

This item is the archived peer-reviewed author-version of:

Triple P : opvoedingsondersteuning voor ouders

Reference:

Glazemakers Inge.- Triple P : opvoedingsondersteuning voor ouders
Bijblijven : cumulatief geneeskundig nascholingsstelsel - ISSN 1876-4916 - (2017)10 p.
Full text (Publisher's DOI): <http://dx.doi.org/doi:10.1007/S12414-016-0208-4>
To cite this reference: <http://hdl.handle.net/10067/1394610151162165141>

Triple P - Opvoedingsondersteuning voor ouders

Inge Glazemakers

Samenvatting

Artsen zijn vaak één van de eerste aanspreekpunten voor ouders met vragen over opvoeding. Zij zijn echter weinig vertrouwd met het geven van opvoedingsadvies. Onderzoek wijst uit dat het Triple P-programma (Positive Parenting Program of Positief Pedagogisch Programma) toepasbaar is tijdens consultaties van artsen. Dit artikel illustreert de toepassing van het programma door de huisarts aan de hand van een casus.

Inleiding

Emotionele en gedragsproblemen bij kinderen kunnen relatief sterk en reeds vroeg voorspeld worden door familiale risicofactoren. Vooral het ouderlijk functioneren is hierin een belangrijke mediator (1). Denk hierbij aan (beperkte) opvoedingsvaardigheden (zoals een te hardhandige, inflexibele, inconsistente en/of rigide discipline; een gebrek aan of inadequate supervisie of monitoring van de kinderen) een gebrek aan een warme en positieve relatie tussen ouder en kind, een onzekere gehechtheid, gezinsconflicten of relatieproblemen of huwelijksfalen bij de ouders (zie o.a. (2),(3)).

Onderzoek wijst anderzijds eveneens uit dat kinderen minder kans hebben op het ontwikkelen van gedrags- en/of emotionele stoornissen als ze opgroeien in een gezin waar er wél ondersteunende relaties zijn (4).

Eén van de aanbevolen interventies om deze gedrags- en emotionele problemen bij kinderen te voorkomen zijn oudertrainingen. Verschillende meta-analyses geven aan dat deze een gunstig effect hebben op kinderen (zie bijvoorbeeld (5) (6) (7) (8) (9)). Veel van deze programma's werden ontworpen om de positieve opvoedingsvaardigheden bij

ouders te vergroten en de negatieve impact op de ontwikkeling van kinderen te beperken (10). Door hun gunstig effect op kinderen worden deze oudertrainingen niet enkel ingezet bij zogenaamde risicogezinnen, maar eveneens bij vroege preventieprogramma's die zich richten op de hele populatie. ((11) (12) (13)).

Artsen kunnen eveneens een belangrijke rol spelen in deze vroege preventie, vermits zij vaak een aanspreekpunt zijn voor ouders. Ouders stellen tijdens de raadpleging vaak vragen of uiten zorgen over het gedrag van hun kind, over de ontwikkeling of het schools functioneren ((14); (15); (16)). Dit terwijl ze vaak te weinig vertrouwd zijn met of getraind werden in het geven van opvoedingsadvies.

Onderzoek naar opvoedingsprogramma's die toepasbaar zijn in een regulier huisartsconsult zijn schaars. Nochtans zijn er effectieve opvoedingsprogramma's voorhanden zoals o.a. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Incredible years (in Nederland ook wel gekend onder de naam "Pittige jaren") en Triple P (17). Een literatuuronderzoek naar doelmatige methodieken die in een algemene artspraktijk toepasbaar zijn wees uit dat het Triple P-programma tegemoet kan komen aan een eventuele nood aan training in het geven van opvoedingsadvies en een programma dat met korte adviesgesprekken ook toegepast kan worden tijdens reguliere consulten (18) . Ook McCormick en collega's concludeerden na een Randomised Control Trial dat het trainen van pediaters in opleiding in het Triple P-programma een verbetering meebracht van hun consultatievaardigheden en de opvoedingsvaardigheden van de ouders die op consultatie kwamen (19).

Wat is Triple P?

Triple P staat voor Positive Parenting Program of Positief Pedagogisch Programma. Het is een systeem van preventief georiënteerde opvoedings- en familieondersteunende programma's dat zich als doel stelt om ernstige gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen bij kinderen te voorkomen. Het programma werd ontwikkeld aan de Universiteit van Queensland, Australië door professor Matthew Sanders (2008) en richt zich op ouders van kinderen tussen 0 en 16 jaar. Het Triple P-programma poogt de risicofactoren in een gezin te reduceren en de positieve beschermende factoren te

vermeerderen. Specifiek zet het programma hiervoor in op verschillende elementen: als eerste worden de kennis, de vaardigheden, het vertrouwen, de onafhankelijkheid en de vindingrijkheid van ouders in het opvoeden vergroot. Ten tweede wordt een stimulerende, veilige, betrokken en geweldloze omgeving voor kinderen gepromoot waarin conflicten beperkt worden. Tenslotte worden sociale, emotionele, talige, intellectuele en gedragsmatige vaardigheden van kinderen gestimuleerd door het gebruik van positieve opvoedingsvaardigheden ((20) (21)).

Er zijn vijf verschillende interventieniveaus op een continuüm van toenemende intensiviteit (zie Tabel 1). Elk niveau heeft zijn eigen focus en specialisatie, gaande van een zeer breed eerste niveau dat zich richt tot alle ouders via media enz. met laagdrempelige opvoedingstip en advies tot een vijfde niveau dat voorbehouden is voor een beperkte groep ouders van kinderen met ernstige problemen en/of gezinsstress.

De multi-level opbouw van het programma komt vanuit de vaststelling dat er verschillende niveaus van ouderlijk disfunctioneren en van gedragsstoornissen bij kinderen te onderkennen zijn. Afhankelijk van de aard en de intensiteit van het probleem hebben ouders dus ook verschillende noden en verwachtingen.

Triple P heeft een theoretische onderbouwing die gestoeld is op inzichten vanuit de sociale leertheorie, het model van sociale informatieverwerking, ontwikkelingspsychopathologie en principes vanuit de preventieve gezondheidszorg.

Tabel 1. Interventiegraden van het Triple P-programma (21, 22)

Graad van interventie	Doelpubliek: ouders	Interventiemethode	Hulpverleners
1. Universele Triple P	Elke ouder	Gecoördineerde informatiecampagne. Via media	Ouderondersteuning en/of gezondheidspromotie
2. Selectie Triple P	Specifieke vraag over gedrag of ontwikkeling (bv. <i>Info en advies over specifieke zorg</i> bedtijdproblemen of zindelijkheidstraining)	Vroege ontwikkelingsbegeleiding Via telefonische of face-to-face- contacten (één tot twee sessies – 20-tal minuten)	Preventieve gezondheids- centra, scholen, huisartsen

3. Eerstelijns-Triple P <i>Specifieke training in opvoedingsvaardigheden</i>	Specifieke vraag over gedrag of ontwikkeling voor ouders met behoefte aan consultaties of een actieve training	Kort therapeutisch programma (4 sessies van telkens 20 minuten). Via telefonische, face-to-facecontacten of groepsessies	Idem graad 2
4. Standaard-Triple P; Groepsgerichte Triple P; Zelfhulp-Triple P <i>Breed gerichte training in opvoedingsvaardigheden</i>	Intensieve training in ouderlijke vaardigheden, bedoeld voor ernstigere gedragsproblemen	Intensieve training (8 tot 10 sessies van telkens zo'n 2 uur). Focus op ouder-kindrelatie en toepassen van opvoedingsvaardigheden. Via individuele, groeps- of zelfgestuurde sessies	Geestelijk gezondheidswerke die regelmatig werken met ouders rond gedrag van kinderen
5. Versterkt Triple P <i>Gedragsmatige familiale interventie, aanvullend op graad 4</i>	Gedragsproblemen bij kinderen en familiale moeilijkheden (zoals echtelijke conflicten, depressie, stress)	Intensief, individueel programma tot 11 sessies van een uur, Via telefonische, face-to-facecontacten	Idem graad 4

In elk van de 5 niveaus van interventie leren ouders gebruik te maken van alledaagse situaties om hun kinderen adequater te ondersteunen en hun sociale competentie en probleemoplossend vermogen te verbeteren. Dit wordt bereikt door positieve factoren in het gezin te versterken en de risicofactoren te verminderen. Meer bepaald richt het programma zich op drie factoren:

- het vergroten van de kennis, vaardigheden, vertrouwen, onafhankelijkheid en de vindingrijkheid van de ouders,
- het promoten van koesterende, veilige, betrokken, geweldloze en conflictarme omgevingen voor kinderen,

- het promoten van de sociale, emotionele, taal-, intellectuele en gedragscapaciteiten van kinderen door het gebruik van positieve opvoedingsvaardigheden

Het programma maakt hiervoor gebruik van *vijf principes van positief opvoeden*.

- zorgen voor een veilige en stimulerende omgeving;
- een positieve leeromgeving creëren;
- gebruik maken van een consequente discipline;
- realistische verwachtingen hebben (ten opzichte van de kinderen en zichzelf);
- voor zichzelf zorgen als ouder

Ouders leren tijdens het programma vaardigheden die hen in staat stellen hun problemen zelf op te lossen (zonder de hulp van iemand anders). Dit *zelfregulerend* kader omvat 4 soorten vaardigheden: Ouders moeten op een onafhankelijke manier hun problemen leren oplossen, hierdoor leren ze hun eigen oordeel te vertrouwen en worden ze minder afhankelijk van anderen om hun ouderlijke verantwoordelijkheden op te nemen. Ouders moeten er bovendien van overtuigd zijn dat ze een opvoedingsprobleem *zelf* kunnen aanpakken of voorkomen. Ze bepalen hiervoor zelf hun doelstellingen en hebben tools om zichzelf te evalueren. Hierdoor zal een ouder steeds meer de veranderingen en verbeteringen toeschrijven aan de inspanningen die ze leverden in plaats van aan externe factoren zoals leeftijd, maturiteitsfactoren of andere oncontroleerbare gebeurtenissen (bv. De slechte opvoedingsvaardigheden van de partner of genetische factoren).

Triple P bij de huisarts

Vooraf een Level 2 of een Level 3 of Eerstelijns Triple P is de meest aangewezen interventie voor huisartsen. Deze consultaties zijn bedoeld voor ouders met een specifieke vraag over het gedrag of de ontwikkeling van hun kind (zoals ongehoorzaamheid, woedebuien of slaapproblemen, zindelijkheidstraining, zelfstandig leren eten,...).

Tijdens een consultatie op Level 2 geeft de huisarts aan de hand van een infoblad informatie aan ouders over het specifieke probleem. Elk informatieblad is op dezelfde

manier opgesteld: hoe ziet het probleem er doorgaans uit, wat zijn mogelijke oorzaken van het probleem, hoe kan je het voorkomen en wat kan je doen wanneer het probleem zich opnieuw stelt. Met deze informatie kan de ouder zelf aan de slag en er kan eventueel een vervolgspraak gemaakt worden om vorderingen te evalueren.

Wanneer de ouders niet voldoende geholpen werden met enkel het infoblad, of wanneer ouders en arts inschatten dat meer hulp vereist is, kan een huisarts een interventie op level 3 voorstellen.

Level 3 is een kort programma van 4 sessies van 20 minuten. Het doel is het geven van advies en het aanleren van specifieke en doelgerichte vaardigheden. De tips worden niet enkel gegeven en beschreven, maar samen met de ouders vertaald naar de eigen gezinscontext. De inhoud van de sessies wordt in Tabel 2 beschreven (21). Er wordt tijdens de sessies onder andere gebruik gemaakt van een DVD en van 45 informatiebladen, gelinkt aan specifiek probleemgedrag en opgedeeld per leeftijdscategorie (21). Tegelijk wordt er een brochure aan ouders meegegeven die informatie bevat over 17 opvoedingsstrategieën die kunnen bijdragen aan een positieve opvoeding (zie Tabel 3). Ouders leren om ontwikkelingsaangepaste doelen te formuleren, het gedrag van hun kind of van zichzelf te observeren, een aangepaste manier van interventie te zoeken, dit uit te proberen, het effect van hun interventie te evalueren met sterktes en zwaktes en nieuwe, concrete doelen te formuleren.

De vraag kan gesteld worden of opvoedingsondersteuning tot de taak behoort van de huisarts. Onderzoek uit Australië toont aan dat de implementatie van het Triple P-programma geen significante toename in lengte of aantal consultaties. Bovendien toont dit onderzoek aan dat huisartsen na het volgen van de opleiding meer vaardigheden inoefenden met ouders, hen meer informatie meegaven naar huis, samen een filmpje met psychoeducatie bekeken en minder medicatie voorschreven (23). Een audit in huisartspraktijken toonde bovendien aan dat de meeste huisartsen kinderen met milde tot ernstige gedragsproblemen in hun praktijken zagen (23). Deze problemen zijn goed aan te pakken door een geïndiceerde interventie op de eerste lijn. Indien de huisarts de ouders van deze kinderen evidence-based opvoedingsondersteuning kan aanbieden vooraleer deze problemen geëscaleerd zijn of chronisch worden, zou het potentieel bereik van opvoedingsprogramma's op populatieniveau substantieel vergroten. Andere

domeinen van gezondheidspromotie tonen aan dat huisartsen geloofwaardige en potentieel sterke zijn in het aanbieden van gedragsveranderende interventies (o.a. stoppen met roken, minder vetten eten, meer bewegen) (24). De huisarts die daartoe opgeleid is kan er met andere woorden mee voor zorgen dat milde gedragsproblemen bij kinderen niet escaleren. Wanneer het echter niet mogelijk is om zelf de interventie aan te bieden is het belangrijk dat de huisarts de ouders kan verwijzen naar een daartoe opgeleide professional (bv. In de opvoedingswinkels (be) of de opvoedpoli (nl)).

Een huisarts die Triple P zelf wil hanteren dient hiervoor een opleiding te hebben genoten, het opleidingsaanbod kan teruggevonden worden op www.triplep.be of www.triplep-nederland.nl. Op dezelfde websites kan men eveneens adressen vinden van opgeleide hulpverleners naar wie verwezen kan worden.

Tabel 2: Inhoud sessies op Level 3 (22)

Sessie	Inhoud van de sessie
1	<ul style="list-style-type: none"> – Duidelijkheid omtrent de aard en de voorgeschiedenis van het huidige probleem door interview en observatie – Bespreking van doelen van interventie – Opmaken van systeem om het voorkomen van het probleem te turven
2	<ul style="list-style-type: none"> – Opnieuw evalueren van het probleem: komt het nog voor? – Evaluatie van het turfsysteem – Besluit overlopen van aard en voorgeschiedenis (eerste sessie) – Opvoedkundig plan bespreken en duidelijk doel stellen. Specifieke positieve opvoedingsstrategieën worden geïntroduceerd via discussie, video of informatiebladen en kan modellering en inoefenen inhouden
3	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluatie van de vooruitgang – Bespreking van eventuele uitvoeringsmoeilijkheden
4	<ul style="list-style-type: none"> – Aanpak van eventuele moeilijkheden – Vooruitgang en graad van verbetering evalueren

	<ul style="list-style-type: none"> - Bespreking van het leren behouden van de verandering - Opstellen van nieuwe doelen en afsluiting
--	---

Tabel 3: de opvoedingsstrategieën van Triple P (22, 25)

<p>Positieve relaties ontwikkelen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Qualitytime met kinderen doorbrengen -Praten met kinderen -Affectie tonen <p>Gewenst gedrag stimuleren</p> <ul style="list-style-type: none"> -Beschrijvend prijzen gebruiken -Aandacht geven -Boeiende activiteiten aanbieden <p>Nieuwe vaardigheden en gedrag aanleren</p> <ul style="list-style-type: none"> -Het goede voorbeeld geven -Incidenteel leren gebruiken -Vraag, Zeg, Doe gebruiken -Gedragskaarten gebruiken <p>Ongewenst gedrag aanpakken</p> <ul style="list-style-type: none"> -Basisregels vaststellen -Geleide discussie gebruiken wanneer de regels niet worden nageleefd -Gepast negeren gebruiken voor minder ernstig probleemgedrag -Duidelijk en rustig instructies geven -Instructies kracht bijzetten met een logische consequentie -Quiet time gebruiken om ongewenst gedrag aan te pakken -Time-out gebruiken om ernstig ongewenst gedrag aan te pakken
--

Casus

Sessie 1

Mama komt op de consultatie bij de huisarts met haar zoontje P. van 14 maanden. Ze maakt zich ontzettend veel zorgen over het feit dat hij niet meer wil eten. Hij weigert steevast zijn groenten- en fruitpap en de maaltijden draaien vaak uit op een huilende

peuter en mama die overstuurt is. Tijdens het gesprek wordt duidelijk dat de problemen zo'n 2 maanden geleden begonnen zijn en dat het probleem zich zowel bij mama als papa voordoet. Na een korte lichamelijke controle van P. blijkt dat P. geen ondergewicht heeft. De huisarts stelt aan mama voor om het probleem aan te pakken aan de hand van het Triple P-programma.

Om meer zicht te krijgen op de eetsituaties en op de gedragspatronen van het kind en van zichzelf, wordt afgesproken dat ze de komende weken een gedragsdagboek zal bijhouden. In dit dagboek zal ze dagelijks beschrijven hoe de eetmomenten verlopen zijn. Ze zal noteren welke problemen zich voordoen, wat er zich vóór het probleem voordoet en wat erna (dus hoe het probleem gestopt wordt). Daarnaast houdt ze bij wat haar zoontje gegeten heeft. Een nieuwe afspraak wordt voorzien na 2 weken en een algemene brochure van Triple P wordt meegegeven (25). Deze brochure beschrijft de basis van positief opvoeden en de 17 opvoedingsstrategieën. Mama wordt tevens gevraagd om nog geen nieuwe strategieën toe te passen tot deze de volgende sessie besproken worden.

Sessie 2

Tijdens de tweede sessie wordt het gedragsdagboek van mama besproken. Hieruit blijkt dat haar zoontje wel met zin aan de maaltijd begint, maar na een paar scheppen weigert hij zijn mondje open te doen en draait hij zijn hoofdje weg. Wanneer mama en papa aan het ontbijt zitten vraagt hij wel boterhammen en eet deze zelfstandig op. Uit het gedragsdagboek blijkt dat wanneer P. weigert zijn mondje open te doen voor de lepel, mama blijft aandringen en P. begint te huilen. Deze huilbui eindigt meestal met P. die een boterham krijgt en deze rustig opeet. Met behulp van de dvd „Overlevingsgids voor elke ouder” (26) en de Triple P-consultatieflip-over (27) worden algemene oorzaken van probleemgedrag bij kinderen overlopen. Na het bekijken van dit stukje wordt aan mama gevraagd een inventarisatie te maken van welke oorzaken in haar situatie een rol kunnen spelen. Mama herkent zich vooral in de „onbedoelde beloningen” en de “escalatievalkuil”: elke keer als P. weigert verder te eten en begint te huilen krijgt hij een boterham. P. kan ook nogal fel aangeven wanneer hij ergens niet mee akkoord is en heeft dan vaak een woedeaanval (ook tijdens de maaltijden). Telkens dit gebeurt wordt

daaraan door één van de ouders aandacht gegeven.

In het tweede deel van deze sessie wordt met mama bekeken welke doelen voor verandering ze graag zou bereiken. Om deze in kaart te brengen, wordt een schaal voor doelbereik opgesteld: samen met mama wordt afgesproken dat het einddoel voor het eetgedrag van P. ligt op 7 op 10 keer zijn groenten- of fruitpap te eten zonder te weigeren. Op dit moment komt dit slechts 1 op 10 keer voor. Om het doel te bereiken, wordt samen met mama een plan opgesteld op basis van het Triple P-informatieblad „Alleen leren eten” voor peuters (28). Het informatieblad geeft naast informatie hoe je een peuter kan stimuleren zelfstandig te eten ook tips over hoe je jezelf en je kind kan voorbereiden op de maaltijd.

Mama spreekt met de huisarts af welke tips ze zal uitproberen om P. op de maaltijd voor te bereiden en P. te stimuleren alleen te eten. Ze spreken eveneens af dat ze niet blijft aandringen wanneer P. weigert te eten. Door middel van een rollenspel oefent mama samen met de huisarts in hoe ze het gewenst gedrag aan tafel nog meer kan bekrachtigen. Dit geeft mama meer vertrouwen in het feit dat ze ook thuis haar rust kan bewaren op momenten dat P. weigert verder te eten. Tijdens dit rollenspel wordt er eveneens stilgestaan bij de zelfevaluatie van mama, ze wordt uitgenodigd om stil te staan bij de dingen die er goed liepen tijdens het rollenspel en de dingen die ze een volgende keer anders zou aanpakken. Hierdoor krijgt mama vaardigheden mee die ze thuis kan gebruiken om zichzelf beter bij te sturen tijdens het proces. De sessie wordt afgerond met een huiswerkopdracht (mama probeert het plan uit en blijft tevens het gedragsdagboek bijhouden) en er wordt een nieuwe afspraak gemaakt.

Sessie 3

In de derde sessie wordt de vooruitgang besproken aan de hand van het gedragsdagboek. Mama geeft aan dat er een verbetering is tijdens de maaltijden en dat P. er van geniet om dingen zelf te kunnen doen. Het zelfstandig eten met een lepel lukt nog niet helemaal, maar wanneer hij zelf een lepel heeft laat hij de lepel van mama en papa ook makkelijker toe. Op de schaal van doelbereik geeft mama aan dat het nu reeds 5 op de 10 keer goed lukt tijdens de maaltijd. Mama geeft wel aan dat ze het lastig vindt om P. zelf te laten eten wanneer ze bij oma zijn uit schrik dat hij daar de boel onder kliepert.

Samen met haar wordt bekeken hoe ze dit obstakel zou kunnen overwinnen en P. ook bij oma kan stimuleren alleen te eten. Mama geeft aan dat ze het informatieblad wil meenemen naar oma, zodat deze mee op de hoogte is. Ze wil ook samen met oma bekijken waar ze P. best zijn groentepap kan geven zodat eventueel geklieder makkelijk opgekuist kan worden. De sessie wordt afgerond met een huiswerkopdracht (mama probeert P. ook bij oma alleen te laten eten en het gedragsdagboek wordt ook deze keer bijgehouden om vooruitgang in kaart te brengen) en er wordt een laatste afspraak gemaakt.

Sessie 4

Tijdens de consultatie vertelt een ontspannen mama dat het eten met P. nu goed verloopt en dat ze haar doel bereikt heeft. Occasioneel loopt een maaltijd wel eens wat minder vlot, maar dat wijt mama dan eerder aan vermoeidheid van P. Mama vertelt eveneens dat de woedeaanvallen van P. bijna niet meer voorkomen. Ze geeft aan dat ze nu op een meer ontspannen manier mama kan zijn, waardoor ze met meer vertrouwen kan omgaan met het moeilijke gedrag van haar peuter. De sessie wordt afgerond met informatie over hoe de bereikte veranderingen in stand gehouden kunnen worden en wat eventuele risico's op terugval zouden kunnen zijn. Verdere afspraken worden niet meer nodig geacht en de sessies worden afgesloten.

Referenties

1. Mesman J, Koot HM. Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. *J Am Acad Child Psy.* 2001;40(9):1029-36.
2. Stormshak EA, Bierman KL, McMahon RJ, Lengua LJ, Gr CPPR. Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *J Clin Child Psychol.* 2000;29(1):17-29.
3. Capaldi DM, Chamberlain P, Patterson GR. Ineffective discipline and conduct problems in males: Association, late adolescent outcomes, and prevention. *Aggress Violent Beh.* 1997;2(4):343-53.

4. Wills TA, Vaccaro D, Mcnamara G. The Role of Life Events, Family Support, and Competence in Adolescent Substance Use - a Test of Vulnerability and Protective Factors. *Am J Commun Psychol*. 1992;20(3):349-74.
5. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):86-104.
6. Maughan DR, Christiansen E, Jenson WR, Olympia D, Clark E. Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. *School Psychol Rev*. 2005;34(3):267-86.
7. Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennings WG. Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *J Exp Criminol*. 2009;5(2):83-120.
8. Reyno SM, McGrath PJ. Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(1):99-111.
9. Serketich WJ, Dumas JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behav Ther*. 1996;27(2):171-86.
10. Eisner M, Nagin D, Ribeaud D, Malti T. Effects of a Universal Parenting Program for Highly Adherent Parents: A Propensity Score Matching Approach. *Prev Sci*. 2012;13(3):252-66.
11. Sanders MR, Cann W, Markie-Dadds C. Why a universal population-level approach to the prevention of child abuse is essential. *Child Abuse Review*. 2003;12(3):145-54.
12. Spoth RL, Gyll M, Day SX. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *J Stud Alcohol*. 2002;63(2):219-28.
13. WorldHealthOrganisation. Preventing violence through the development of safe, stable and nurturing relationships between children and their parents and caregivers. Geneva: 2009.
14. Oberklaid F, Dworkin PH, Levine MD. Developmental-Behavioral Dysfunction in Preschool-Children - Descriptive Analysis of a Pediatric Consultative Model. *Am J Dis Child*. 1979;133(11):1126-31.

15. Triggs EG, Perrin EC. Listening Carefully - Improving Communication About Behavior and Development - Recognizing Parental Concerns. *Clin Pediatr.* 1989;28(4):185-92.
16. Rowe ML, Denmark N, Harden BJ, Stapleton LM. The Role of Parent Education and Parenting Knowledge in Children's Language and Literacy Skills among White, Black, and Latino Families. *Infant Child Dev.* 2016;25(2):198-220.
17. Piquero AR, Jennings WG, Diamond B, Farrington DP, Tremblay RE, Welsh BC, et al. A meta-analysis update on the effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *J Exp Criminol.* 2016;12(2):229-48.
18. Maes K, Steinkamm C, Glazemakers I, Janssens A, Deboutte D. Artsen en opvoedingsvragen van ouders: evidence-based antwoorden. *Tijdschrift voor Geneeskunde.* 2010;66(9):441-6.
19. McCormick E, Kerns SE, McPhillips H, Wright J, Christakis DA, Rivara FP. Training pediatric residents to provide parent education: a randomized controlled trial. *Academic pediatrics.* 2014;14(4):353-60.
20. Sanders MR. Triple P - Positive Parenting Program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health.* 2003;2(3).
21. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. 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.* 2003;1:1-25.
22. Sanders MR, Turner KM, Markie-Dadds C. *Handboek voor verstrekkers van eerstelijns Triple P.* Brisbane, QLD, Australia: Triple P International; 2003.
23. Sanders MR, Tully LA, Turner KM, Maher C, McAuliffe C. Training GPs in parent consultation skills. An evaluation of training for the Triple P-Positive Parenting Program. *Australian family physician.* 2003;32(9):763-8.
24. Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Archives of family medicine.* 2000;9(5):426-33.
25. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KM. *Positief ouderschap.* Brisbane, QLD, Australia: Triple P International; 1996.
26. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KM. *Overlevingsgids voor iedere ouder.* Brisbane, QLD, Australia: Triple P International; 2005.

27. Turner KM, Markie-Dadds C, Sanders MR. Consultatie flip-over voor eerstelijns-Triple P. Brisbane, QLD, Australia: Triple P International; 1999.
28. Sanders MR, Hoath F. Triple P serie informatiebladen voor peuters. Brisbane, QLD, Australia: Triple P International; 2007.