

De betekenis van veranderingen in gezinnen die hebben deelgenomen aan het Home-Start programma en voorspellers van deze veranderingen

Jessica, J. Asscher, Maja Deković, Peter Prinzie, Jo M.A. Hermanns & Alithe L. van den Akker¹

In dit onderzoek is met behulp van een niet-traditionele methode, namelijk de *reliable change index*, onderzocht of het opvoedingsondersteuningsprogramma Home-Start tot veranderingen leidde in de gezinnen die daaraan deelnamen. We hebben ons op drie onderzoeksvragen gericht. (1) of er *reliable change* was bereikt; (2) of de veranderingen klinisch significant waren, en (3) welke gezinnen de grootste kans hadden om betekenisvol te veranderen. Home-Start gezinnen bleken *reliable change*, betekenisvolle verandering, te laten zien voor moederlijk welzijn, voor opvoedingsgedrag en kingedrag waren de resultaten echter niet eenduidig. Een substantieel deel van de Home-Start moeders liet klinisch significante veranderingen zien voor alle afhankelijke variabelen. Moeders die er voor aanvang van Home-Start het ernstigst aan toe waren, hadden de grootste kans om betekenisvol te veranderen, terwijl moeders die er het best aan toe waren voordat Home-Start startte de grootste kans hadden om te functioneren op het niveau van een normgroep.

J.J. Asscher, dr., universitair docent, Universiteit van Amsterdam, Afdeling Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen

M. Deković, M., prof. dr., hoogleraar Orthopedagogiek, Universiteit Utrecht

P. Prinzie, dr., universitair hoofddocent, Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen, Universiteit Utrecht

J.M.A. Hermanns, prof. dr., hoogleraar Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen, Universiteit van Amsterdam

Alithe L. van den Akker is als AIO verbonden aan de afdeling Pedagogiek en Onderwijskunde van Universiteit Utrecht.

Correspondentieadres: **J.J. Asscher**, Afdeling Pedagogiek en Onderwijskunde, Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Afdeling Pedagogiek en Onderwijskunde. Postbus 94208, 1090 GE Amsterdam, e-mail: J.J.Asscher@uva.nl

Ouderlijk opvoedingsgedrag wordt gezien als determinant van emotioneel welzijn gedurende de vroege kindertijd en daarna (Papp, Cummings, & Schermerhorn, 2004). In het algemeen wordt negatief opvoedingsgedrag, zoals hardvochtige disciplineringsstijl, onvoorspelbaar ouderlijk gedrag, en een tekort aan responsiviteit, warmte, en toezicht op de activiteiten van kinderen gerelateerd aan een keur van negatieve uitkomsten voor het kind (Olson, Ceballo, & Park, 2002).

Gezien de duidelijke samenhang tussen opvoeding en de ontwikkeling van kinderen (zie bijvoorbeeld Ehrensaft, 2003), zijn talloze vroege interventies en opvoedingsondersteuningsprogramma's ontwikkeld om potentieel negatieve ontwikkelingsuitkomsten te voorkomen en gezonde ontwikkeling in gezinnen met jonge kinderen te bevorderen. De veronderstelling bij de meeste van deze programma's is dat door het ouderlijk welzijn te vergroten, het opvoedingsgedrag zal verbeteren waardoor op lange termijn ook het probleemgedrag van het kind zal afnemen.

Naast de programma's die door en bij professionele jeugdhulpverleningsinstanties worden uitgevoerd, is er een groot aantal opvoedingsondersteuningsprogramma's dat bij de gezinnen thuis plaatsvindt. Deze programma's worden uitgevoerd door professionals of vrijwilligers. Deze vorm van ondersteuning (bij de gezinnen thuis) biedt kansen voor een meer persoonlijke benadering, die mogelijk niet alleen de gezinnen helpt, maar ook de kans vergroot dat het programma volledig doorlopen wordt (zie ook de literatuuroverzichten van Bilukha et al., 2005; Diamond en Josephson, 2005). De veronderstelling hierbij is dat ouders zich in hun eigen huis meer op hun gemak voelen, (McGuigan, Katzev, & Pratt, 2003) en dat juist voor sociaal of geografisch geïsoleerde gezinnen de kans op deelname wordt vergroot. Volgens Thompson, Kropenske, Heinicke, Gomby, en Halfon (2001) is een belangrijke succesfactor van programma's die met vrijwilligers werken, dat vrijwilligers als minder bedreigend gezien worden dan professionals (Kelleher & Johnson, 2004). Daarnaast zijn vrijwilligers in vergelijking met professionals relatief goedkoop, waardoor er vaak meer tijd per gezin beschikbaar is en daarnaast met eenzelfde investering meer gezinnen geholpen kunnen worden.

Omdat zoveel gezinnen door vrijwilligers ondersteund worden, is het van belang om de effectiviteit van dit soort programma's op gedegen wijze te onderzoeken. Op dit moment is er echter weinig onderzoek naar de effectiviteit van programma's met vrijwilligers (Barnes, MacPherson, & Senior, 2006). De paar onderzoeken die effectiviteit onderzochten, vertonen belangrijke methodologische tekortkomingen. Deze tekortkomingen, die overigens niet uitzonderlijk zijn in de evaluaties van opvoedingsondersteuningsprogramma's (zie bijvoorbeeld, Bamberger, Rugh, & Mabry, 2006), kunnen onder andere bestaan uit (te) kleine onderzoeksgroepen (zie bijvoorbeeld: Kelleher & Johnson, 2004) of het gebruiken van uitsluitend zelfrapportage (zie bijvoorbeeld: Hermanns, Van de Venne & Leseman 1997). Daarnaast wordt bij veel evaluatieonderzoek slechts gebruik gemaakt van gegevens die verzameld zijn na afloop van de interventie, waardoor onduidelijk is of überhaupt verandering opgetreden is.

Dit onderzoek richt zich op Home-Start, een programma voor opvoedingsondersteuning dat werkt met vrijwilligers die gezinnen bezoeken en dat in 17 landen op vijf continenten gebruikt wordt. Alleen al in Nederland zijn er 52 locaties (zie de website Home-Start international: <http://www.homestartinternational.org/>).

In eerdere publicaties over de effectiviteit van Home-Start (Asscher, Hermanns, & Deković, 2006; Asscher, Hermanns, & Deković, 2008), is gebruik gemaakt van de klassieke aanpak om de effectiviteit van Home-Start te onderzoeken. Bij Home-Start en vergelijkingsgroep moeders (die vergelijkbare niveaus van stress en behoefte aan steun vertoonden, maar niet aan de interventie deelnamen) werden voor- en nametingen verricht. Deze twee groepen werden vervolgens vergeleken voor wat betreft veranderingen in ouderlijk welzijn, opvoedingsgedrag en probleemgedrag van kinderen. Deze aanpak, gericht op groepsgegevens, verschaft waardevolle informatie over groepsniveaus. Ze verschaft echter geen informatie over de mogelijke variatie in de effectiviteit van Home-Start voor de verschillende moeders (Jacobson & Truax, 1991), noch over mogelijke klinische significantie of relevantie van de resultaten, namelijk of de veranderingen die opgetreden zijn betekenis hebben, dat wil zeggen, of de veranderingen ook reële verandering in het alledaagse leven betekenen (Kendall, 1999).

Dit onderzoek richt zich op het bepalen van de klinische relevantie van de lange-termijn veranderingen die optraden als gevolg van het Home-Start programma. De eerste onderzoeksvraag was of de mate van verandering die is opgetreden als gevolg van Home-Start groot genoeg is om als betekenisvol, dat wil zeggen, statistisch significante *verandering* beschouwd te kunnen worden, vastgesteld met behulp van de *Reliable Change Index* (RCI, Ogles et al., 2001; Veerman & Ooms, 2008). In plaats van ons te richten op groepsgegevens zoals in ons eerdere artikel, onderzochten we hier patronen van verandering op individueel niveau. Dit biedt de mogelijkheid om binnen de steekproef percentages te bepalen van moeders die niet veranderden, vooruit of achteruit gingen. Vaak wordt vergeten dat interventies, ondanks alle positieve verwachtingen en goede bedoelingen, ook schadelijke effecten kunnen hebben, zie bijvoorbeeld MacMillan et al. (2005) die na afloop van een interventie meer kindermishandeling in de interventie- dan in de controlegroep rapporteerde. De realiteit is dat sommige gezinnen vooruit gaan als gevolg van een interventie terwijl anderen achteruit gaan. Onderzoekers die alleen op de groepsgegevens focussen kunnen hierdoor ten onrechte concluderen dat een programma niet effectief is, terwijl het in werkelijkheid voor een subgroep van de deelnemers effectief is en voor anderen schadelijk. Dit risico is vooral aanwezig wanneer een programma met niet professionals (vrijwilligers) werkt, aangezien het niveau van professionalisme cruciaal is voor de mate van succes van een programma (Schoenwald et al., 2004).

De tweede onderzoeksvraag was of gezinnen die deel hadden genomen aan het Home-Start programma na afloop van het programma op hetzelfde niveau functioneerden als gezinnen uit de algemene bevolking. Indien dat het geval is, kan van *herstel* worden gesproken (Nixon et al., 2003; Ogles, Lunnen, & Bonesteel, 2001; Sonuga-Barke et al., 2001). Om dit te onderzoeken is, naast de Home-Start en de vergelijkingsgroep, een extra onderzoeksgroep, de normgroep (gezinnen uit de algemene bevolking), meegenomen in dit onderzoek.

Onze verwachting was dat de Home-Start groep meer *reliable change* zou vertonen dan in zowel de vergelijkingsgroep als de normgroep op ouderlijk welzijn, opvoedingsgedrag en kindgedrag. Gezien het feit echter dat Home-Start zich vooral richt op het versterken van de moeders door sociale steun te bieden, verwachtten we vooral veranderingen in moederlijk welzijn. We verwachtten dat deze veranderingen zichtbaar zouden blijven tot en met de follow-up na 6 maanden. Bovendien was de verwachting dat een deel van de Home-Start moeders *herstel* zou vertonen (dat wil zeggen dat ze zullen functioneren op het niveau van de normgroep).

De derde onderzoeksvraag was of de ernst en de hoeveelheid van de problemen die aanwezig waren voorafgaand aan het Home-Start programma samenhangen met de mate van verandering. In eerder onderzoek zijn tegenstrijdige resultaten gevonden met betrekking tot beginniveau van de problemen en effecten van programma's. Sommige onderzoekers constateerden dat gezinnen die de meest ernstige problematiek hadden voorafgaand aan de interventie de grootste verandering vertoonden (bijvoorbeeld: Olds & Kitzman, 1997; Reid, Eddy, Fetrow, & Stoolmiller, 1999). Anderen (zoals MacLeod & Nelson, 2000; Webster-Stratton, 1996) rapporteerden juist het tegenovergestelde: effecten waren kleiner voor gezinnen met de meest ernstige problemen. Gezien de tegenstrijdigheid van eerdere bevindingen is er geen specifieke hypothese geformuleerd en is deze onderzoeksvraag exploratief onderzocht.

Kortom, in dit onderzoek zullen de volgende onderzoeksvragen bekeken worden:

- 1) Is de mate van verandering die is opgetreden als gevolg van Home-Start groot genoeg om als betekenisvol, dat wil zeggen, statistisch significante *verandering* beschouwd te kunnen worden?
- 2) Functioneren gezinnen die hebben deelgenomen aan het Home-Start programma na afloop van het programma op hetzelfde niveau als normgroep gezinnen (gezinnen uit de algemene bevolking)?
- 3) Hangt het beginniveau van problematiek samen met de mate van verandering?

Methodie

Deelnemers en procedure

De informatie over procedures en deelnemers wordt hier kort samengevat. Voor een uitgebreidere beschrijving verwijzen wij naar onze eerdere publicaties (Asscher, Hermanns, & Deković, 2006; 2008).

Een groep moeders die deelnamen aan het Home-Start programma ($n = 66$) werd vergeleken met een groep moeders die vergelijkbare niveaus van opvoedingsstress en behoefte aan opvoedingsondersteuning rapporteerden, maar die niet deelnamen aan enige vorm van opvoedingsondersteuning ($n = 58$). Daarnaast diende een willekeurig geselecteerde groep als normgroep ($n = 41$).

Om de vergelijkingsgroep te werven werd aan 1000 ouders met een kind in de leeftijd van 1.5-3.5 een korte vragenlijst gestuurd die opvoedingsstress (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index – korte versie, NOSIK) (De Brock et al., 1992) in kaart bracht. Daarnaast werden de volgende vragen gesteld: “Heeft u zo nu en dan behoefte aan ondersteuning met betrekking tot de opvoeding?” (Ja/ Nee), “Als deze ondersteuning geboden zou worden door een vrijwilliger die u een dagdeel per week zou komen ondersteunen, zou u daar dan gebruik van willen maken?” (Ja/ Nee). “Hoe vaak heeft u het gevoel dat uw kind moeilijker is dan andere kinderen?”. Voor de laatste vraag waren er vier antwoordcategorieën: van *bijna nooit* = 1 tot *bijna altijd* = 4. Driehonderdvijfzeventig ouders stuurden de vragenlijst terug. Uit deze groep ouders zijn zowel de normgroep geselecteerd als de vergelijkingsgroep geselecteerd. Inclusie criteria voor de stress/ steunbehoefte groep zijn: (1) ouderlijke stress gemeten met de NOSIK boven de gemiddelde score voor de niet-klinische groep ($M \geq 2.48$), en/of, (2) tenminste twee van de drie aanvullende vragen beantwoord op een manier die steunbehoefte suggereerde. Uit de resterende gezinnen zijn 41 gezinnen at random geselecteerd om als normgezinnen te dienen. Voor de ouders die instemden met deelname aan het onderzoek, werd direct een afspraak gemaakt voor het eerste huisbezoek (T1) en de eerste vragenlijst werd opgestuurd. Aan het einde van het eerste bezoek werd een afspraak gemaakt voor het tweede huisbezoek (T2), gemiddeld 6.8 ($SD = .93$) maanden later. Aan het einde van het tweede huisbezoek werd een afspraak gemaakt voor de follow-up meting (T3), gemiddeld 5.77 ($SD = .84$) maanden na T2.

De Home-Start en de vergelijkingsgroep waren gelijk op alle demografische variabelen (ethniciteit, leeftijd, geslacht van het kind, aantal kinderen in het gezin, gezondheidsproblemen, aantal life events de afgelopen 12 maanden), met uitzondering van de leeftijd van de moeder ($F(1, 102) = 10.19, p < .01$), haar opleidingsniveau ($\chi^2 = 4.24, p < .05$) en huwelijksstatus ($\chi^2 = 10.51, p < .01$). Home-Start moeders waren jonger, lager opgeleid en vaker alleenstaand dan de moeders van de vergelijkingsgroep. De normgroep moeders waren ouder ($F(1, 137) = 5.91, p < .05$), hoger opgeleid ($\chi^2 = 8.17, p < .01$), hadden minder vaak drie of meer life events meegemaakt gedurende de afgelopen 12 maanden ($\chi^2 = 7.13, p <$

.01) en waren minder vaak alleenstaand ($\chi^2= 13.95, p < .001$) dan moeders in de Home-Start of vergelijkingsgroep.

Home-Start: beschrijving van het programma

Home-Start is een programma waarbij vrijwilligers thuis steun, vriendschap en praktische hulp bieden bij gezinnen die stress ervaren, in een poging om gezinscrisis te voorkomen' (Frost et al., 2000). Vrijwilligers bezoeken de gezinnen eens per week een halve dag. Gezinnen komen bij Home-Start terecht via consultatiebureaus, maatschappelijk werk, kinderbescherming en zelfverwijzing. Home-Start vrijwilligers volgen een driedaagse training, waarbij ze leren op een non-directieve manier ondersteuning te bieden. Daarnaast krijgen de vrijwilligers één keer per maand supervisie en nemen ze één keer per jaar deel aan een landelijke trainingsdag. Er zijn geen verdere opleidingsvereisten. In dit onderzoek heeft 20% van de gezinnen minder dan drie maanden gebruik gemaakt van Home-Start, en 20% van de gezinnen maakte tussen de drie en vijf maanden gebruik van Home-Start. Zesenvijftig procent van de gezinnen maakte vijf tot negen maanden gebruik van Home-Start en slechts 4 % van de gezinnen maakte langer dan negen maanden gebruik van Home-Start. Het gemiddelde aantal bezoeken was 3.49 ($SD=.82$) per maand, met een gemiddelde duur van 2.4 uur ($SD=.46$). Zowel de intensiteit als de inhoud van de interventie zoals onze onderzoeksgroep die kreeg, waren vergelijkbaar met de manier waarop Home-Start wordt ingezet in Nederland (Galama & van Rij, 2004). Een uitgebreidere beschrijving van het Home-Start programma is te vinden in ons eerdere artikel (Asscher, Hermanns, & Deković, 2006).

Instrumentarium

Alle instrumenten die in dit onderzoek gebruikt worden, zijn in eerder onderzoek gebruikt (bijvoorbeeld Deković et al., 2003) en hebben adequate psychometrische eigenschappen. Voor een uitgebreidere omschrijving van het instrumentarium, zie (Asscher, Hermanns, & Deković 2006).

Welzijn moeder

Depressieve stemming van de moeder (negen items) werd gemeten met behulp van de subschaal Ouderlijke Depressie uit de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI) (Abidin, 1983; De Brock e.a., 1992). De ervaren *opvoedingscompetentie* (13 items) werd gemeten met behulp van de subschaal Competentie van de NOSI . De betrouwbaarheid van deze schalen was goed (alpha varieerde van .87 tot .89).

Opvoedingsgedrag

Om ouderlijk opvoedingsgedrag in kaart te brengen is gebruik gemaakt van zowel zelfrapportage als observatiedata. Zelfgerapporteerde ouderlijke *responsiviteit* is gemeten met een subschaal van de Nijmeegse Opvoedingsvragenlijst (NOV) (Gerris e.a., 1993). Zelfgerapporteerde *negatieve controle* is gemeten met de Parenting Dimensions Inventory (PDI) (Slater & Power, 1987). Een samengestelde score werd berekend door de scores voor permissiviteit, liefdesonthouding, fysiek straffen en machtsuitoefening te standaardiseren en op te tellen. Naast deze vragenlijstgegevens, zijn ook observatiedata verzameld. De onderzoeksstaf heeft de Coder Impressions Inventory (CII) (Webster-Stratton, 1998) direct na elk huisbezoek ingevuld. De volgende opvoedingsconstructen uit de CII zijn in dit onderzoek gebruikt: *hardvochtig opvoeden* dat negatief en vijandig opvoeden representeert en *warmte*, dat liefdevol en warm opvoedingsgedrag meet. De observatoren waren elk ongeveer 30 uur getraind in het coderen van de CII met videobanden en live observaties, totdat een inter-observator betrouwbaarheid van 80% was bereikt.

Probleemgedrag van het kind

Om het probleemgedrag van het kind te meten is ook gebruik gemaakt van zowel vragenlijsten als observaties. Moeders werd gevraagd om over het probleemgedrag van hun kind te rapporteren met behulp van de Child Behavior Check List (CBCL/ 2-3) (Achenbach, 1992). Voor dit onderzoek is alleen de *externaliserend probleemgedrag* schaal gebruikt. De CII is gebruikt als observatiemaat van probleemgedrag van het kind in interactie met zijn/ haar moeder. In dit onderzoek is de *negativiteit* schaal gebruikt. Deze schaal meet de mate van negatief gedrag waaronder agressief en onthecht gedrag.

Data analyses

Om de eerste onderzoeksvraag: *Is de mate van verandering die is opgetreden als gevolg van Home-Start groot genoeg om als betekenisvol, dat wil zeggen, statistisch significante verandering beschouwd te kunnen worden?* te beantwoorden, is voor elke deelnemer, voor elke afhankelijke variabele de reliable change index (RCI) uitgerekend, waarbij gebruik is gemaakt van de methode van Jacobson en Truax's (1991)¹. In deze studie wordt gesproken van *voortgang* als er een toename van

- 1 De score op de voormeting wordt afgetrokken van de score op de nameting, waarna dit getal gedeeld wordt door de standaard error van het verschil tussen de twee uitkomstmaten (*Sdiff*). De *Sdiff* wordt berekend op basis van de standaard error van de meting (SE), met behulp van de volgende formule: $Sdiff = \sqrt{2(SE)^2}$. Als de berekende RCI groter dan 1.96 of kleiner dan -1.96 is, is de verandering groot genoeg om betekenisvol te zijn. Vervolgens zijn de percentages berekend van het aantal moeders dat voortgang vertoonde ($RCI > 1.96$), achteruitgang vertoonde ($RCI < -1.96$), of bij benadering hetzelfde bleef ($-1.96 > RCI < 1.96$) bij zowel name-ting als follow-up.

de gewenste uitkomsten is (dwz: competentie, responsiviteit of warmte) of een afname van negatieve uitkomsten (dwz. depressieve stemming, negatieve controle, hardvochtig opvoedingsgedrag, externaliserend probleemgedrag en negatief kindgedrag). Als er sprake is van een afname van gewenste uitkomsten of een toename van ongewenste uitkomsten, wordt de term *achteruitgang* gebruikt.

Vervolgens is er met behulp van chi-kwadraat toetsen gekeken of er significante verschillen waren tussen de Home-Start, vergelijkings- en normgroep in het percentage gevallen dat voor- of achteruitgang. Twee analyses werden uitgevoerd: één voor de korte termijn effectiviteit (vergelijking T1– T2), en één voor de lange termijn effecten (vergelijking T1 – T3).

Om de tweede onderzoeksvraag: *Zijn deelnemers van Home-Start na afloop van het programma in staat te functioneren op het niveau van een normgroep, dat wil zeggen, is er sprake van herstel?*, te beantwoorden, is weer gebruik gemaakt van een techniek die voorgesteld is door Jacobson en Truax (1991, zie ook Sonuga-Barke, et al., 2001). Daartoe is eerst de klinische cut-off score berekend (gemiddelde voormeting van de norm groep + gemiddelde voormeting van de Home-Start groep)/2. Vervolgens werd het percentage berekend van Home-Start moeders dat bij nameting en follow-up boven de cut-off score scoorde. Home-Start moeders die bij voormeting al boven de cut-off score vielen, zijn buiten deze analyses gelaten, omdat er voor hen geen herstel mogelijk was. Voor Home-Start moeders die bij de voormeting onder de cut-off score scoorden, werd gekeken hoeveel van hen bij de nameting wel boven de cut-off score scoorden.

Om onze derde onderzoeksvraag: *Is het beginniveau van de problemen gerelateerd aan de mate van verandering?*, te beantwoorden, is de groep moeders in drieën verdeeld: moeders die geen verandering vertoonden bij nameting ($n = 33$), moeders met verandering op slechts 1 van de uitkomstvariabelen ($n = 18$) en moeders die op twee of meer uitkomstvariabelen verandering lieten zien ($n = 11$). Vervolgens zijn multivariate covariantieanalyses (MANCOVA's) met leeftijd van de moeder, opleiding en huwelijkse status als covariaten. We voerden dezelfde analyses uit voor herstel. Hiertoe werden de moeders weer verdeeld in drie groepen: moeders die geen herstel lieten zien ($n = 11$), moeders die herstel lieten zien op één van de uitkomstmaten ($n = 22$) en moeders die herstel lieten zien op twee of meer uitkomstmaten ($n = 33$).

Resultaten

Vorbereidende Analyses

In de huidige dataset ontbrak 9.6% van de data. Door de maximum likelihood functie (Schafer & Graham, 2002) op individueel niveau te schatten, konden gegevens van alle deelnemers ($n = 165$) in de analyses meegenomen worden. Schafer and Graham (2002) adviseren deze efficiënte methode, waarbij alle beschikbare gegevens gebruikt kunnen worden, onder de aanname dat de ontbrekende data at random zijn, zoals bij dit onderzoek het geval was.

Onderzoeksvraag 1: Kan de mate van verandering als gevolg van Home-Start als betekenisvol (Reliable Change) beschouwd worden?

Aantallen, percentages en chi kwadraat scores van moeders die vooruitgang, achteruitgang of geen verandering lieten zien, zijn weergegeven in Tabel 1. Wat betreft ouderlijk welzijn (depressieve stemmingen en competentie) van de Home-Start moeders liet 12 tot 18% vooruitgang zien en geen van hen ging achteruit. Slechts een klein percentage van de vergelijkings- en normgroepe ging vooruit (maximaal 3%). Deze verandering is wat op basis van toeval verwacht kon worden (voor ongeveer 2.5% van de onderzoeksgroepen). Dus Home-Start moeders vertonen zowel op nameting als follow-up meer vooruitgang.

Wat betreft opvoedingsgedrag waren de resultaten wat minder eenduidig. Er was geen significant verschil in de mate van verandering in responsiviteit tussen de Home-Start en de vergelijkings- en normgroep. Wel was de verandering in negatieve controle het grootst voor de Home-Start groep. Op nameting lieten de Home-Start moeders de grootste afname van negatieve controle zien. twee procent van de Home-Start moeders gaf echter aan juist meer negatieve controle te gebruiken. Bij follow-up waren de verschillen tussen de groepen niet meer significant. Verder was er een significant verschil tussen de groepen in de mate van verandering in de geobserveerde warmte bij de nameting. Negen procent van de Home-Start groep vertoonde een verbetering in warmte en vijf procent liet een achteruitgang in warmte zien. In de vergelijkingsgroep ging slechts twee procent vooruit en 5 procent achteruit. Bij de follow-up waren deze verschillen nog steeds zichtbaar. In de normgroep werd geen verandering in moederlijke warmte geobserveerd. De resultaten voor geobserveerd hardvochtig opvoedingsgedrag lieten geen significante verschillen tussen de groepen zien in voor- of achteruitgang bij nameting of bij follow-up. Een opvallend resultaat was dat 15% van de Home-Start moeders een toename in hardvochtig gedrag ten opzichte van het kind (dus achteruitgang!) liet zien en dat slechts vijf procent vooruitgang liet zien. Bij de follow-up, was slecht vier procent van de Home-Start moeders vooruit gegaan, terwijl 11% achteruitgang liet zien. Overigens was ook in de vergelijkingsgroepen een achteruitgang zichtbaar.

Ook de resultaten met betrekking tot kindgedrag waren niet consistent (zie Tabel 1). Volgens de rapportage van de moeders gingen de kinderen in de Home-Start groep meer vooruit dan de kinderen in de andere twee groepen. De verschillen waren op zowel nameting als follow-up significant. Deze resultaten werden niet bevestigd door de observatiedata. Slechts vier procent van de Home-Start kinderen liet vooruitgang (afname van negativiteit) bij nameting zien en acht procent liet achteruitgang (toename van negativiteit) zien tijdens de thuis observaties. In de normgroep waren geen veranderingen zichtbaar en in de vergelijkingsgroep ging twee procent voor- en twee procent achteruit. Deze verschillen waren zowel bij nameting als follow-up niet significant.

Kortom, de resultaten wijzen er op dat Home-Start moeders, vergeleken met de vergelijkings- en normgroep moeders, vooruitgang in moederlijk welzijn lieten zien bij zowel nameting als follow-up. Er was positieve verandering voor

Tabel 1

Verandering in Moederlijk Welzijn, Opvoedingsgedrag, en Kindgedrag voor Home-Start, Vergelijkings- en Normgroep

Uitkomstmaat/ Groep	Nameting						χ^2
	Vooruitgang		Geen verandering		Achteruitgang		
	N	%	N	%	N	%	
Depressieve stemming							9.56**
Home-Start	8	12	58	88	0	0	
Vergelijking	1	2	57	98	0	0	
Norm	0	0	41	100	0	0	
Competentie							11.45**
Home-Start	9	14	40	86	0	0	
Vergelijking	1	2	57	98	0	0	
Norm	0	0	57	98	1	2	
Responsiviteit							3.90
Home-Start	4	6	61	92	1	2	
Vergelijking	0	0	58	100	0	0	
Norm	1	2	39	96	1	2	
Negatieve Controle							6.11*
Home-Start	4	6	60	91	2	3	
Vergelijking	0	0	57	98	1	2	
Norm	0	0	41	100	0	0	
Warmte (O)							6.50*
Home-Start	6	9	57	86	3	5	
Vergelijking	1	2	54	93	3	5	
Norm	0	0	41	100	0	0	
Hardvochtig (O)							2.38
Home-Start	3	5	53	80	10	15	
Vergelijking	1	2	57	98	0	0	
Norm	0	0	41	100	0	0	
Externaliserend							6.49*
Home-Start	10	15	56	85	0	0	
Vergelijking	3	5	55	95	0	0	
Norm	1	2	40	98	0	0	
Negativityeit (O)							2.38
Home-Start	3	4	58	88	5	8	
Vergelijking	1	2	56	96	1	2	
Norm	0	0	41	100	0	0	

Note: O= Observaties.

Follow-up		Geen verandering		Achteruitgang		χ^2
Vooruitgang						
N	%	N	%	N	%	
						10.49**
10	15	56	85	0	0	
2	3	56	97	0	0	
0	0	41	100	0	0	
						13.61**
12	18	54	82	0	0	
2	3	56	97	0	0	
0	0	41	100	0	0	
						5.05†
5	8	60	91	1	1	
1	2	57	98	0	0	
0	0	41	100	0	0	
						3.66
4	6	60	91	2	3	
1	2	56	96	1	2	
0	0	41	100	0	0	
						9.56**
8	12	55	83	3	5	
1	2	53	91	4	7	
0	0	40	98	1	2	
						1.82
2	4	59	85	5	11	
4	7	53	91	1	2	
0	0	41	100	0	0	
						7.51*
8	14	57	85	1	1	
2	5	55	83	1	2	
0	0	41	100	0	0	
						2.64
4	6	60	91	2	3	
2	3	55	95	1	2	
0	0	40	98	1	2	

twee aspecten van opvoedingsgedrag (zelfgerapporteerde negatieve controle en geobserveerde warmte) bij nameting. Bij de follow-up meting was echter alleen de verandering in warmte nog significant. Tenslotte was er een vooruitgang in door moeders gerapporteerd kindprobleemgedrag in de Home-Start groep (maar niet in de geobserveerde data), zowel bij nameting als bij follow-up.

Tabel 2

Klinisch Significante Verandering (Herstel) in Moederlijk Welzijn, Opvoedingsgedrag en Kindgedrag bij Nameting en Follow-up voor de Home-Start Groep

Uitkomst	T1		Nameting		Follow-up	
	Cut-off score	N ^a	N ^b	%	N ^b	%
Moederlijk welzijn						
Depressieve stemming	2.40	19	15	79	13	68
Competentie	4.76	19	16	84	16	84
Opvoedingsgedrag						
Responsiviteit	5.06	29	21	72	21	72
Negatieve Controle	.56	29	22	76	18	62
Warmte (O)	1.36	20	12	60	11	55
Hardvochtig (O)	1.36	33	13	39	16	49
Kindgedrag						
Externaliserend	.59	21	17	81	17	81
Negativiteit (O)	1.61	23	15	65	12	52

Note: ^a Aantal moeders dat in aanmerking kwam voor herstel (d.w.z. die onder het cut-off punt scoorden bij T1).

^b Aantal moeders dat herstel liet zien (d.w.z. die boven het cut-off punt scoorden op nameting of follow-up).

O= Observatie

Onderzoeksvraag 2: *Zijn deelnemers van Home-Start na afloop van het programma in staat te functioneren op het niveau van een normgroep, is er sprake van herstel?*

In Tabel 2 staan de cut-off scores voor elke uitkomstmaat, het aantal Home-Start moeders dat onder het cut-off punt scoorde bij voormeting (d.w.z. moeders die in aanmerking kwamen om herstel te vertonen), en het aantal en percentage moeders dat hersteld was op nameting of follow-up. Bij alle uitkomstmaten functioneerde een behoorlijk percentage (39 tot 84%) moeders direct na afloop van de Home-Start interventie weer op het niveau van de normgroep. Dit herstel leek bovendien stabiel: bij de follow-up functioneerde nog 49 tot 84% van de Home-Start moeders op het niveau van de normgroep. Deze percentages zijn echter wel gebaseerd op een klein deel van de Home-Start moeders, de rest van de groep functioneerde bij de voormeting reeds op het niveau van de normgroep.

Onderzoeksvraag betrof 3: *Hangt het beginniveau van problematiek samen met de mate van verandering?* Deze is onderzocht met behulp van een multivariate co variantie analyse (MANCOVA), Deze MANCOVA liet een significant hoofdeffect zien voor groep, Pillai's trace = .47, $F(16, 100) = 1.89$, $p < .05$, $\eta^2 = .23$. Op univariaat niveau, werden voor de volgende afhankelijke variabelen significante effecten gevonden: depressieve stemmingen $F(2, 61) = 4.02$, $p < .05$, $\eta^2 = .13$, competentie $F(2, 61) = 5.14$, $p < .01$, $\eta^2 = .16$, hardvochtig opvoedingsgedrag $F(2, 61) = 5.06$, $p < .05$, $\eta^2 = .15$, en moederlijke warmte $F(2, 61) = 5.26$, $p < .01$, $\eta^2 = .16$. Bonferroni post-hoc analyses lieten zien dat moeders die geen verandering lieten zien, minder depressieve stemmingen op voormeting rapporteerden ($MD = -1.09$, $p < .05$) dan moeders die verandering lieten zien op twee of meer uitkomstmaten. Moeders die geen verandering lieten zien, voelden zich ook competentier bij voormeting dan moeders die op twee of meer uitkomstmaten verandering lieten zien (het verschil tussen de gemiddelden was significant, .88, $p < .01$). Moeders die geen verandering lieten zien vertoonden meer warmte (het verschil tussen de gemiddelden was significant, .64, $p < .01$) en minder hardvochtig opvoedingsgedrag (het verschil tussen de gemiddelden was significant, -.33, $p < .05$) bij voormeting dan moeders die verandering lieten zien op twee of meer uitkomstmaten.

Dezelfde analyses werden uitgevoerd voor herstel. De MANCOVA liet een significant hoofdeffect zien voor groep, Pillai's trace = .47, $F(16, 108) = 2.05$, $p < .05$, $\eta^2 = .23$. Univariate toetsen lieten significante verschillen zien in voormeting scores van depressieve stemmingen $F(2, 60) = 5.75$, $p < .01$, $\eta^2 = .16$, competentie $F(2, 60) = 10.00$, $p < .001$, $\eta^2 = .26$, responsiviteit $F(2, 60) = 4.27$, $p < .01$, $\eta^2 = .19$, negatieve controle $F(2, 60) = 3.54$, $p < .05$, $\eta^2 = .11$ en moederlijke warmte $F(2, 60) = 3.90$, $p < .05$, $\eta^2 = .12$. Post-hoc analyses toonden aan dat moeders die er het beste aan toe waren voor de start van Home-Start, de grootste kans hadden op herstel. Moeders die herstel lieten zien op 2 of meer variabelen, voelden zich competentier bij de voormeting dan moeders die op geen enkele uitkomstmaat herstel lieten zien (het verschil tussen de gemiddelden was significant, 1.19, $p < .01$) of die maar op 1 van de uitkomstmaten herstel lieten zien (het verschil tussen de gemiddelden was significant, .85, $p < .05$). Moeders die herstel lieten zien op twee of meer uitkomstmaten hadden minder last van depressieve stemmingen dan moeders die op 1 variabele herstel lieten zien (het verschil tussen de gemiddelden was significant, -.88, $p < .05$) of op geen (het verschil tussen de gemiddelden was significant, -.97, $p < .05$) van de uitkomstmaten. Moeders die het meeste herstel lieten zien waren responsiever bij de voormeting dan moeders die geen herstel lieten zien (het verschil tussen de gemiddelden was significant, 1.00, $p < .01$). De moeders die het meeste herstel lieten zien waren warmer bij de voormeting (het verschil tussen de gemiddelden was significant, .42, $p < .05$), dan moeders die herstel lieten zien op slechts één uitkomstmaat.

Kortom, in tegenstelling tot onze resultaten met betrekking tot verandering, waar de veranderingen het grootst waren voor die gezinnen die er voor aanvang van Home-Start het slechtst aan toe waren, bleek dat als er gekeken wordt naar

herstel, gezinnen die er het best aan toe waren voordat Home-Start startte, de meeste kans hadden om terug te keren naar een normaal functioneringsniveau na afloop van Home-Start.

Conclusie

De eerste onderzoeksvraag van dit onderzoek was of de mate van verandering in welzijn en opvoedingsgedrag van de moeder en probleemgedrag van het kind, zoals gerapporteerd in eerdere publicaties over het Home-Start evaluatieonderzoek (Asscher, Hermanns, & Deković, 2006; 2008), groot genoeg is om betekenisvol te zijn. Zowel voor competentie als depressieve stemmingen vonden we substantiële veranderingen in de Home-Start groep, die zowel in de vergelijkingsgroep als in de normgroep niet gevonden werden. De resultaten waren nog duidelijker zichtbaar bij de follow-up. Deze resultaten suggereren dat Home-Start inderdaad het welzijn van de moeder vergroot en daarmee een van de doelstellingen van het programma behaalt. Mogelijk voelen moeders zich ontlast doordat zij problemen die zij met hun kinderen ervaren met een andere moeder kunnen bespreken, of voelen ze zich gesteund wanneer de vrijwilliger voor hun kinderen zorgt of positieve feedback geeft op hun opvoedingsgedrag.

Hoewel het welzijn duidelijk verbeterde, waren de resultaten voor het opvoedingsgedrag van de moeder minder duidelijk. Als we naar zelfrapportages kijken, werden de meeste positieve veranderingen gevonden in de Home-Start groep. Deze verbeteringen in opvoedingsgedrag werden echter niet gevonden in de observatiedata, behalve voor geobserveerde warmte van de moeder. De observatiedata lieten verder zien dat 15% van de Home-Start moeders bij de nameting een achteruitgang lieten zien in hardvochtig opvoedingsgedrag en dat deze achteruitgang in 11% van de gevallen zelfs bij de follow-up meting nog zichtbaar was. Wel moet hierbij opgemerkt worden dat deze resultaten niet significant slechter waren dan in de andere twee groepen. Bij de follow-up lieten ook de vergelijkingsgroep moeders een kleine toename van hardvochtig opvoedingsgedrag zien. Deze toename in hardvochtig opvoedingsgedrag kan mogelijk voor een deel verklaard worden door de leeftijdsgroep waarop dit onderzoek zich richtte: de peuterleeftijd wordt gekenmerkt door een toename van ongehoorzaamheid bij kinderen (Kochanska, 1995), hetgeen ouders meer restrictief gedrag zal ontlokken. Hiertegen zal het kind weer protesteren, wat zou kunnen leiden tot een toename in geobserveerde hardvochtigheid in alle groepen.

In het algemeen lijkt het erop dat Home-Start moeders een psychische verandering doormaken, gezien de veranderingen in welzijn. Deze psychische veranderingen leiden echter slechts gedeeltelijk tot verbetering van het opvoedingsgedrag. Ondanks het feit dat er slechts beperkte effecten werden gevonden voor opvoedingsgedrag, rapporteerden moeders wel een vooruitgang in kindprobleemgedrag, zowel bij nameting als bij follow-up. Deze bevindingen kunnen echter ook een gevolg zijn van de psychische veranderingen die de moeders doormaken: het door moeders gepercipieerde gedrag van de kinderen is vooruit

gegaan, echter deze vooruitgang is niet zichtbaar in de observatiedata. Eén mogelijkheid is dat het gedrag van de kinderen niet werkelijk veranderd is, maar dat moeders het gedrag anders ervaren als gevolg van hun eigen toegenomen welzijn. Het is echter wel mogelijk dat deze veranderde perceptie uiteindelijk zal leiden tot werkelijke verbeteringen van het gedrag van het kind, omdat moeders anders (positiever) zullen gaan reageren, waardoor de interactie tussen moeder en kind in het algemeen positiever zal gaan verlopen.

Een belangrijke vraag hierbij is of moeders die bij voormeting verminderd welzijn rapporteerden hun kinderen daarom als meer problematisch ervoeren dan moeders die zich beter voelden, of, dat de kinderen bij voormeting meer probleemgedrag vertoonden, waardoor moeders verminderd welzijn rapporteerden. Deze vragen hangen samen met een langlopende discussie in de literatuur die gaat over de vraag of moeders met verminderd welzijn een verstoorde perceptie van hun kinderen hebben, die uiteindelijk zou kunnen leiden tot het ontstaan van probleemgedrag (Field et al., 1993). De resultaten van dit huidige onderzoek suggereren echter juist het tegenovergestelde: moeders van wie het welzijn vooruitging, percipieerden hun kinderen als minder problematisch dan daarvoor, maar de observatiedata lieten geen werkelijke veranderingen in probleemgedrag zien. Dit zou kunnen betekenen dat moeders met een verbeterd welzijn misdragingen van hun kinderen niet zien. Een alternatieve verklaring is dat de veranderingen in probleemgedrag daadwerkelijk aanwezig waren, maar niet zichtbaar tijdens de korte periode van de thuisobservatie, terwijl moeders die de hele dag met hun kind doorbrengen wel een afname van probleemgedrag waarnamen.

Concluderend kan gesteld worden dat Home-Start leidt tot verandering voor een aantal van de deelnemende moeders, terwijl in de vergelijkingsgroep en de normgroep de verandering niet meer was dan de verandering die aan toeval toegeschreven kan worden. De meeste veranderingen waren in de verwachte richting: in de Home-Start groep waren de veranderingen meestal in positieve richting (vooruitgang). We vonden geen bewijs dat Home-Start ook zou kunnen leiden tot achteruitgang. Voorzichtigheid is echter geboden bij de interpretatie van deze resultaten, omdat er voor hardvochtig opvoedingsgedrag wel degelijk een achteruitgang was gevonden. Deze was echter ook zichtbaar in de vergelijkingsgroep.

De tweede onderzoeksvraag betrof de klinische betekenis van de veranderingen: de vraag of Home-Start moeders op het niveau van de normgroep functioneren na afloop van het programma. Een substantieel percentage van de Home-Start moeders functioneerde inderdaad op het niveau van de normgroep na afloop van het programma. Helaas was het zo dat geen van de moeders die verandering (onderzoeksvraag 1) vertoonde ook herstel (onderzoeksvraag 2) liet zien of andersom. Dit betekent dat moeders die de grootste vooruitgang lieten zien (d.w.z. voor wie Home-Start de grootste effecten bereikte) niet dezelfde moeders zijn als zij die uiteindelijk op het niveau van de normgroep kunnen functioneren. Er zijn blijkbaar twee soorten moeders die meedoen aan Home-Start: ten eerste de moeders voor wie Home-Start veel doet en die grote vooruitgang laten

zien, maar die niet in staat zijn op het niveau van de normgroep te functioneren na afloop van het programma. Een andere mogelijke verklaring voor de snelle verandering bij de gezinnen die er van te voren het ernstigst aan toe waren is dat gezinnen die voorafgaand aan Home-Start de slechtste scores hadden hun 'plafond' hadden bereikt en dus letterlijk maar één kant uit konden (Veerman, Janssens, Delicat, 2005): namelijk naar een vermindering van probleemgedrag. Daarnaast is er een tweede groep moeders, die herstellen tot het niveau van de normgroep, maar die minder vooruitgang laten zien, waarschijnlijk vanwege het feit dat hun functioneren in ieder geval dicht bij het niveau van de normgroep lag bij de voormeting. Om te kunnen beoordelen of een programma werkt en om te bepalen of klinisch betekenisvolle resultaten worden bereikt, is het van belang om beide uitkomsten (verandering en herstel) in beschouwing te nemen.

De derde onderzoeksvraag was of het beginniveau van problematiek samenhang met de mate van verandering. Als gekeken wordt naar de grootste verandering (onderzoeksvraag 1), dan blijkt dat moeders die de meeste problemen hebben voor de start van Home-Start de grootste veranderingen in uitkomstmaten laten zien. Als we deze vraag echter bekijken voor herstel (onderzoeksvraag 2), dan blijkt het tegenovergestelde: gezinnen die er het beste aan toe waren voor aanvang van Home-Start, maken de grootste kans om na afloop van het programma op het niveau van de normgroep te functioneren. Deze resultaten verklaren deels de tegenstrijdige resultaten die gerapporteerd worden in eerder onderzoek met betrekking tot de vraag welke gezinnen de meeste baat hebben bij een programma (zie bijvoorbeeld, Olds & Kitzman, 1997). Op welke gezinnen een programma zich zou moeten richten, hangt dus af van wat een programma hoopt te bereiken. Als een programma zo groot mogelijke verandering wil tussen voor- en nameting, kan het programma zich het beste richten op gezinnen met de ernstigste problematiek bij voormeting. Als een programma er echter naar streeft zo veel mogelijk gezinnen te laten functioneren op het niveau van een norm groep, dan kan een programma zich het beste richten op gezinnen die in de buurt van de normgroep functioneren.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. De eerste beperking is dat we een relatief kleine onderzoeksgroep hebben gebruikt. Dit is een gevolg van de keuze om observatiedata te verzamelen voor dit onderzoek. Omdat dit een zeer arbeidsintensieve methode van data verzamelen is, was het helaas niet haalbaar een groter aantal deelnemers bij dit onderzoek te betrekken. Overigens is een relatief kleine onderzoeksgroep een probleem waar veel interventieonderzoek mee kampt (Weisz, Jensen Doss, & Hawley, 2005). Een meta-analyse van Nederlandse intensieve pedagogische thuishulp (IPT) programma's rapporteerde zelfs bij 8 van de 17 bestudeerde onderzoeken een steekproefgrootte van minder dan 20 (Veerman, Janssens, & Delicat, 2005). Een replicatie van dit onderzoek met een grotere onderzoeksgroep is noodzakelijk om met meer zekerheid uitspraken te kunnen doen over de werking van Home-Start.

Een andere beperking is dat de onderzoeksgroepen niet at random ingedeeld zijn in onderzoeks- en controlegroep. Een gevolg daarvan is dat er een aantal

verschillen was tussen de groepen, bijvoorbeeld in leeftijd, opleidingsniveau en huwelijkse status van de moeders. Van deze kenmerken is bekend dat ze ouders en kinderen kunnen beïnvloeden en daarom mogelijk ook de resultaten kunnen beïnvloeden. Hoewel we voor deze verschillen gecontroleerd hebben bij de MANCOVA, konden we er niet voor controleren bij de chi-kwadraat toetsen, die we gebruikt hebben om de eerste twee onderzoeksvragen te beantwoorden. In één van de eerdere publicaties over dit onderzoek (Asscher, Hermanns, & Deković, 2008) gebruikten we analyses waarbij we groepsgemiddelden vergeleken van Home-Start en vergelijkingsgroep. Bij deze analyses controleerden we voor demografische variabelen en hierbij bleek dat zij de effectiviteit niet beïnvloedden. Voorzichtigheid is echter toch geboden bij de interpretatie van deze resultaten, aangezien we niet kunnen uitsluiten dat deze demografische variabelen deze resultaten mogelijk beïnvloed hebben.

Ondanks deze beperkingen, geeft dit onderzoek inzicht in veranderingen die in eerdere publicaties over dit onderzoek (Asscher et al., 2008) onzichtbaar zijn gebleven. In de eerdere publicaties hebben we laten zien dat Home-Start moeders, als groep, significant veranderden. In het huidige artikel hebben we laten zien dat deze veranderingen groot genoeg zijn om betekenisvol te kunnen zijn. Bovendien zijn de veranderingen van de Home-Start groep in dit onderzoek vergeleken met de veranderingen in een normgroep moeders, waardoor wij vast konden stellen of Home-Start deelnemers na afloop van Home-Start in staat waren om te functioneren op het niveau van een normgroep. Ook leverde het huidige onderzoek informatie op over de variatie in effectiviteit van Home-Start, waarmee wij konden vaststellen welke moeders het meest van Home-Start zullen profiteren. Het was opmerkelijk dat er verschil was tussen de moeders die de grootste kans maakten op grote veranderingen en de moeders die uiteindelijk in staat waren te functioneren op het niveau van de norm groep.

Dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan het verbeteren van Home-Start. Het is voor Home-Start coördinatoren, vrijwilligers, maar ook voor beleidsmakers en politici van belang om zich bewust te zijn van het feit dat de grootste veranderingen verwacht kunnen worden van de Home-Start gezinnen bij wie de problematiek voor aanvang van het programma het ernstigst is. Home-Start lijkt een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven in deze gezinnen. Gezien het feit dat na afloop van Home-Start deze gezinnen nog niet op het niveau van een normgroep functioneren, kan het noodzakelijk zijn om deze gezinnen extra hulp te bieden. Mogelijk stopt Home-Start te snel voor deze gezinnen (bijvoorbeeld omdat het gezin en de vrijwilliger tevreden waren met de grote hoeveelheid vooruitgang), of heeft Home-Start deze gezinnen uiteindelijk te weinig te bieden. Een oplossing zou kunnen zijn om een of meer interventies (bijvoorbeeld een ouder training of therapie voor de moeder) aan te bieden naast de ondersteuning door de vrijwilliger. Aan de andere kant zijn de klinisch meest relevante resultaten behaald met gezinnen die relatief weinig problemen hadden voordat Home-Start begon. Een substantieel deel van de moeders in deze gezinnen bereikte een gemiddeld niveau van welzijn en opvoedingsgedrag

en hun kinderen lieten ook een gemiddeld niveau van functioneren zien. In het algemeen kan geconcludeerd worden dat Home-Start het meest geschikt lijkt voor gezinnen waar de problematiek niet al te ernstig is, voor deze groep gezinnen kan Home-Start, als relatief goedkope interventie, bevredigende resultaten behalen.

Tenslotte nog een opmerking over het gebruik van de reliable change index (RCI). Hoewel er regelmatig op gewezen wordt dat onderzoekers niet alleen de statistische betekenis van hun resultaten moeten presenteren, maar ook de klinische betekenis, gebeurt dat in de praktijk helaas nog maar zelden (Fidler et al., 2005). De RCI is niet bedoeld om de traditionele analyses, waarbij groeps-gemiddelden vergeleken worden, te vervangen, maar voorziet in aanvullende informatie door binnen de groep te kijken. De RCI verschaft informatie over de frequentie van verandering en stelt ons in staat zowel positieve als negatieve verandering vast te stellen (Hawley, 1995). Alleen als we deze informatie meene-men kunnen we een inschatting maken van de waarde van een programma voor politici, programma uitvoerders en voor de betrokken gezinnen.

Abstract 'Assessing Change in Families Following the Home-Start Program: Clinical Significance and Predictors of Change'

The present study used a different approach from the 'traditional' group mean comparisons in order to determine whether the Home-Start parenting support program established change in the participating families. In order to do so, we focused on three research questions. (1) whether reliable change was achieved, (2) whether changes were clinically significant (recovery), and (3) which families were most likely to show change. Results indicated that Home-start families showed reliable change for maternal well-being, but mixed results were found for parenting behavior and child behavior. A substantial number of Home-Start mothers showed clinically significant change (recovery) for all outcome measures. Mothers who were worst off before the start of Home-Start were most likely to show change, whereas mothers who were best off before the start of Home-Start were most likely to show recovery.

Literatuur

- Abidin, R.R. (Ed.). (1983). *Parenting stress index manual*. Charlottesville: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T.M. (1992). *Manual for the child behavior checklist/ 2-3 and 1992 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Asscher, J.J., Hermanns, J.M.A., Deković, M. (2008). Behoeftte aan opvoedingsondersteuning van ouders van jonge kinderen, *Pedagogiek*, 28, 114-127.
- Asscher, J.J., Hermanns, J.M.A., Deković, M. (2006). De invloed van Home-Start op welzijn en opvoeding van ouders, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 45, 213-228.
- Bamberger, M.J., Rugh, J., & Mabry, L. (2006). *Realworld evaluation. Working under budget, time, data, and political constraints*. Thousand Oaks: Sage Publications, inc.

- Barnes, J., MacPherson, K., & Senior, R. (2006). The impact on parenting and the home environment of early support to mothers with new babies. *Journal of Children's Services, 1*, 4-20.
- Barnet, B., Duggan, A., Devoe, M., & Burrell, L.A. (2002). The effect of volunteer home visitation for adolescent mothers on parenting and mental health outcomes: A randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156*, 1216-1222.
- Bilukha, O., Hahn, R.A., Crosby, A., Fullilove, M.T., Liberman, A., Moscicki, E., et al. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 28*, 11-39.
- Coleman, P.K. (1999). *Maternal self-efficacy beliefs as predictors of parenting competence and toddlers' emotional, social, and cognitive development*. West Virginia University.
- Dawson, G., Ashman, S.B., Panagiotides, H., Hessl, D., Self, J., Yamada, E., et al. (2003). Preschool outcomes of children of depressed mothers: Role of maternal behavior, contextual risk, and children's brain activity. *Child Development, 74*, 1158-1175.
- De Brock, A.A.J.L., Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M., & Abidin, R. R. (1992). *Nijmeegse ouderlijke stress index [Nijmegen parenting stress index]*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Deković, M., Janssens, J.M.A.M., & As, N.M.C. van (2003). Family predictors of antisocial behavior in adolescence. *Family Process, 42*, 223-236.
- Diamond, G. & Josephson, A. (2005). Family-based treatment research: A 10-year update. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 872-887.
- Ehrensaft, M.K., Wasserman, G.A., Verdelli, L., Greenwald, S., Miller, L.S., & Davies, M. (2003). Maternal antisocial behavior, parenting practices, and behavior problems in boys at risk for antisocial behavior. *Journal of Child and Family Studies, 12*, 27-40.
- Fidler, F., Cumming, G., Thomason, N., Pannuzzo, D., Smith, J., Fyffe, P., et al. (2005). Toward improved statistical reporting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 136-143.
- Field, T.M., Morrow, C., & Adlestein, D. (1993). Depressed mothers' perceptions of infant behavior. *Infant Behavior and Development, 16*, 99-108.
- Frost, N., Johnson, L., Stein, M., & Wallis, L. (2000). Home-Start and the delivery of family support. *Children-and-Society, 14*, 328-342.
- Galama, M., & van Rij, C. (2004). *Home-Start knipselkrant [home-start collection of newspaper cuttings]*. Amsterdam: Home-Start landelijk steunpunt.
- Gerris, J.R.M., Vermulst, A.A., Boxtel, D.A.M. van, Janssens, J.M.A.M., Zutphen, R.A.H., & Felling, A.J.A. (1993). *Parenting in Dutch families*. Nijmegen: Institute of Family Studies.
- Gomby, D.S., Culross, P., & Behrman, R. (1999). Home visiting: Recent program evaluations - analysis and recommendations. *The Future of Children, 9*, 4-26.
- Hawley, D.R. (1995). Assessing change with preventive interventions: The reliable change index. *Family Relations, 44*, 278-284.
- Hermanns, J.M.A., Van De Venne, L., & Leseman, P. (1997). *Home-Start geëvalueerd [Home-Start evaluated]*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Johnson, Z., Molloy, B., Scallan, E., Fitzpatrick, P., Rooney, B., Keegan, T., et al. (2000). Community mothers programme - seven year follow-up of a randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *Journal of Public Health Medicine, 22*, 337-342.
- Kelleher, L., & Johnson, M. (2004). An evaluation of a volunteer-support program for families at risk. *Public Health Nursing, 21*, 297-305.
- Kendall, P.C. (1999). Clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 283-284.

- Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mother's discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child Development, 66*, 597-615.
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect, 24*, 1127-1149.
- MacMillan, H.L., Thomas, B.H., Jamieson, E., Walsh, C.A., Boyle, M.H., Shannon, H.S., et al. (2005). Effectiveness of home visitation by public health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: A randomised controlled trial. *Lancet, 365*, 1786-1793.
- McGuigan, W.M., Katzev, A.R., & Pratt, C.C. (2003). Multi-level determinants of mothers' engagement in home visitation services. *Family Relations, 52*, 271-278.
- Nixon, R.D., Sweeney, L., Erickson, D.B., & Touyz, S.W. (2003). Parent-child interaction therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 251-260.
- Ogles, B.M., Lunnen, K.M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review, 21*, 421-446.
- Olds, D., Eckenrode, J., Henderson Jr, C.R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of home-visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *Journal of the American Medical Association, 278*, 637-643.
- Olson, S. L., Ceballos, R., & Park, C. (2002). Early problem behavior among children from low income, mother headed families: A multiple risk perspective. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 419-430.
- Papp, L.M., Cummings, M.E., & Schermerhorn, A.C. (2004). Pathways among marital distress, parental symptomatology, and child adjustment. *Journal of Marriage and the Family, 66*, 368-384.
- Reid, J.B., Eddy, J. M., Fetrow, R.A., & Stoolmiller, M. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology, 27*, 483-518.
- Schafer, J.L., & Graham, J.W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods, 7*, 147-177.
- Schoenwald, S.K., Sheidow, A.J., & Letourneau, E.J. (2004). Toward effective quality assurance in evidence-based practice: Links between expert consultation, therapist fidelity, and child outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 94-104.
- Slater, M. A., & Power, T.G. (1987). Multidimensional assessment of parenting in single-parent families. In J.P. Vincent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment, & theory* (pp.197-228). Greenwich, CN: Jai Press.
- Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M., Laver Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit-hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 402-408.
- Thompson, L., Kropenske, V., Heinicke, C.M., Gomby, D., & Halfon, N. (2001). *Home visiting: A service strategy to deliver proposition 10 results*. L.A.
- Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuiszorg: Een meta-analyse. *Pedagogiek, 3*, 176-196
- Veerman, J.W. & Ooms, H. (2008). *Zicht op effectiviteit. Een kijkje in de keuken van zeven instellingen voor jeugdzorg*. Utrecht: het Nederlands Jeugdinstituut/ Nijmegen: Praktikon
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in head start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 715-730.

- Webster Stratton, C. (1996). Early-Onset Conduct Problems: Does Gender Make a Difference?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 540-551.
- Weisz, J.R., Jensen Doss, A., & Hawley, K.M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: A review of critique of the evidence base. *Annual Reviews of Psychology, 56*, 337-363.