maar kunnen nog niet klinisch worden genoemd (groter dan pc 90). De draaglast ervaren bij de opvoeding is relatief hoog. Ze is vergelijkbaar met deze van een klinische groep. In vergelijking met een niet-klinische groep ouders situeert de draaglast zich tussen pc 75 (score op schaal Belasting in SU-groep) en pc 92 (score op schaal Aankunnen in 3P3-groep). De draaglast is dus duidelijk verhoogd maar de meeste scores blijven onder de klinische grens van pc 90. Het opvoedgedrag is minder effectief. Ouders rapporteren minder dan gemiddeld positief ouderlijk gedrag (pc

42 in 3P3) en een minder dan gemiddelde gerichtheid op regels (pc 27 in 3P3). Daarnaast gebruiken ze in vergelijking met een normgroep veel meer de opvoedingsstrategie 'negeren', een onderdeel van de dimensie 'negatieve controle' (pc 90 voor 3P3- en pc 83 in SU-groep). Kortom inzake indicaties lijkt de bereikte groep overeen te komen met de doelgroep. Daarnaast worden weinig contra-indicaties aangetroffen. Slechts 4,2% van de kinderen (2,2% in 3P3- en 5,8% in SU-groep) hebben ernstigere problemen zoals een ontwikkelingsachterstand, ontwikkelingsstoornissen of fysieke beperkingen. Slechts 7,8% (9,7% in 3P3- en 6,5% in SU-groep) van de ouders wordt behandeld voor psychische klachten. Daarnaast hebben de meeste moeders een stabiele relatie. 95,6% van de moeders heeft een relatie die reeds langer dan een jaar duurt en slechts in 3% van de gezinnen worden er relatieproblemen gemeld.

Algemeen kan dan ook worden gesteld dat de bereikte ouders in grote mate overeenkomen met de doelgroep. Het SU en 3P3 bereiken die problemen en die ouders waarvoor ze bedoeld zijn.

We stellen tevens vast dat de gezinnen uit de 3P3-conditie op meerdere maten problematischere scores hebben in vergelijking met de gezinnen uit de SU-conditie (in de ITT-analyse rapporteren ouders uit de 3P3-groep méér gedrags- en emotionele problemen, rapporteren ze een grotere invloed van deze problemen op het functioneren van het kind en ervaren ze méér draaglast bij het opvoeden). Dit kan een gevolg zijn van een verdere verfijning van de indicaties in de 3P3-regio's gedurende het onderzoek (zie Hoofdstuk 2 paragraaf 2.1.3.). In de experimentele regio's werden gedurende het onderzoek minder ernstige problemen steeds meer georiënteerd naar Triple P level 2 en ernstigere problemen naar 3P3. Deze beweging vond niet plaats in de SU-conditie met misschien als gevolg een gemiddeld minder zware problematiek.

8.3. Effecten

De effecten van de interventies worden met meerdere onderzoeksmethoden en op verschillende groepen onderzocht. In een kleinschalig deelonderzoek (n=20) wordt gebruikgemaakt van observaties die worden gecodeerd met de Emotionele Beschikbaarheidsschalen (Biringen, 2000). We vinden er dat het Spreekuur Opvoedingsondersteuning voor beide condities resulteert in een verbetering op alle ouderschalen (Sensitiviteit, Structuur, Non-intrusiviteit en Non-hostiliteit) en op de kindschaal Responsiviteit voor beide condities. 3P3 resulteert echter niet in een groter effect op deze schalen met uitzondering van een marginaal significant effect op de Sensitiviteitsschaal. 3P3-ouders vertonen een trend⁷⁷ om sterker te evolueren inzake sensitiviteit. Deze vooruitgang is misschien niet significant door een gebrek aan statistische power of een plafondeffect. De sensitiviteitsscores zijn op T1 reeds hoog waardoor misschien nog moeilijk vooruitgang kan worden geboekt.

Met het vragenlijstenonderzoek vinden we bij de 'geldige' groep (n=121) dat opvoedingsondersteuning (3P3 en SU) op korte termijn (onmiddellijk na de

⁷⁷ Met een trend bedoelen we marginaal statistisch significant.

interventie) resulteert in een probleemreductie voor alle uitkomstmaten (SDQ-totaalscore, SDQ-impactscore, psychisch welbevinden moeder, draaglast en draagkracht ervaren bij opvoeding en ondersteunend opvoedgedrag) met uitzondering van de schaal Negatieve Controle (voor een overzicht Tabel 1). Het Spreekuur Opvoedingsondersteuning heeft over beide condities heen geen effect op het gebruik van negatieve controle. De scores van de Negatieve controleschaal zijn de somscores van de schalen Hard Straffen en Negeren. Over beide condities heen wordt op de afzonderlijke schalen evenmin een effect gerealiseerd. De effecten van 3P3 zijn in vergelijking met het SU groter op de SDQ-impactscore. Er bestaat tevens een trend voor een grotere toename van het gebruik van ondersteunend opvoedgedrag door ouders uit de 3P3-groep na de interventie in vergelijking met de SU-groep. Dit resultaat is voornamelijk een gevolg van een toegenomen gerichtheid op het aanleren van regels door ouders uit de 3P3-groep. Uit de Intention to treat-analyse van het vragenlijstenonderzoek blijkt dat opvoedingsondersteuning op korte termijn voor beide condities resulteert in een daling van de SDQ-totaalscore, de SDQ-impactscore en de ervaren draaglast van opvoeding. Het resulteert in beide groepen tevens in een toename van het welbevinden van de ouder, de ervaren draagkracht inzake opvoeding en ondersteunend opvoedgedrag. De daling van de SDQ-impactscore is echter groter in de 3P3-groep vergeleken met de SU-groep. De stijging inzake steunend opvoedgedrag is eveneens groter in de 3P3-groep in vergelijking met de SU-groep. Opnieuw is dit effect voor een stuk te wijten aan een toegenomen gerichtheid op het aanleren van regels door de ouders uit de 3P3-conditie. De hogere SDQ-impactscore en de lagere Steunscore in de 3P3-groep worden telkens teruggebracht tot ongeveer het niveau van de SU-groep. Het is tevens belangrijk op te merken dat de 3P3-groep een trend vertoont om significant meer negatieve controle te gebruiken na de interventie (in vergelijking met de SU-groep). Op de Negatieve Controle-subschalen (Hard Straffen en Negeren) wordt geen effect geobserveerd. De resultaten verkregen van de geldige groep en die met de ITT-analyse komen in grote mate overeen. Ze zijn dus niet een gevolg van een drop-out van gezinnen die de interventie niet hebben volhouden, die niet deelnamen aan het tweede meetmoment ...

Het Spreekuur Opvoedingsondersteuning resulteert bij een kleine groep (13 3P3- en 33 SU-ouders) op langere termijn (3 maanden na de interventie) in een verbetering op alle uitkomstmaten met uitzondering van de SDQ-impactscore en de score op de schaal Hard Straffen. De grootte van de evolutie op de verschillende maten verschilt echter niet tussen de 3P3- en SU-groep met uitzondering van de scores op de Regels-schaal. Ook op langere termijn rapporteren 3P3-ouders een toegenomen gerichtheid op het aanleren van regels. Er bestaat tevens een trend voor 3P3-ouders om op langere termijn meer ondersteunend op te voeden (voornamelijk als gevolg van een toegenomen gerichtheid op het aanleren van regels) en om meer negatieve controle aan te wenden.

Opvoedingsondersteuning toegediend met het SU of 3P3 is dus effectief op korte en op langere termijn. Het resulteert in een afname van de gedrags- en emotionele problemen en een toename van het welbevinden en de competentiegevoelens inzake opvoeding. Het resulteert ook in meer

ondersteunend opvoedgedrag en met name in een grotere gerichtheid op het aanleren van regels. 3P3 is echter slechts beperkt effectiever dan het SU. Dit blijkt uit het feit dat de grotere effectiviteit maar kan worden geregistreerd op een beperkt aantal uitkomstmaten. De beperktere effectiviteit blijkt ook uit het feit dat wanneer de onderzoeksgroep kleiner wordt en de analyses minder statistische power hebben, de verschillen wegvallen.

Deze beperkte effectiviteit kan echter worden verwacht. Ten eerste wordt internationaal een effectgrootte van 0,21 gevonden voor de Triple P levels 2 en 3 (Nowak & Heinrichs, 2008). Effectgroottes tot 0,20 worden verwaarloosbaar genoemd (De Meyer & Veerman, 2006). Een verklaring voor deze verwaarloosbare tot kleine effectgroottes wordt door Nowak & Heinrichs (2008) gezocht in de beperkte ernst van het probleemgedrag. Naarmate de gedragsproblemen ernstiger zijn is er meer ruimte voor verbetering. Dit blijkt dan ook uit grotere effectgroottes van hogere Triple P interventieniveaus (Nowak & Heinrichs, 2008). In onze onderzoeksgroep is het probleemgedrag - zoals geïndiceerd - beperkt en niet klinisch. Dit feit alleen al maakt dat slechts kleine effecten kunnen worden verwacht. Daarnaast werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksopzet. (Niet echt verwacht) vinden Nowak en Heinrichs (2008) een kleinere effectgrootte op probleemgedrag bij quasi-experimentele onderzoeksopzetten vergeleken met RCT's. Bovendien wordt 3P3 vergeleken met het Spreekuur Opvoedingsondersteuning. De meerwaarde van een interventie aantonen in vergelijking met een andere interventie is moeilijker dan het effect van een interventie aantonen in vergelijking met een wachtlijstconditie. Wanneer een interventie wordt vergeleken met een wachtlijstconditie kan het bereikte resultaat het gevolg zijn van een placebo-effect. Van aandacht en belangstelling tonen voor mensen en hun opvoedingsproblemen is immers geweten dat het heel ondersteunend kan zijn (Hellinckx, Grietens, & Geeraert, 2002).

Ten slotte kan gewezen worden op de gelijkenissen tussen 3P3 en het SU. Het 3P3-protocol was o.a. een inspiratiebron voor het SU. De realisatie in de praktijk van beide interventies geeft aanleiding tot belangrijke verschillen maar er zijn ook heel wat overeenkomsten. Vraag is dan ook of de verschillen belangrijk genoeg zijn om te resulteren in een verschil in effectiviteit. Daarnaast weten we niet in welke mate de beperktere effectiviteit het gevolg is van een onvoldoende trouw aan het protocol en in welke mate een grotere programma-integriteit zou hebben geleid tot een grotere effectiviteit. Het 3P3-protocol bevat immers heel wat algemene werkzame behandelactoren zoals een goede structurering en fasering van de interventie, het werken vanuit een consensus met de cliënt, de gerichtheid op het herstel van zelfregulatie en het gebruik van overeengekomen concrete doelen, ... (voor een overzicht zie Vanderfaeillie & De Mayer, 2008). We stellen echter vast dat slechts 22% van de gezinnen de afgesproken 4 gesprekken krijgt, dat er voor 27% tot 37% van de gezinnen geen doelstellingen worden geformuleerd. Er zou kunnen worden verondersteld dat de aanwezigheid van deze werkzame elementen resulteert in een grotere effectiviteit.

In de 3P3-groep realiseren de gezinnen hun doelstellingen meer. Dit kan enerzijds het gevolg zijn van een effectievere methodiek. Anderzijds kan dit

worden verklaard door het formuleren van realistischere doelen in de 3P3-conditie. Spreekuurhouders in de 3P3-conditie worden hier immers expliciet in getraind. Er kan echter worden opgemerkt dat zelfs indien de grotere doelrealisatie het gevolg is van een realistischere doelformulering, die laatste (waarschijnlijk) leidt tot een groter competentiegevoel bij de ouders en een realistischer beeld op het functioneren van kinderen. Een groter competentiegevoel en een realistischer beeld op het functioneren van kinderen zijn echter doelstellingen van het Spreekuur Opvoedingsondersteuning. Immers, kinderen functioneren nooit probleemloos of perfect. Er is een normale variatie aan gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en minder efficiënt opvoedingsgedrag bij ouders. Ouders die perfectie nastreven zullen vaak door hun kind worden teleurgesteld en met hun kind in conflict treden (Turner et al., 1999). Ouders met realistischere verwachtingen en realistischere doelstellingen trappen hopelijk niet meer in deze val. Op deze manier draagt ook een realistischere doelformulering bij tot een effectievere methodiek.

De cliënttevredenheid is voor beide condities even groot. Beide condities verschillen niet inzake scores op de subschalen Contact en bejegening, Professionaliteit, Informatie en voortgang en Doel en resultaat. Een meer kwaliteitsvolle hulp en grotere effecten resulteren niet in een grotere cliënttevredenheid. Daarnaast moet worden opgemerkt dat het (in principe) vragen van grotere inspanningen aan de ouders in de 3P3-conditie (door het maken van de huistaken, het meer gesprekken voeren, ...) niet leidt tot een kleinere cliënttevredenheid.

Tabel 1: Overzicht effecten van verschillende analyses en momenten

Outcome-maat	"Geldige groep"	ITT	T3
SDQ-totaalscore	B	B	B
SDQ-impactscore	3P3	3P3	-
GHQ	B	B	B
Opvoedingsbelasting	B	B	B
Opvoedingsdraagkracht	B	B	B
Steunend opvoedgedrag	3P3 (p=0,06)	3P3	3P3 (p=0,09)
POG	B	B	B
Regels	3P3	3P3	3P3
Negatieve Controle	-	3P3 (p=0,07)	3P3 (p=0,07)
Hard Straffen	-	-	-
Negeren	-	-	B
Doelrealisatie	B*	3P3*	
C-toets	B*	B*	-
Rapportcijfer	B*	B*	-

ITT = Intention to treat-analyse; POG = Positief Ouderlijk Gedrag; B = beide condities evolueren even sterk; B = geen verschil tussen beide condities; 3P3 =*

3P3 evolueert sterker; 3P3 = 3P3 realiseert een grotere doelrealisatie; - = geen evolutie (t.o.v. T1).*

8.4. Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. Een eerste beperking betreft het quasi-experimenteel onderzoeksopzet. Als gevolg van dit opzet zijn gezinnen niet willekeurig toegewezen aan de twee condities. Dit heeft aanleiding gegeven tot verschillen in uitgangspositie. De gezinnen uit de 3P3-conditie hebben voor meerdere maten problematischere scores (in de ITT-analyse rapporteren ouders uit de 3P3-groep méér gedrags- en emotionele problemen en schatten ze de invloed ervan op het functioneren van het kind ernstiger in. Ze ervaren ook méér draaglast bij het opvoeden). Conform de mechanismen hierboven beschreven geeft deze negatievere uitgangspositie misschien meer ruimte voor verbetering en dus een grotere effectiviteit. Daarnaast moet worden opgemerkt dat deze gezinnen minder hoge verwachtingen hebben ten aanzien van de ondersteuning. De vooruitgang is dus niet het gevolg van grotere verwachtingen of grotere motivatie. Het zou tevens kunnen dat beide (tegengestelde) uitgangsposities elkaar hebben opgeheven en de resultaten een correct beeld schetsen. Bovendien toont onderzoek dat quasi-experimentele onderzoeksopzetten niet noodzakelijk aanleiding geven tot een overschatting van de effecten of minder betrouwbare resultaten (Nowak & Heinrichs, 2008). Gezinnen worden in het onderzoek geïncludeerd omdat door de regioverpleegkundige een pedagogisch adviesgesprek werd gepland. We weten niet of de groep gezinnen waarvoor een adviesgesprek werd gepland voldoende overeenkomt met de groep gezinnen waarvoor (theoretisch) een opvoedingsgesprek zou moeten worden gepland. Anderzijds stellen we vast dat een voldoende groot aantal gezinnen in kansarmoede, laag opgeleide moeders en niet-Belgische moeders wordt bereikt. De kwaliteit van de data is niet steeds even goed (ouders vulden niet steeds alle items van de verschillende vragenlijsten in, ...). Dit wordt voor een stuk opgevangen door te werken met een 'geldige groep' en deze uitkomsten te vergelijken met de resultaten verkregen met een ITT-analyse. Dit resulteert niet in fundamenteel andere resultaten. We kunnen dan ook aannemen dat ontbrekende gegevens weinig invloed hebben gehad op de uiteindelijke resultaten en conclusies.

Ten slotte moet nog even worden teruggekomen op de context van het onderzoek. Deze was immers niet steeds ideaal. We vermeldden reeds dat de implementatie van 3P3 op het terrein later op gang kwam dan oorspronkelijk gepland waardoor 3P3-spreekuurhouders nog weinig ervaren waren op het moment van het onderzoek, dat de startsituatie van de controleregio's en de experimentele regio's verschillend was inzake de ervaring met het houden van het Spreekuur Opvoedingsondersteuning (regioteams uit de controleregio's waren meer ervaren dan regioteams uit de experimentele regio's) en dat 3P3-spreekuurhouders misschien gemakkelijker het formulier handelingenregistratie konden invullen daar het beroep deed op 3P3-vocabulaire.

8.5. Conclusies

Triple P level 3 en het Spreekuur resulteren beide in een positief resultaat. Ouders en kinderen profiteren van opvoedingsondersteuning door een vermindering van het door de ouders waargenomen probleemgedrag bij het kind, een verbeterd welbevinden van de ouders, een afname van de draaglast van het opvoeden en een verhoging van de draagdracht van ouders in het omgaan van specifiek gedrag en situaties en een toename van ondersteunend opvoedgedrag. 3P3 is slechts beperkt effectiever dan het SU. In beide groepen zijn de ouders even tevreden over de geboden hulpverlening. Het formuleren van doelen en het evalueren ervan gebeurt vaker in de 3P3-groep. De 3P3-groep realiseert deze doelstellingen ook in hogere mate.

Het 3P3-protocol wordt onvoldoende trouw gevolgd. In het aantal en duur van de sessies, maar ook inzake inhoud zien we belangrijke afwijkingen van het 3P3-protocol. De bekomen resultaten kunnen dan ook op twee manieren worden geïnterpreteerd: de werkzaamheid van 3P3 is in vergelijking met het SU niet aangetoond (en zelfs niet onderzocht) omdat het protocol onvoldoende trouw is gevolgd. Anderzijds kan worden gewezen op de positieve effecten van opvoedingsondersteuning voor de ouders en hun kinderen gerealiseerd met zowel 3P3 als het SU. Misschien is niet het protocol het meest werkzame maar wel de mate waarin regioverpleegkundigen erin slagen aandacht te hebben voor de ouders en erin slagen een waarachtige dialoog met hen aan te gaan wat hen finaal weer op weg helpt. Het is immers reeds langer geweten dat een protocol slechts een hulpmiddel is om ervoor te zorgen dat (algemeen) werkzame factoren zoals een goede relatie tussen hulpverlener en cliënt, het gebruik van motiverende technieken, het gebruik van overeengekomen en concrete doelstellingen, een consensus over het probleem en hoe hieraan kan worden gewerkt, een transparant en gefaseerd hulpaanbod zodat duidelijk is wat van de cliënt wordt verwacht (in termen van aantal sessies, doelstellingen van iedere sessie, ...) en wat hij mag verwachten van de hulp, hulp die is gericht op een herstel van de zelfregulatie, ... maximaal aanwezig zijn en/of worden aangewend gedurende het therapeutisch proces. Doelstellingen blijven immers dat de ouder door de relatie met de hulpverlener en de hulp ontvangen in deze relatie zich ondersteund weet, weer grip krijgt op het eigen leven en vervolgens op eigen kracht weer verder kan.

Wellicht kan het 3P3-protocol in vergelijking met het SU dat o.a. gekenmerkt wordt door een grotere handelingsvrijheid, een minder dwingende fasering ... onder bepaalde voorwaarden zoals een voldoende grote programma-integriteit, gebruik bij juiste indicatie en aanwending voor de problemen waarvoor het is bedoeld, specifieke randvoorwaarden ... meer de realisatie van werkzame factoren bewerkstelligen.

Referenties

Asscher, J.J., Hermanns, J.M.A., Dekovic, M, Reitz, E. (2007). Moderatoren van de effectiviteit van Home-Start: De invloed van gezins- en programmakenmerken op de effectiviteit van Home-Start. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 46, 99-112.

Biringen, Z. (2000). Emotional Availability: Conceptualization and research findings. American Journal of Orthopsychiatry, 70, 104-114.

Biringen, Z., Robinson, J. L., Emde, R. N. (1998). Emotional Availability Scales, 3rd edition. Attachment and Human Development, 2, 257-270.

Blokland, G. (1996., Over opvoeden gesproken: methodiekboek pedagogisch adviseren. NIZW: Utrecht.

Boom, D.C. van den. (1995). Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. Child Development, 66, 1798-1816

Clarke, A. (1999). Evaluation research: an introduction to principles, methods and practice. London: Sage Publications.

Campbell, S.B. (1990). Behavior Problems in Preschool children, clinical and developmental issues. The Guilford press: New York.

Chambers, D. E., Wedel, K. R., & Rodwell, M. K. (1992). Evaluating social programs. Boston: Allyn and Bacon.

Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66. 7-18.

Dekovic, M., Janssens, J., & Van As, N. (2003). Family predictors of antisocial behavior in adolescence. Family Process, 42, 223-235.

Dekovic, M & Buist, K.L. (2004). Psychosociale Ontwikkeling: de rol van het gezin. In: Wit, J., Slot, W. & van Aken, M. (Red.). Psychologie van de adolescentie (pp. 75-93). Baarn: HB Uitgevers.

Dumont, F., & Frere, S. (2008). Het implementeren van en werken met Triple P. Een onderzoek naar de ervaringen van regioverpleegkundigen van Kind & Gezin. Onuitgegeven masterthesis KULeuven: Leuven

De Meyer, R. E. & Veerman, J. W. (2006). Resultaten Hulp aan huis Drenthe. Tabellenboek 2005. Nijmegen: Praktikon.

Emde, R.N. (1980). Emotional Availability: a reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In P.M. Taylor, Parent-Infant relationships (pp. 87-115). Orlando, FL : Grune & Stratton.

Erickson, M.F., Sroufe, A. & Egeland, B (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 147-166.

Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C., en de Groot, C.J. (2000). Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland. Assen: Van Gorcum.

Franssen, J. & Jurrius, K. (2005). De C-toets getoetst: ervaringen, ontwikkelingen en plannen rondom de c-toets. Nederlands tijdschrift voor jeugdzorg, 6.

Ghesquière, P. (1993). Multi-Problem gezinnen. Garant: Leuven.

Goodman, R. (1997). The strenghts and Difficulties Questionnaire: a research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 581-586

Groenendaal, H. & Dekovic, M.(2000). Risicofactoren voor kwaliteit van de opvoeding, Pedagogiek, 20, 3-22.

Hellinckx, W., Grietens, H. & Geeraert, L. (2002), Hulp bij opvoedingsvragen. Opvoedingsondersteuning tussen 0 en 3 jaar. Leuven: Acco.

Hermanns, J. (2004). Van behandelingsplan naar opvoedingsarrangement. G. M. van der Aalsvoort (red.), Een kind, een plan. Naar een betere afstemming van

jeugdzorg en onderwijs voor jonge risicokinderen. (pp. 13-24). Leuven/Voorburg: Acco.

Hoghugi, M. (1998). the importance of parenting in child health. British Medical Journal, 316, 1545.

Hollis, S & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomized controlled trials. British Medical Journal, 319, 670-674.

K&G (2002). Syllabus Trefdag Opvoedingsondersteuning: Van Doelstelling tot Traject. Brussel: Kind en Gezin.

K&G (2006). Handleiding Spreekuurhouder. Brussel: Kind en Gezin.

K&G (2007). Het Kind in Vlaanderen. Brussel: Kind en Gezin.

Knorth, E. J. (2005). Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedagogische zorg voor jongeren met probleemgedrag. Kind en Adolescent, 26, 334-351.

Kousemaker, N. P. J., & Timmers-Huigens, D. (1985). Pedagogische hulpverlening in de eerste lijn. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 24, 549-565.

Leseman, P., Fahrenfort, M., Hermanns, J., and Klaver, A. (1998). De experimenten opvoedingsondersteuning: leermomenten en toekomstperspectief. Rijswijk: Ministerie van VWS.

Moran, P., Ghatge, D., van der Merwe, A. (2004). What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence. Policy Research Bureau, department for Education and Skills: Queen's Printer and Controller.

Muris, P., Meesters, C. en van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry, 12, 1-8.

MVG OND, Algemene Directie Statistiek (2007). Scholingsgraad van de bevolking van het Vlaamse Gewest (25-64 jaar) naar geslacht in %. Beschikbaar op:

http://aps.vlaanderen.be/statistiek/cijfers/stat_cijfers_onderwijs.htm
geraadpleegd op 28 februari 2009.

Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. Clinical Child and Family Psychology Review, 11, 114-144.

Patterson, G.R. (1982). A Social learning approach, Vol. 3: Coercive family process. Eugene, OR: Castilia Publishing Company.

Prinsen, B. (2006). Dat Gaat Werken. Van veelbelovende praktijken op weg naar effectieve opvoedingsondersteuning in de jeugdgezondheidszorg. NIZW Jeugd, Utrecht. Zie ook: www.jeugdinterventies.nl

Ramos, C., Stams, G. J., Stoel, R., Faas, M., van Yperen, T. A., & Dekovic, M. (2006). Het meten van cliënttevredenheid in de jeugdzorg. Kind en Adolescent, 27, 157-168.

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). Evaluation: a systematic approach. Thousand Oaks: Sage Publications.

Rutter, M. (1991). Nature, nurture and psychopathology: a new look at an old topic. Development and Psychopathology, 3, 125-136.

Sanders, M.R. en Woolley, M.L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. Child: Care, Health & Development, 31, 65-73.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, Scientific and Clinical Foundations of the Triple P Positive Parenting Program: A Population Approach to the Promotion of Parenting Competence. Parenting Research and Practice Monograph, 1, 1-24.

Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L.A. & Bor, W. (2000), The Triple p-Positive Parenting program: A Comparison of Enhanced, Standard and self-directed Behavioral family Intervention for Parents of Children with Early Onset Conduct Problems, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 624-640.

Tavecchio, L.W.C., van Ijzendoorn, M.H., Verhoeven, M.J.E., Reiling, E.J. & Stams, G.J.J.M. (1996). Kinderopvang in Nederland: Een empirisch onderzoek naar de afstemming tussen ouders en professionele opvoeders in relatie tot de kwaliteit van kinderopvang; Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.

Turner, K.M.T., Sanders, M.R. & Markie-Dadds, C. (1999). Handboek voor de verstrekkers van eerstelijns Triple P. Triple P International Pty Ltd: Milton, QLD.

Turner, K. & Sanders, M.R. (2006). Help when it's needed first: A controlled Evaluation of Brief, Preventive Behavioral Family Intervention in Primary Care Setting. Behavior Therapy, 37, 131-142.

Van Bakel, H.J.A. (2008). Observaties van Ouder-Kind interacties. Amsterdam: Workshop RINO Noord-Holland.

Van Bergen, A., de Geus, G.& van Ameijden, E. (2005). Behoefte aan opvoedingsondersteuning bij Utrechtse ouders en verzorgers. Utrecht: GG&GD.

Van den Boom, D.C. (1995). Do first-year intervention effects endure? Follow-up during toddlerhood of a sample of Dutch irritable infants. Child Development, 66, 1798-1816.

Vandenmeulebroecke, L. & De Munter, A. (2004). Opvoedingsondersteuning: visie en kwaliteit. Leuven: Universitaire Pers.

Vanderfaeillie, J., & De Maeyer, S. (2008). De Focusmodules in beeld: onderzoek naar de doelgroep, hulpverleningsproces en uitkomsten. Brussel: VUB.

Van der Pas, A. (1993). Methodische ouderbegeleiding – de Adviesfase. Rotterdam: Ad.Donker

Van Leeuwen, K. (2002). Beknopte handleiding voor het gebruik van de Schaal Ouderlijk Gedrag. Gent: Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheds- en Sociale Psychologie.

Van Leeuwen, K. en Vermulst, A.A. (2004). Some Psychometric Properties of the Ghent Parental Behavior Scale. European Journal of Psychological Assessment, 20, 283 -298.

Van Loon, D. & van der Meulen, B. (2004). Effectonderzoek naar vroegtijdige orthopedagogische interventies: Methodologische moeilijkheden en mogelijkheden. Amsterdam: Boom.

Van Yperen, T. (2003). Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden. Utrecht: NIZW Jeugd.

Van Widenfelt, B.M., Goedhart, A.W., Treffers, Ph.D.A. en Goodman, R.(2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). European Child & Adolescent Psychiatry, 12, 281-289.

Vliegen, N. (2005). De 'observatieschalen voor emotionele beschikbaarheid': een instrument voor klinische en onderzoekspraktijk. Tijdschrift voor Psychotherapie, 31, 6-28.

Wels, P.M.A. & Robbroeckx, L.M.H. (1996). NVOS, Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie. Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Overzicht bijlagen

Bijlage 1: Protocol onderzoek

Bijlage 2: Gezinsachtergrondvragenlijst

Bijlage 3: Oudervragenlijst op T1

Bijlage 4: Formulier handelingregistratie

BIJLAGE 1 PROTOCOL ONDERZOEK

Geacht regioteamlid van K&G,

Onlangs werd in de stad Antwerpen het Triple P programma ingevoerd, met een spreekuur opvoedingsondersteuning volgens de methodiek van Triple P. De regioverpleegkundigen van de stad Antwerpen werden opgeleid om te werken volgens deze methode.

In opdracht van Kind en Gezin voert de Vrije Universiteit Brussel een onderzoek uit naar opvoedingsondersteuning tijdens de gesprekken volgens de methodiek van Triple P. Het doel van dit onderzoek is om na te gaan hoe goed dit programma voor K&G bij ouders van kinderen tot 3 jaar werkt. We gaan dit na aan de hand van een aantal criteria zoals de cliënttevredenheid, de probleemreductie, de mate waarin de doelen worden behaald en de manier waarop de teamleden die met Triple P werken dit beleven. Om een oordeel te kunnen vellen over het nieuwe programma, maken we een vergelijking met de huidige gesprekken. De resultaten van het onderzoek zullen u worden medegedeeld in een later stadium.

Dit alles betekent dat we heel wat informatie zullen moeten verzamelen en hiervoor hebben wij uw hulp nodig.

In deze informatiebrief hebben we alle nuttige informatie voor u op een rijtje gezet. De opvoedingsconsulenten werden mondeling meer uitvoerig geïnformeerd. Zij kunnen waar nodig uw vragen beantwoorden.

1. Wie, wat en wanneer

Het onderzoek begint voor de meeste regio's vanaf maandag 14 januari 2008. Enkele regio's beginnen een of twee weken later, afhankelijk van wat werd voorgesteld door de teamverantwoordelijken.

Ieder gezin in de betrokken regio's dat voor een eerste spreekuur komt moet worden gevraagd om mee te werken aan het onderzoek.

De periode waarin we nieuwe gezinnen opnemen in het onderzoek duurt **ongeveer tot juni 2008**, afhankelijk van het aantal personen dat werd bereid gevonden om mee te werken. Voor heel Vlaanderen moeten er ongeveer **360** gezinnen meewerken aan het onderzoek. Hoe eerder we dit aantal hebben bereikt, hoe eerder het onderzoek kan stoppen.

Het onderzoek bestaat uit het laten invullen van vragenlijsten door de ouders voor het eerste gesprek (T1), na het laatste gesprek (T2) en na drie maanden (T3), het invullen van een vragenlijst gezinsachtergrond en het registratieformulier handelingen. De verantwoordelijkheid voor het invullen van de vragenlijst gezinsachtergrond, het registratieformulier handelingen, en het (laten) invullen van de eerste twee vragenlijsten Ouders ligt bij de regioteamleden. De T2 meting wordt in principe ter plekke ingevuld na het laatste gesprek. De laatste vragenlijst wordt opgestuurd naar de ouders drie maanden na het laatste spreekuur.

Het laten invullen van de vragenlijsten door de ouders voor en na het spreekuur (T1, T2) moet gebeuren op de plaats van het spreekuur. Echter, wanneer het spreekuur uit slechts één gesprek met telefonische follow-up bestaat, dient u zelf een vragenlijst naar de ouders op te sturen direct na de follow-up (T2). Hierbij hoort een begeleidende brief van de onderzoekers en een retouromslag, geadresseerd aan de VUB.

2. Overzicht van de vragenlijsten en de verantwoordelijkheid voor gegevensverzameling per vragenlijst

We geven eerst een overzicht in onderstaand schema:

Vragenlijst	Bij Intake (T1)	Laatste gesprek (T2)	Na 3 maanden (T3)
Vragenlijst Ouders	Invullen door ouders voor het spreekuur, door RV verzameld en opsturen naar Cel databeheer	Invullen door ouders, na het spreekuur en opsturen naar Cel databeheer	Per post
Uitzondering: <i>SU bestaat uit één gesprek met telefonische follow-up</i>		Vragenlijst 'ouders T2' opsturen met begeleidende brief en retouromslag naar de ouders.	
Gezinsachtergrond	Invullen door RV en opsturen naar Cel databeheer	-----	-----
Registratieformulier Handelingen	Door RV	Door RV en opsturen naar Cel databeheer na het laatste gesprek	-----
Doelrealisatie (TripleP)	Door RV, 2e gesprek	Door RV en opsturen naar Cel databeheer	Per post
Brief toestemming Observaties	Invullen door ouders voor het spreekuur, door RV verzameld en opsturen naar VUB		

Bij het verzamelen van gegevens over de gezinnen die bij u komen voor het spreekuur wordt dus gebruik gemaakt van 4 verschillende vragenlijsten en één brief voor de ouders:

1. De 'vragenlijst Ouders' moet worden ingevuld door de ouders op T1, T2 en T3. De vragenlijst T1 wordt voor het eerste gesprek door de RV's aan de ouders gegeven en moet worden ingevuld voor het spreekuur start. De vragenlijst T2 wordt aan de ouders gegeven na het laatste spreekuur en moet ook ter plekke worden ingevuld. Indien de ouders niet ter plekke komen, maar u een telefonische opvolging doet, dient u de vragenlijst T2 naar de ouders op te sturen.
2. De vragenlijst Gezinsachtergrond wordt tijdens de intake door de RV ingevuld, de vragen betreffen het gezin en de levensomstandigheden van het gezin.

3. Het Registratieformulier Handelingen: Direct na elk gesprek wordt aangekruist welke gespreksonderdelen aan bod zijn gekomen. De RV wordt ook gevraagd een tijdsindeling te maken naar het soort handeling. Deze registratie gebeurt bij elk gesprek en wordt na het laatste gesprek opgestuurd naar de cel databeheer. Ook bij één gesprek wordt de registratie van de handelingen voor dat gesprek gedaan. U kunt dan het formulier gewoon terugsturen naar de cel databeheer.
4. Voor de Triple P- gezinnen worden de doelstellingen geformuleerd tijdens het tweede gesprek, met behulp van het Triple P formulier. De mate waarin de doelen werden bereikt wordt hierop aangegeven tijdens het laatste gesprek. De spreekuurhouders hebben de mogelijkheid doelstellingen en het behalen van de doelen aan te geven op het formulier Handelingregistratie voor zover ze daar gewoonlijk gebruik van maken. Wanneer u geen doelstellingen heeft bepaald, hoeft u hier ook niets in te vullen.
5. De brief waarin we de ouders vragen of ze naast de vragenlijsten ook willen meewerken aan een observatieonderzoek hoeft u alleen te laten lezen en tekenen (als ze mee willen werken) door de ouders. Om hen op een later tijdstip te kunnen contacteren hebben we deze handtekening nodig. De observatie moet zo kort mogelijk na het eerste gesprek plaatsvinden. Wij vragen u dan ook deze brief direct naar de VUB terug te sturen. U krijgt hiervoor geadresseerde omslagen.

3. Voorbereiding

a. Bij het maken van de afspraak

Hou rekening met de tijd die nodig is voor het invullen van de vragenlijst, en voorzie anderhalf uur voor de eerste en de laatste afspraak. Het onderzoek stelt u pas voor tijdens de eerste ontmoeting, vóór uw intakegesprek.

De vragenlijst moet in principe door de ouders zelf worden ingevuld. Door verschillen in culturele achtergrond is het mogelijk dat u de ouders moet helpen bij het invullen van de vragenlijst. Wanneer u van te voren al weet dat het Nederlands moeilijk loopt, plan dan wat extra tijd in. Zo loopt uw eigen planning niet in het honderd.

b. Voorbereiding vragenlijsten

Voor het eerste gesprek de vragenlijst **Ouders (T1)**, de vragenlijst **Gezinsachtergrond** en de **Handelingregistratie**, uitprinten en/of klaarleggen. (Kind en Gezin bezorgt uitgeprinte bundels vragenlijsten in de regiohuizen. Indien nodig kunt u zelf de vragenlijsten uitprinten, de bestanden worden u doorgemailed.)

Op het voorblad van elke vragenlijst moeten enkele gegevens ingevuld worden over het gezin dat op gesprek komt. Dit is altijd de naam van het kind, de geboortedatum en uw eigen naam en regio. Het is voor uzelf het meest praktisch dit **vooraf** te doen.

Bij het laatste (fysieke) gesprek neemt u alleen de **oudervragenlijst (T2)** af, en vult u het **registratieformulier handelingen** en **doelrealisatie** in. Het is ook nu weer gemakkelijk om naam en datum vooraf in te vullen.

4. Afname

a. Toestemming van de ouders

Voorop de vragenlijst staat een korte uitleg over het onderzoek. Het is de bedoeling dat ouders dit lezen en **tekenen voor akkoord**. Door uw relatie met de mensen zullen zij eerder geneigd zijn mee te werken.

b. Vragen van de ouders

Mensen zijn vaak onzeker over wat ze precies moeten antwoorden. Die onzekerheid neemt u het best weg door te zeggen dat er geen goede of foute antwoorden zijn, dat het gaat over hun mening, indruk of gevoel en dat het invullen het makkelijkst gaat als je er niet te lang over nadenkt. Vragen als ‘wat wordt hier precies bedoeld’ kunt u standaard beantwoorden met ‘zoals u denkt dat het bedoeld is’ of ‘zoals u het begrijpt’. Het is zelfs beter als u **zo min mogelijk** uitlegt en geen voorbeelden geeft.

Wanneer de ouders samen op gesprek komen moet de vragenlijst door een van de ouders ingevuld worden. Het is belangrijk dat u erop toeziet dat de vragenlijst steeds door dezelfde ouder wordt ingevuld. Als bijvoorbeeld de moeder de vragenlijst invult op T1 dan moet u ook op T2 de vragenlijst door haar laten invullen.

c. Vragenlijst RV en registratieformulier handelingen:

Het invullen gaat gemakkelijker naarmate u er meer vertrouwd mee raakt. Het van te voren doornemen van de vragen maakt het invullen van de vragenlijst RV **tijdens het eerste gesprek** eenvoudiger. De handelingregistratie kunt u direct ná het gesprek doen. Bij het registratieformulier hoort een korte handleiding, met uitleg over de verschillende gespreksonderdelen. Deze wilt u misschien van te voren eens doornemen. De handelingregistratie vult u steeds in, niet alleen bij het eerste en laatste gesprek. Ook de telefonische follow-up wordt gezien als een gesprek. U vult ook de handelingregistratie in voor dit telefonische gesprek.

d. Doelrealisatie:

Voor de ‘Triple P’ mensen wordt met doelrealisatie het Triple P formulier bedoeld waarop de doelstellingen worden genoteerd en waarop aangegeven wordt in welke mate de ouders vinden dat zij hun doelstellingen hebben behaald. Voor de spreekuurhouders is er de mogelijkheid de doelrealisatie aan te geven op het formulier ‘Handelingregistratie’, voor zover zij gewoonlijk doelen opstellen tijdens het spreekuur.

e. Brief toestemming Observatie: zie eerder

5. Wat te doen met de vragenlijsten

De vragenlijsten ‘ouders’ (T1) en de vragenlijst Gezinsachtergrond worden na het eerste gesprek opgestuurd naar de Cel databeheer van uw provincie.

Het formulier ‘handelingregistratie’ moet door u worden bewaard. Dit formulier wordt bij elk gesprek met het desbetreffende gezin ingevuld en wordt pas samen met de vragenlijst voor de ouders op T2, na het laatste gesprek, meegestuurd naar Cel databeheer. Wij vragen u om de vragenlijsten en formulieren zo snel als mogelijk mee te geven met de chauffeur (bij de eerstvolgende ronde). NB. Ook wanneer de ouders niet zijn komen opdagen moet de vragenlijst worden opgestuurd. U vult dan de kindgegevens op de vragenlijst T2 in. Bij ‘afspraak doorgegaan’ vult u ‘nee’ in. Indien u het laatste gesprek per telefoon voerde, vragen wij u zelf de vragenlijst T2 naar de ouders op te sturen. Deze wordt dan doorgestuurd naar de VUB.

De verzending van de vragenlijst T3 wordt per post door de Centrale Administratie verzorgd. Het schema hieronder vat alles nog eens samen:

Vragenlijst	Na Intake (T1)	Laatste gesprek (T2)	Na 3 maanden (T3)
Ouder	Opsturen	Opsturen nr ouders of (ingevuld) opsturen naar cel databeheer	-----
Gezinsachtergrond	Opsturen	-----	-----
Handelingsregistratie	Bewaren	Opsturen	-----
Doelrealisatie (TripleP)	Bewaren	Opsturen	-----
Brief Observatie	Opsturen naar VUB	-----	-----

6. Besluit

Naast deze bevraging van gezinnen en de registratie van de handelingen is er in de stad Antwerpen ook nog een belevingsonderzoek gepland waarbij naar de ervaringen met Triple P wordt gepeild.

Hierover zult u later meer informatie krijgen. Dit belevingsonderzoek wordt uitgevoerd door de K.U.Leuven in het kader van eindwerken.

Mocht u vragen hebben over de wijze waarop het onderzoek wordt uitgevoerd, aarzelt u dan niet de opvoedingsconsulente in uw regio te contacteren. We hebben geprobeerd om de belasting die dit onderzoek meebrengt zo beperkt mogelijk te houden. We hopen op uw medewerking om de gegevensverzameling zo vlot mogelijk te laten verlopen. Wij wensen u alvast heel veel succes met de uitvoering ervan.

Met vriendelijke groet,

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie
Vakgroep Orthopsychologie
Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen
Vrije Universiteit Brussel
Johan.Vanderfaeillie@vub.ac.be

Marjolijn van den Berg
Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin
Vrije Universiteit Brussel
Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen
Wetenschappelijk medewerker Orthopsychologie
mjvdberg@vub.ac.be

BIJLAGE 2 VRAGENLIJST GEZINSACHTERGROND

Deze vragen vullen de informatie aan over het gezin dat bij u komt voor opvoedingsondersteuning. Een aantal gegevens zijn belangrijk in het onderzoek. Sommige gegevens zijn misschien nog niet ingevuld in Ikaros of zijn niet eerder aan de orde geweest. De *schuin* gedrukte vragen, betreffen de gegevens die voor het onderzoek onmisbaar zijn. Wilt u aub voor de overige gegevens nagaan of deze in Ikaros werden ingevuld ?

Identificatie (VUB)

Naam kind _____ Voornaam kind _____

K&G RV: _____ Regio: _____

K&G GO: _____

Datum afspraak 1: Afspraak doorgegaan? Ja/nee

.....
*Waar vindt de afspraak plaats?** Regiohuis/ thuis bij het gezin

Is de ouder/ verzorger die het kind begeleidt....

- Moeder
 Anders, nl.....

Naam (moeder/ verzorger)*

Tel Nr moeder/verzorger *

GSM moeder/verzorger *

1. Heeft de moeder een partner? ja nee

Indien ja, gelieve de volgende gegevens in te vullen

Naam..... niet van toepassing

- 2. Hoe lang zijn de partners al samen?* minder dan 6 maanden
 meer dan 6 maanden maar minder dan 1 jaar
 meer dan 1 jaar
 niet van toepassing

3. Hoe is het gezin bij u terecht gekomen?

- (Gelieve één antwoord aan te kruisen) collega K&G, direct
 collega K&G, na eerdere gesprekken
 na Triple P level 2
 informatie bij de huisarts
 Anders, nl.....

* (doorhalen wat niet past)

4. *Gezinssamenstelling*

- oorspronkelijk gezin
- oorspronkelijk gezin met relatieproblemen
- ouders gescheiden, nu nieuw samengesteld gezin
- ouders gescheiden, nu eenoudergezin
- anders, nl.....

5. Wat is het geboorteland van moeder?

- België
- Europa, G7
- Maghreb & Turkije
- Afrika zonder Maghreb
- Azië, zonder Japan
- Voormalig Oostblok
- Midden Oosten
- Anders, nl.....

6. *Geletterdheid ouders*

(Gelieve één antwoord aan te kruisen)

- Beide ouders spreken en schrijven voldoende Nederlands om de vragenlijsten zelfstandig te kunnen invullen
- Een van beide ouders spreekt en schrijft voldoende Nederlands om de vragenlijsten te kunnen invullen
- Met mijn hulp lukt het de vragenlijsten in te vullen

7. Beroep en arbeidssituatie van de moeder:

Beroep/arbeidssituatie

- werkzoekende/ werkonbekwaam
- werkend Aantal uren p.wk
- huismoeder

8. Leefloongerechtigde

- ja nee

9. Beroep en arbeidssituatie van de partner: niet van toepassing

Beroep/arbeidssituatie

- werkzoekende/ werkonbekwaam
- werkend Aantal uren p.wk

10. Leefloongerechtigde

- ja nee

11. De gezondheid van het kind

Heeft het kind een of meer van de volgende problemen?

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Een gezichts-of gehoorstoornis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> onduidelijk |
| Een ernstige chronische ziekte met meerdere ziekenhuisopnamen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> onduidelijk |
| Een fysieke handicap | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> onduidelijk |
| Een geestelijke handicap | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> onduidelijk |
| Een ontwikkelingsachterstand | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> onduidelijk |
| Een ontwikkelingsstoornis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> onduidelijk |

12. Is het kind op regelmatige basis in behandeling voor emotionele of gedragsproblemen bij een andere specialist of instantie? ja nee

Indien ja, gelieve te preciseren.....

13. Volgt het kind een alternatieve behandeling of werd het een restrictief of therapeutisch dieet voorgeschreven door een gezondheidswerker? ja nee onduidelijk

Indien ja, gelieve te preciseren.....

14. Kruis aan indien van toepassing:

- moeder is in psychologische behandeling
- partner is in psychologische behandeling
- moeder gebruikt psychofarmaca
- partner gebruikt psychofarmaca

Hoe verloopt de verdere hulpverlening aan dit gezin?

- Er wordt een volgende afspraak gemaakt
- Ik doe een telefonische follow-up
- Er volgen geen verdere gesprekken

Dank u voor uw medewerking!

BIJLAGE 3 VRAGENLIJST T1

Ingevuld: met hulp van RV/ GO/ door vader/ moeder

(Doorhalen wat niet van toepassing is)

Identificatie (VUB):

(In te vullen door de regioverpleegkundige)

Naam kind _____ Voornaam kind _____

K&G RV: _____ Regio _____

K& G GO: _____

Datum afspraak 1: Afspraak doorgegaan? Ja/nee

Geachte ouders,

U bent naar Kind en Gezin gekomen of doorverwezen omdat u zich zorgen maakt of vragen heeft over de opvoeding van uw kind. Wij vragen uw medewerking voor een onderzoek. Dit onderzoek is erg belangrijk voor Kind en Gezin en gaat over de opvoedingsproblemen waarmee ouders van jonge kinderen vaak te maken krijgen. Deze vragenlijst gaat over uw bezorgdheid over de problemen met uw kind en hoe u daarmee omgaat. Wij willen ook weten hoe het met uzelf gaat en met welk gedrag van uw kind en in welke situaties het opvoeden vaak lastig is. Kind en Gezin wil graag weten hoe goed u hiermee door hen werd geholpen. Het invullen van de vragenlijst vraagt de eerste keer nogal wat tijd (max. 30 minuten) maar we hopen dat het u bij het afrondende gesprek minder tijd zal kosten. 3 maanden na deze gesprekken wordt u nogmaals gevraagd deze vragenlijst in te vullen. Het antwoord dat u geeft is niet goed of fout, kruist u steeds het antwoord aan dat het best past bij uw mening of situatie.

Uw gegevens worden volledig anoniem gemaakt en uiterst vertrouwelijk behandeld. Alleen de onderzoeksverantwoordelijken, met name Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie van de Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel en zijn medewerkers zullen toegang hebben tot de gegevens.

Voor kennisname en akkoord.....
(naam en datum)

Wij danken u bij voorbaat voor uw medewerking aan het onderzoek. Indien u nog vragen of opmerkingen heeft, kunt zich steeds wenden tot:

*Marjolijn van den Berg
Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin
Vrije Universiteit Brussel
Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen
Wetenschappelijk medewerker Vakgroep Orthopsychologie
mjvdberg@vub.ac.be*

II. Denkt u dat uw bezoeken aan Kind en Gezin, u zullen helpen bij de opvoeding van uw kind ?

- beslist
- ja
- misschien
- nee
- beslist niet

III

Wilt u alstublieft achter iedere vraag een kruisje zetten in het vierkantje onder “Niet waar”, “Een beetje waar” of “Zeker waar”. Het is van belang dat u alle vragen zo goed mogelijk beantwoordt, ook als u niet helemaal zeker bent of als u de vraag raar vindt. Wilt u alstublieft uw antwoorden baseren op het gedrag van het kind in **de laatste zes maanden**.

	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar
1. Houdt rekening met gevoelens van anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deelt makkelijk met andere kinderen, zoals speelgoed, snoep, potloden, enz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Constant aan het wiebelen of friemelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Heeft minstens één goed vriendje of vriendinnetje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vecht vaak met andere kinderen of pest ze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vaak ongelukkig, in de put of in tranen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Aardig tegen jongere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Maakt vaak ruzie met volwassenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (bv. ouders, andere kinderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt na voor iets te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Kan gemeen doen tegen anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Voor heel veel bang, is snel angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u opmerkingen?

IV.

1. Denkt u over het geheel genomen dat uw kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

Nee	Ja, kleine moeilijkheden	Ja, duidelijke moeilijkheden	Ja, ernstige moeilijkheden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als u “Ja” heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden? Als u nee heeft geantwoord kunt u doorgaan naar bladzijde 4.

2. Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

Korter dan een maand	1-5 maanden	6-12 maanden	Meer dan een jaar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag?

Helemaal Niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van uw kind op de volgende gebieden?

	Helemaal niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg	Niet van toepassing
4. THUIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. VRIENDSCHAPPEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. OPVANG & SCHOOL (kinderdagverblijf, onthaalmoeder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. OP BEZOEK (spelen, feestjes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.

Wij willen graag weten hoe u zich voelt en welke klachten u **de afgelopen twee weken** heeft gehad. Wilt u daarom alle onderstaande vragen beantwoorden door bij iedere vraag **het meest toepasselijke antwoord** aan te duiden?

	Helemaal niet	Niet meer dan gewoonlijk	Wat meer dan gewoonlijk	Veel meer dan gewoonlijk
1. Bent u de laatste tijd door zorgen veel slaap tekort gekomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hebt u de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hebt u de laatste tijd het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hebt u zich de laatste tijd ongelukkig en neerslachtig gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bent u de laatste tijd het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hebt u zich de laatste tijd als een waardeloos iemand beschouwd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI-A

In deze vragenlijst komt u een aantal vragen tegen die met de opvoeding van uw kind te maken hebben. U kunt daarbij aangeven hoe u deze opvoeding beleeft en beoordeelt. Op de stippellijn vult u (in gedachten) de naam in van het kind waarom u hier bent gekomen. In gedachten vult u dus bij alle uitspraken de naam in van hetzelfde kind; Er zijn 5 antwoordmogelijkheden bij elke vraag, zet een kruisje in het vakje dat het meest uw situatie weergeeft.

Een antwoord is niet goed of fout, kruist u dus het antwoord aan dat voor **de laatste twee weken** het beste bij u past. Hebt u per ongeluk een verkeerd kruisje gezet, maakt u dan het hokje zwart en zet een nieuw kruisje. Slaat u alstublieft geen vragen over.

- 1. Ik heb het gevoel dat ik de opvoeding van... goed aankan
 - dat is absoluut niet zo
 - dat is niet zo
 - ik aarzel of dat zo is
 - dat is zo
 - dat is absoluut zo

- 2. Natuurlijk zijn er wel eens wrijvingen met... maar over het algemeen kan ik de opvoeding van ...best aan
 - beslist
 - ja
 - misschien
 - nee
 - beslist niet

- 3. De opvoeding van ...vergt veel van mijn krachten
 - dat geldt voor mij heel sterk
 - dat geldt voor mij wel
 - ik aarzel of dat voor mij wel geldt
 - dat geldt niet voor mij
 - dat geldt helemaal niet voor mij

- 4. Ik vind dat ik de greep op ... geleidelijk aan verlies
 - dat moet ik beslist toegeven
 - dat moet ik toegeven
 - ik aarzel of dat zo is
 - dat moet ik ontkennen
 - dat moet ik beslist ontkennen

5. Ik kan dit kind niet hanteren,
met de beste wil van de wereld niet

- dat slaat helemaal niet op mij
- dat slaat niet op mij
- ik aarzel of dat wel op mij slaat
- dat slaat op mij
- dat slaat helemaal op mij

6. De situatie met ... groeit me
volledig boven het hoofd,
het loopt uit de hand

- dat is absoluut zo
- dat is zo
- ik aarzel of dat zo is
- dat is niet zo
- dat is absoluut niet zo

7. Ook als ouder voel je wel eens:
'nu kan ik dit kind geen moment
meer uitstaan'

- dat moet ik beslist toegeven
- dat moet ik toegeven
- ik aarzel of dat zo is
- dat moet ik ontkennen
- dat moet ik beslist ontkennen

8. Ze moesten ...maar in een tehuis plaatsen of zoiets

- beslist
- ja
- misschien
- nee
- beslist niet

VI- B

1.....is geen eenvoudig kind om op te voeden

- helemaal mee eens
- mee eens
- ik aarzel tussen mee eens en oneens
- mee oneens
- helemaal mee oneens

2. Het opvoeden van ... is voor mij een hele belasting

- absoluut onjuist
- onjuist
- min of meer onjuist
- juist
- absoluut juist

3.... zorgt voor problemen in de opvoeding

- dat moet ik beslist ontkennen
- dat moet ik ontkennen
- ik aarzel of dat zo is
- dat moet ik toegeven
- dat moet ik beslist toegeven

4.... is een gemakkelijk op te voeden kind

- helemaal mee oneens
- mee oneens
- ik aarzel tussen mee eens en oneens
- mee eens
- helemaal mee eens

5. Alles bij elkaar genomen valt de
opvoeding vanmij wel mee

- dat is absoluut niet zo
- dat is niet zo
- ik aarzel of dat zo is
- dat is zo
- dat is absoluut zo

6. In de opvoeding van ... worden te hoge eisen aan mij gesteld

- helemaal mee oneens
- mee oneens
- ik aarzel tussen mee eens en oneens
- mee eens
- helemaal mee eens

7. De opvoeding van ... kost mij zoveel energie, dat anderen (bijv. partner of kinderen) wel eens tekort komen

- dat slaat helemaal niet op mij
- dat slaat niet op mij
- ik aarzel of dat wel op mij slaat
- dat slaat op mij
- dat slaat helemaal op mij

VII-A

De volgende gedragingen worden door de meeste ouders als lastig ervaren. Voor elke uitspraak wordt u gevraagd aan te geven hoe goed u denkt met het gedrag te kunnen omgaan:

	helemaal niet	niet zo goed	redelijk goed	goed
1. Uw kind weigert te doen wat u hem/haar vraagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uw kind is overstuur wanneer het zijn/ haar zin niet krijgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uw kind is opstandig wanneer u iets vraagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uw kind krijgt een driftbui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Uw kind roept, schreeuwt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Uw kind antwoordt brutaal of spreekt tegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Uw kind zeurt en jammert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Uw kind onderbreekt u terwijl u in gesprek bent met een andere volwassene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Uw kind weigert te eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Uw kind weigert taakjes te doen die u hem/haar vraagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Uw kind maakt ruzie over de regels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Uw kind vraagt constant aandacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Uw kind treuzelt met aankleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Uw kind treuzelt met eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII-B De volgende situaties worden door de meeste ouders als lastig ervaren. Voor elke uitspraak wordt u gevraagd aan te geven hoe goed denkt u met de situatie om te kunnen gaan:

	helemaal niet	niet zo goed	redelijk goed	goed
1. Uw kind wakker maken en doen opstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uw kind een badje geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Met uw kind naar de dokter gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uw kind aankleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Uw kind op het potje/ wc laten zitten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Boodschappen doen met uw kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Autorijden met uw kind in de wagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Uw kind op school/ in de opvang laten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Met uw kind op bezoek gaan bij familie of vrienden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Thuis bezoek krijgen met uw kind erbij | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. In gesprek met een andere volwassene terwijl uw kind erbij is | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. U bent aan de telefoon met uw kind erbij | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. U bent aan het koken met uw kind erbij | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. U doet uw huishouden met uw kind erbij | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VIII Op de volgende bladzijden leest u een aantal uitspraken over het omgaan met kinderen. Geef bij elke uitspraak aan in welke mate u dit doet; u kunt hierbij kiezen uit de volgende antwoordmogelijkheden:

- bijna nooit weinig soms vaak bijna altijd

Zet achter iedere uitspraak een kruisje in het hokje van uw keuze. U kunt slechts één hokje per uitspraak aankruisen.

Vergeet niet dat uw antwoord steeds betrekking heeft op één en hetzelfde kind

Misschien zijn er uitspraken waarvan u denkt: 'ik zou het liever anders doen'. Vul dan toch in wat u in werkelijkheid doet.

Denk hierbij steeds aan **de voorbije twee weken**. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Gelieve geen uitspraken over te slaan.

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| 1. Als mijn kind mij iets wil vertellen, maak ik tijd om er naar te luisteren | bijna
<input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> weinig | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | bijna
<input type="checkbox"/> altijd |
| 2. Ik geef mijn kind een klap als het iets gedaan heeft dat niet mag | bijna
<input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> weinig | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | bijna
<input type="checkbox"/> altijd |
| 3. Ik leer mijn kind beleefd te zijn op school, het kinderdagverblijf of bij de onthaalmoeder | bijna
<input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> weinig | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | bijna
<input type="checkbox"/> altijd |
| 4. Ik praat 's avonds met mijn kind over de voorbije en de komende dag | bijna
<input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> weinig | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | bijna
<input type="checkbox"/> altijd |
| 5. Ik geef mijn kind een rammeling als het ongehoorzaam of stout is | bijna
<input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> weinig | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | bijna
<input type="checkbox"/> altijd |
| 6. Als mijn kind iets doet wat niet mag, praat ik pas weer met hem/haar als hij/zij zich beter gedraagt | bijna
<input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> weinig | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | bijna
<input type="checkbox"/> altijd |
| 7. Als mijn kind een probleem heeft, bekijk ik samen met hem/haar welke verschillende oplossingen er mogelijk zijn | bijna
<input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> weinig | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | bijna
<input type="checkbox"/> altijd |
| 8. Ik vraag mijn kind wat het graag doet en waarvoor het zich interesseert | bijna
<input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> weinig | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | bijna
<input type="checkbox"/> altijd |
| 9. Ik schud mijn kind eens goed door mekaar als we een ruzie hebben | bijna
<input type="checkbox"/> nooit | <input type="checkbox"/> weinig | <input type="checkbox"/> soms | <input type="checkbox"/> vaak | bijna
<input type="checkbox"/> altijd |

Vragenlijst Ouders

T1

10. Ik leer mijn kind zich aan te passen aan de gewoonten in ons gezin
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
11. Als mijn kind iets doet wat niet mag, kijk ik niet naar hem/haar om
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
12. Als mijn kind een probleem heeft, help ik bij het kiezen van een oplossing altijd
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
13. Ik leer mijn kind om zich aan te passen aan de regels in het kinderdagverblijf of op school
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
14. Als mijn kind iets doet wat niet mag, praat ik niet meer met hem/haar totdat hij/zij zegt dat het hem/haar spijt
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
15. Als mijn kind iets doet op een wijze die ik niet goed vind, leg ik dat uit en zoek met mijn kind naar een betere manier
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
16. Ik geef mijn kind een pak slaag als hij/zij zich niet aan een afspraak heeft gehouden
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
17. Ik leer mijn kind fatsoenlijk om te gaan met zijn/ haar spullen
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
18. Als er zich een praktisch probleem voordoet (zoals bv een puzzel maken), laat ik mijn kind zien hoe ik dat probleem oplos
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
19. Als ik mijn kind terugzie na zijn/haar schooldag maak ik tijd om even met hem/haar bezig te zijn
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
20. Ik breng mijn kind respect bij voor gezag
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd
21. Ik leer mijn kind dat het belangrijk is dat hij/zij zich goed gedraagt
- bijna
 nooit weinig soms vaak bijna
 altijd

Dank u wel voor uw medewerking!

BIJLAGE 4 REGISTRATIEFORMULIER HANDELINGEN

Gelieve de handelingen met code en de tijd die u hieraan besteedde in minuten (ongeveer) aan te geven. U kunt eventueel de bijgevoegde handleiding met uitleg raadplegen wanneer u niet zeker bent wat precies met een handeling wordt bedoeld. **Naam van het kind:** **Idd.**

Handelingen	Sessie 1	Tijd	Sessie 2	Tijd	Sessie 3	Tijd	Sessie 4	Tijd
<i>Kennismaking</i>								
Gerust stellen A1								
Jezelf voorstellen A2								
Agenda overlopen A3								
<i>Inventarisatie</i>								
Luisteren B1								
Observatie B2								
Samenvatten B3								
Selecteren van één probleem B4								
Doelstellingen opstellen B5								
<i>Interventies</i>								
Feedback C1								
Advies C2								
Gedragkaart C3								
Leren hanteren van beloningen C4								
Model staan C5								
Structureren dagelijkse routine C6								
Veranderen van de situatie C7								
Storende/ helpende gedachten C8								
<i>Huistaken</i>								
Gedragmonitoring D1								
Registratie, frequentie, duur en situatie D2								
Grafiek bijhouden D3								
Oefenen van nieuwe vaardigheden D4								
<i>Motivatie</i>								
Weerstand aanpakken E1								
Aanmoedigen, benadrukken van wat er goed gaat E2								
<i>Overig</i>								
Bespreken van doorverwijzing F1								
Doorverwijzen F2								

Duur gesprek 1:	Het gesprek werd fysiek/ telefonisch gevoerd*
Duur gesprek 2:	Het gesprek werd fysiek/ telefonisch gevoerd*
Duur gesprek 3:	Het gesprek werd fysiek/ telefonisch gevoerd*
Duur gesprek 4:	Het gesprek werd fysiek/ telefonisch gevoerd*
* doorhalen wat niet past	

Ik pak mijn spreekuren heel anders aan, ik doe het heel anders

(beschrijf) _____

Doelstellingen en doelbereik

Indien u in het kader van de opvoedingsondersteuning doelstellingen formuleerde met de ouders, welke waren deze?

In welke mate vinden de ouders dat de doelstellingen werden bereikt?

0 % succes _____

25% succes _____

50% succes _____

75% succes _____

100% succes _____
