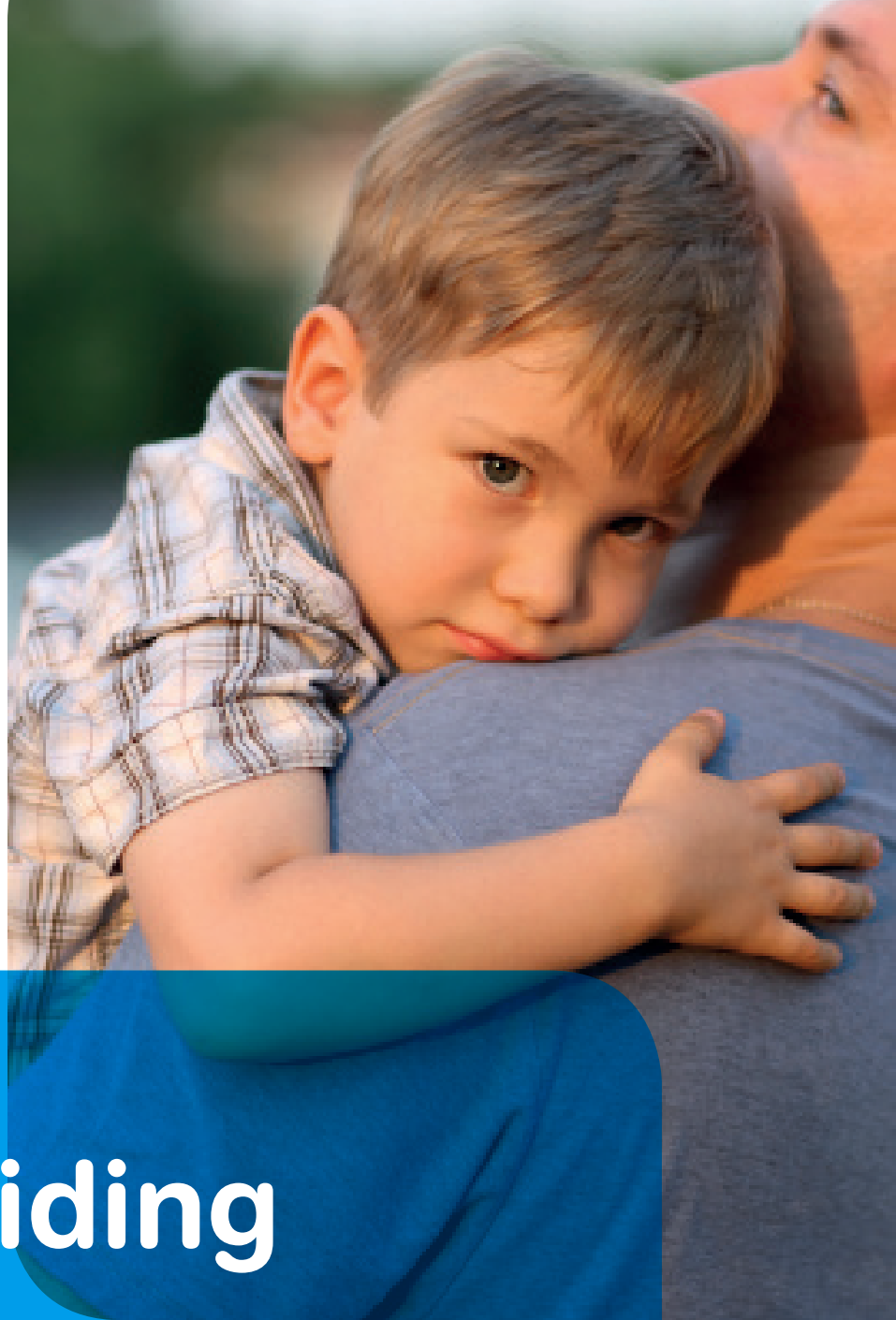


praktikon



Handleiding OBVL

Ad Vermulst
Gert Kroes
Ronald De Meyer
Linda Nguyen
Jan Willem Veerman

Handleiding OBVL

Ad Vermulst
Gert Kroes
Ronald De Meyer
Linda Nguyen
Jan Willem Veerman

Over de auteurs

Dr. A. (Ad) Vermulst is statisticus, methodoloog en sociaal-wetenschappelijk onderzoeker en was tot 1 januari 2013 verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen, hij werkt thans als zelfstandig adviseur; dr. G. (Gert) Kroes werkt als senior onderzoeker bij Praktikon; dr. R. (Ronald) De Meyer werkt als onderzoeker bij Praktikon; L.M. (Linda) Nguyen, MSc. werkte ten tijde van het samenstellen van deze handleiding als junioronderzoeker bij Praktikon, thans werkzaam als begeleider bij Stumass, Wonen voor studenten met ASS; Prof. dr. J.W. (Jan Willem) Veerman is emeritus hoogleraar aan de Radboud Universiteit Nijmegen en voormalig directeur van Praktikon.

© 2015 Praktikon

Praktikon BV
Postbus 6909
6503 GK Nijmegen
tel: 024-3615480
fax: 024-3611152
e-mail: praktikon@acsw.ru.nl
www.praktikon.nl

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Praktikon.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 978-90-5972-997-1

Inhoudsopgave

	Voorwoord	5
	Leeswijzer	6
1	Inleiding	7
1.1	Een pragmatisch ecologisch ordeningsmodel	7
1.2	Consequenties voor het meten	8
2	Achtergrond en constructie van de OBVL	9
2.1	Theoretische uitgangspunten	9
2.2	Formulering van de schaalconcepten	10
2.3	Selectie van de vragen	11
2.4	Richting van de schaalcores	11
3	Onderzoeksgegevens	13
3.1	Onderzoeksgroep en procedure	13
3.2	Betrouwbaarheid	14
3.3	Validiteit	15
4	Normering	21
4.1	Constructie van de normen	21
4.2	Betekenis van de normen	23
4.3	Gemiddelden, standaarddeviaties en standaardmeetfouten	25
4.4	Betrouwbare en klinisch betekenisvolle verandering	26
4.5	Verschillen tussen normgroepen	27
5	Afname en scoring	29
5.1	Afname	29
5.2	Invullen	29
5.3	Scoring	29
5.4	Interpretatie van scores	29
5.5	Interpretatie van veranderingen	30
6	Gebruik in de praktijk	31
6.1	De OBVL-schalen en hun betekenis	31
6.2	Toepassingsmogelijkheden	31
6.3	Casus	32
7	De korte versie van de OBVL, de OBVL-K	37
7.1	Selectie van vragen, factoranalyse en betrouwbaarheid	37
7.2	Gebruikswaarde OBVL-K	38
7.3	Normering, afname en scoring	40
	Literatuur	43
Bijlage 1	Normtabellen OBVL	48
Bijlage 2	Analyse van de meetinvariantie	51
Bijlage 3	Scoringsformulier OBVL	52
Bijlage 4	Scoringsprofiel OBVL	53

Voorwoord

De *Opvoedingsbelastingvragenlijst* (OBVL) maakt deel uit van de set *Vragenlijsten Gezin & Opvoeding* (VG&O). Het gaat om vier vragenlijsten die diverse aspecten van de opvoedingsomgeving in beeld brengen en zelfstandig kunnen worden afgenomen. Naast de OBVL maken ook de Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO), de Verkorte Schaal voor Opvoedersgedrag (VSOG) en de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG) deel uit van de VG&O. De vragenlijsten zijn ontworpen voor gebruik in instellingen voor jeugdzorg in de brede zin van het woord, dus zowel voor instellingen voor jeugd- en opvoedhulp als voor de instellingen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg, justitiële zorg en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten. Ook in de jeugdgezondheidszorg, het maatschappelijk werk, het speciaal onderwijs en de Centra voor Jeugd en Gezin is de VG&O-set bruikbaar. De lijsten beogen een aanvulling en hulpmiddel te zijn voor diagnostiek en evaluatie. Alle lijsten worden ingevuld door de primaire opvoeder, meestal één van de ouders. Naast de Nederlandse versie van de lijsten zijn er Arabische, Engelse, Franse, Turkse en Spaanse vertalingen beschikbaar¹.

De voorliggende handleiding gaat over de OBVL, deze lijst kent 34 vragen die vijf domeinen van opvoedingsbelasting meten: Problemen opvoeder-kindrelatie, Problemen met opvoeden, Depressieve stemmingen, Rolbeperking en Gezondheidsklachten. Ook is er een totaalscore te berekenen voor de totale door de opvoeder ervaren opvoedingsbelasting. De voorliggende handleiding is een vervolg op de handleiding uit 2012. De lijst zelf en de normen zijn niet gewijzigd, alleen de handleiding is verbeterd. Tevens is er een hoofdstuk over de korte versie van de OBVL (OBVL-K) toegevoegd. De leeswijzer na dit voorwoord maakt duidelijk welke informatie in deze handleiding op welke plek te vinden is.

Bij het tot stand komen van de VG&O en het uitgevoerde onderzoek is nauw samengewerkt met de afdeling PIONN van de Drentse jeugdzorgorganisatie Yorneo. We willen met name Dries Roosma, Judith Horstman en Mieke Sipma bedanken voor hun stimulans en niet aflatende inzet om van de VG&O iets moois en bruikbaars te maken. De Amsterdamse jeugdzorgorganisatie Altra willen we in de persoon van Arga Kramer bedanken voor de medewerking aan het normeringsonderzoek en het aanleveren van gegevens over een aangemelde groep. Voor dit laatste zijn we ook de jeugdzorgorganisaties Jarabee, Juzt, Spirit en Yorneo erkentelijk.

Wij hopen dat de vragenlijsten van de VG&O hun weg mogen vinden in de praktijk en het wetenschappelijk onderzoek van de zorg voor jeugdigen en hun gezinnen. We verwelkomen graag vragen, opmerkingen en suggesties voor verbetering. Een aantal suggesties die we van lezers van de conceptversie van deze handleiding mochten ontvangen zijn reeds verwerkt, met dank aan deze eerste lezers.

De auteurs

¹ Zie de website van Praktikon voor meer informatie (www.praktikon.nl).

Leeswijzer

Deze handleiding van de *Opvoedingsbelastingvragenlijst* (OBVL) bevat zowel de wetenschappelijke verantwoording als de praktische aanwijzingen voor gebruik in de praktijk. Om gebruikers snel en efficiënt hun weg te laten vinden in deze handleiding, lichten we hieronder de hoofdstukken kort toe, deze toelichting kan als leeswijzer dienen.

Hoofdstuk 1 geeft een algemene inleiding over het meten van de opvoedingsomgeving en schetst een pragmatisch ecologisch ordeningsmodel waarin verschillende invalshoeken en hun onderlinge relaties worden beschreven. Met het kind in het middelpunt wordt gewezen op de invloed van het concrete opvoedersgedrag, de door opvoeders ervaren belasting, alsook de rol van het gezinsfunctioneren en optredende levensgebeurtenissen. Ook voor de praktijk geeft dit model een goed hanteerbaar ordeningskader.

Hoofdstuk 2 schetst de theoretische uitgangspunten van de OBVL. Er wordt een omschrijving van het begrip opvoedingsbelasting gegeven en er worden studies aangehaald waarin het effect van een grote opvoedingsbelasting op de ontwikkeling van kinderen is onderzocht. Tevens worden de schalen van de OBVL geïntroduceerd en de manier waarop de vragen geformuleerd zijn. Gebruikers vinden hierin aanwijzingen voor de belangrijke rol van opvoedingsbelasting van ouders voor de ontwikkeling van kinderen.

Hoofdstuk 3 doet verslag van het normeringsonderzoek. Aan de orde komen de betrouwbaarheid en validiteit. Bij dit laatste is het vooral van belang of de theoretisch geformuleerde schalen ook empirisch door de data ondersteund worden (dit blijkt het geval) en of ouders van voor jeugdzorg aangemelde kinderen meer opvoedingsbelasting ervaren dan ouders van niet aangemelde kinderen (dit blijkt ook het geval). Daarbij blijkt ook de betrouwbaarheid goed te zijn. Voor gebruik in de praktijk is deze informatie niet direct relevant, maar indirect weer wel, hier ligt de wetenschappelijke verantwoording van het gebruik van de OBVL.

Hoofdstuk 4 laat zien hoe normen geconstrueerd zijn voor verschillende leeftijdsgroepen en welke betekenis ze hebben. Tevens komen de verschillen tussen de totale normgroep en een hulpverleningsgroep aan de orde.

Hoofdstuk 5 geeft richtlijnen met betrekking tot de afname, scoring en interpretatie van de OBVL.

Hoofdstuk 6 beschrijft de inhoud van de schalen. Dit geeft voor het gebruik in de praktijk het noodzakelijke begrip van wat de schalen meten. De hier gegeven formulering kan behulpzaam zijn voor het schrijven van verslagen en voor gesprekken met cliënten. Aan de hand van een casus wordt het gebruik in de praktijk nader toegelicht, eerst bij intake en diagnostiek, daarna bij een tussenevaluatie.

Hoofdstuk 7 beschrijft de ontwikkeling van de verkorte versie van de OBVL bestaande uit 10 vragen, de OBVL-K.

Bijlage 1 geeft de normtabellen van de OBVL en de OBVL-K, er zijn aparte normen voor 0-3, 4-11 en 12-18 jarigen. In de overige *Bijlagen* staan een voorbeeld van een leeg scoringsprofiel voor eigen gebruik en een handscoringsformulier.

Hoofdstuk 1, 5 en 6 kunnen als de 'praktische handleiding' worden gezien, hier vinden praktijkwerkers handvatten voor het werken met de OBVL. Hoofdstuk 2, 3 en 4 vormen de theoretische en empirische verantwoording.

1 Inleiding

In geval van hulpvragen van jeugdigen en/of hun ouders zullen hulpverleners vroeg of laat ook vragen over de opvoedingsomgeving stellen en aspecten hiervan betrouwbaar en valide willen meten. Anders dan bij het meten en classificeren van psychosociale problemen bij jeugdigen bestaat er voor het meten van de opvoedingsomgeving nog weinig consensus. In de praktijk en in het wetenschappelijk onderzoek is daarom een sterke behoefte aan meer eenheid en aan een samenhangend instrumentarium dat de belangrijkste aspecten van de opvoedingsomgeving in beeld brengt. De set *Vragenlijsten Gezin en Opvoeding (VG&O)* wil een dergelijk samenhangend instrumentarium bieden. In deze inleiding wordt het algemene kader voor dit instrumentarium besproken.

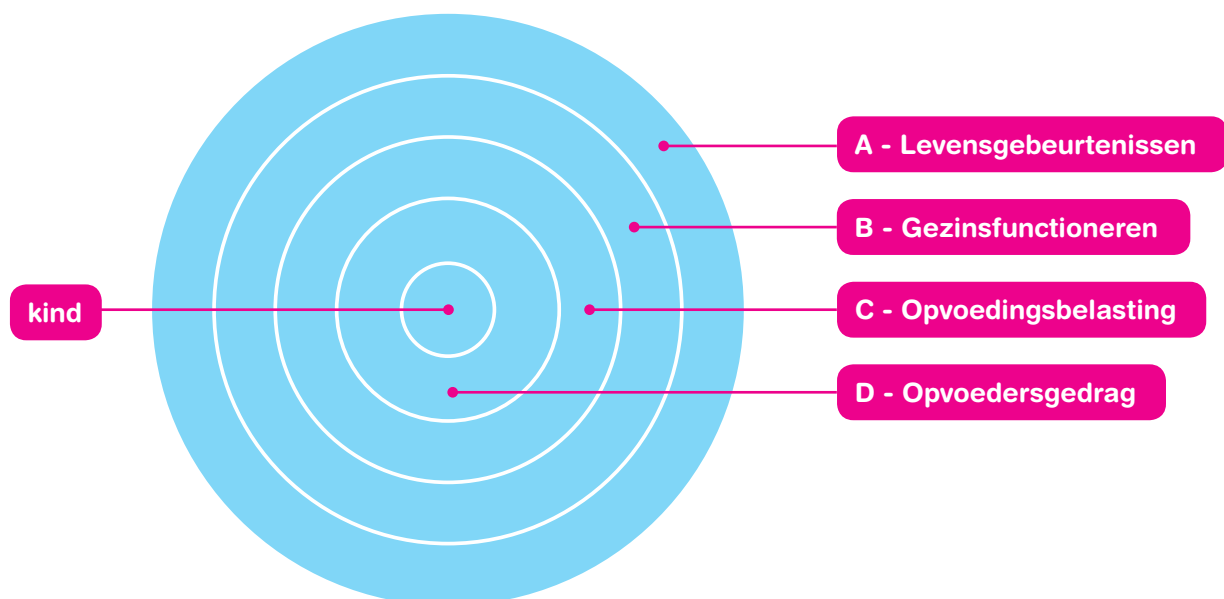
1.1 Een pragmatisch ecologisch ordeningsmodel

Theorieën over de invloed van opvoedingsomgeving op het gedrag en de ontwikkeling van kinderen leggen de nadruk op verschillende aspecten. Zo zijn er theorieën waarbij vooral op levensgebeurtenissen of 'life events' gelet wordt als risicofactor voor een (on)gunstige ontwikkeling (Ten Brink & Veerman, 1998; Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008). Ook zijn er theorieën die de nadruk op het functioneren van het gezin leggen met accent op structuren en communicatiepatronen in gezinnen (Lange & Schaap, 1991). En er zijn theorieën die de opvoedingsbelasting van ouders tot onderwerp hebben en de manier waarop zij met (problemen in) de opvoeding omgaan (Abidin, 1992; Deater-Deckard, 1998). Weer andere theorieën stellen het opvoedersgedrag van ouders centraal, veelal gaat het hier om leertheoretische

en gedragstherapeutische benaderingen, zoals uitgewerkt door Patterson (Patterson, Reid & Dishion, 1992; Reid, Patterson & Snyder, 2002). In Figuur 1.1. worden deze invalshoeken voor het conceptualiseren van de opvoedingsomgeving geordend en in relatie gebracht met het functioneren van het kind.

In de ordening in Figuur 1.1. staat de ontwikkeling of het functioneren van het kind centraal. Daaromheen liggen in verschillende 'ringen', van veraf van het kind tot dichtbij, de aspecten van de opvoedingsomgeving die deze ontwikkeling beïnvloeden (ring A t/m ring D). In de ring die het dichtst bij het kind ligt (ring D) bevindt zich het opvoedersgedrag, hier ligt het meest directe 'contactmoment' tussen kind en opvoedingsomgeving. Daaromheen liggen van binnen naar buiten de opvoedingsbelasting (ring C), het gezinsfunctioneren (ring B) en de levensgebeurtenissen (ring A). Een dergelijk model wordt ook wel een ecologisch model genoemd (Bronfenbrenner, 1979; Scholte, 1999; Veerman, 1988).

Vanuit dit model zijn verschillende hypothesen te formuleren die houvast geven bij het verklaren van het ontstaan van probleemgedrag en bij het kiezen van een aanpak om dit gedrag te verhelpen. Onderstaand wordt een aantal van die hypothesen verder uitgewerkt. Het is niet onze pretentie hiermee een sluitende ecologische theorie te geven over de rol van de opvoedingsomgeving op de ontwikkeling van kinderen, we beogen vooral een kader te bieden voor het gebruik van de verschillende vragenlijsten van de VG&O-set in de praktijk. We spreken daarom van een pragmatisch ecologisch ordeningsmodel, waarbij we ons met name baseren op het onderzoek naar risicofactoren en protectieve



Figuur 1.1 Pragmatisch ecologisch ordeningsmodel van de opvoedingsomgeving

factoren (zie o.a. Masten, 2001; Masten & Tellegen, 2012; Rutter, 2005; Ten Brink & Veerman, 1998; Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008; Veerman, 1988). We formuleren de volgende hypothesen, in de voorbeelden verwijzen we steeds naar de ringen in het model van Figuur 1.1:

1. Aspecten in alle genoemde ringen kunnen afzonderlijk het functioneren van kinderen beïnvloeden; het gaat dan om enkelvoudige directe effecten die als een risicofactor in de opvoedingsomgeving gezien kunnen worden; bijvoorbeeld een levensgebeurtenis als een ziekenhuisopname, ontslag of echtscheiding (behorend bij ring A in het model) kan maken dat een kind emotionele of gedragsproblemen ontwikkelt, evenals een los zand gezin (ring B) of een overmatige beschermende of een inconsequente opvoeding (ring D);
2. De gezamenlijke invloed van aspecten in de ringen kan een cumulatief risico vormen voor het ontstaan van problemen bij kinderen; dit betekent dat wanneer er op meerdere gebieden in de opvoedingsomgeving problemen zijn, de kans op problemen in de ontwikkeling van een kind toeneemt, er is sprake van een combinatie van directe effecten; een echtscheiding (ring A) kan bijvoorbeeld samengaan met een verlies aan sociale contacten van het gezin (ring B) en een toename van de opvoedingsbelasting bij de ouder die er alleen voor komt te staan (ring C), het kind kan hierop reageren met zich terugtrekken en depressieve stemmingen;
3. Aspecten in de buitenringen kunnen via aspecten in de binnenringen hun invloed op de kern (ontwikkeling en functioneren van het kind) uitoefenen, waarbij het opvoedersgedrag (binnenste ring) van meest beslissende invloed is; het effect is dan indirect of mediërend, bijvoorbeeld financiële problemen (ring A) leiden ertoe dat ouders zich overbelast gaan voelen (ring C) en minder oplettend en consequent zijn in de opvoeding van hun kinderen (ring D), wat er weer toe leidt dat deze zich druk en agressief kunnen gaan gedragen;
4. Positieve invloeden van aspecten in de binnenringen voor het kind kunnen beschermend werken tegen negatieve invloeden van aspecten in de buitenringen; ‘plussen’ compenseren dan voor ‘minnen’, er is sprake van een protectief of modererend effect; bijvoorbeeld een echtscheiding (ring A) heeft minder negatieve gevolgen voor een kind als hij goed contact heeft met één van de ouders (ring D); dit beschermend effect van ‘binnen’ tegen ‘buiten’ is een vuistregel die vaak op zal gaan, maar er zijn uitzonderingen, bij hevige ruzies tussen ouders bijvoorbeeld (ring B) kan een relatie met een belangrijke ander buiten het gezin (ring A) ook beschermend werken.

Bovenstaande algemene hypothesen vanuit het ordeningsmodel zullen per geval concreet gemaakt moeten worden en ook gemeten moeten worden. Hierbij zijn de meetinstrumenten van de VG&O-set een goed hulpmiddel, naast meetinstrumenten om emotionele en gedragsproblemen bij kinderen vast te stellen.

1.2 Consequenties voor het meten

Het ordeningsmodel heeft rechtstreekse consequenties voor het meten van aspecten van de opvoedingsomgeving voor screening, diagnostiek of evaluatie. Het ordeningsmodel benoemt zowel voor de praktijk als voor het wetenschappelijk onderzoek relevante aspecten van de opvoedingsomgeving (in de ringen in het model). Hierdoor ontstaat een eenheid van taal die het communiceren vergemakkelijkt. Op het gebied van het meten en classificeren van problemen van jeugdigen is die eenheid van taal inmiddels wel ontstaan, onder andere door het gebruik van algemeen aanvaarde systemen als de *Diagnostic Statistical Manual (DSM)* en de *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*, maar bij het classificeren en meten van problemen (en sterke kanten) van de opvoedingsomgeving ontbreekt deze taal nog (Van der Maas, 2011). Het besproken ordeningsmodel en de set vragenlijsten van de VG&O kunnen hierbij helpen, de lijsten maken een operationalisering van het model mogelijk: levensgebeurtenissen (ring A) worden gemeten door de VMG, het gezinsfunctioneren (ring B) door de VGFO, de opvoedingsbelasting (ring C) door de OBVL en het opvoedersgedrag (ring D) door de VSOG. Naast eenheid van taal hopen we hiermee eenheid van instrumenten te bieden, die het gebruik van instrumenten in de praktijk kan standaardiseren en de communicatie uniformeren.

Het gebruik van de set vragenlijsten komt het meest tot zijn recht als dit ingebed is in gangbare diagnostische procedures, die op hun beurt weer ingebed zijn in erkende kaders voor besluitvorming of planmatig handelen, zoals de diagnostische cyclus (De Bruyn, Ruijsseenaars, Pameijer & Van Aarle, 2003), de regulatieve cyclus (Tak, Bosch, Beeger & Albrecht, 2014) of de handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer & Draaisma, 2011). Naast het gebruik voor screening en diagnostiek is de set vragenlijsten ook goed te gebruiken voor het monitoren van uitkomsten op individueel niveau en op groepsniveau (zoals teams of afdelingen). Zowel vanuit een interne druk tot verdere professionalisering van het werk als een externe druk tot het beter verantwoorden van het werk, is dit onder de noemer *routine outcome monitoring* (ook wel ‘ROM’) steeds nadrukkelijker op de agenda van jeugdzorg en speciaal onderwijs komen te staan (De Beurs & Zitman, 2007; Van Hees, Van der Vlist & Mulder, 2011; Van Yperen & Veerman, 2008). Praktijkwerkers en onderzoekers hebben voor dit doel betrouwbare, valide en bruikbare vragenlijsten nodig die door ouders en jeugdigen zelf kunnen worden ingevuld. Een belangrijk aspect van bruikbaarheid is dat de lijsten snel in te vullen zijn. De VG&O lijsten kennen dan ook niet meer dan 15-34 vragen. Zoals al is aangegeven in het voorwoord staat in de rest van deze handleiding de OBVL centraal.

2 Achtergrond en constructie van de OBVL

2.1 Theoretische uitgangspunten

Stress is een veelvoorkomend fenomeen. Er zijn veel verschillende vormen van stress: van een burn-out bij werknemers, zenuwen bij kinderen tot opvoedingsstress. Deze laatste vorm van stress, ook wel opvoedingsbelasting genoemd, staat hier centraal en wordt gedefinieerd als de moeilijkheden (ervaren stress) die voortkomen uit de verantwoordelijkheden die het ouderschap met zich meebrengt (Deater-Deckard, 1998).

Volgens Abidin (1992) en latere onderzoekers (zie o.a. Cooper, McLanahan, Meadows & Brooks-Gunn, 2009) blijken verschillende aspecten mee te spelen bij het ervaren van opvoedingsbelasting, zoals individuele kenmerken van de ouder, individuele kenmerken van het kind, ouder-kindrelaties, partnerrelaties en omgevingskenmerken. Op basis van deze verschillende aspecten heeft Abidin (1995) de drie constructen 'ouderdomein', 'kinddomein' en 'levensgebeurtenissen' benoemd, waar de Parenting Stress Index (PSI) op is ontwikkeld en later ook de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI; Abidin, 1995; De Brock et al., 1992). Het ouderdomein brengt tot uitdrukking in welke mate de ouder zich niet berekend voelt op de opvoedingstaak en zich inadequaat en gespannen voelt. Het kinddomein betreft de bijdrage van bepaalde eigenschappen van het kind aan de mogelijke stress in de ouder-kindrelatie. Levensgebeurtenissen slaan op ingrijpende en stressvolle omstandigheden die zich hebben afgespeeld in het leven van het kind (bijvoorbeeld een echtscheiding of verhuizing).

Deze constructen zijn weer onder te brengen in een stressprocesmodel gebaseerd op de theoretische stressprocesmodellen van Gottlieb (1983), Cohen & Wills (1985) en Abidin (1992), die ook overeenkomen met andere stressmodellen (Lazarus, 1993; Ostberg & Hagekull, 2000). Het stressprocesmodel bestaat uit vier fasen: een stimulus, een primaire respons, een secundaire respons en de pedagogische en ontwikkelingspsychologische consequenties van de stressrespons. Voor het ontstaan van opvoedingsstress kan dit er als volgt uitzien (we volgen hier de redenering van De Brock et al., 1992 en Deater-Deckard, 1998). Met de stimulus wordt een stressor bedoeld die de stress veroorzaakt. In het geval van opvoedingsstress is dit de aanwezigheid van een kind (of meer kinderen) aangewezen op de zorg van een ouder (of ouders). De afhankelijkheid van een kind voor voeding, aandacht en troost roept bij ouders in meer of mindere mate spanningen op. Ze worden voor taken gesteld die ze niet hadden toen er nog geen kinderen waren. Die spanningen worden nog versterkt als een kind lichamelijke problemen heeft, vaak ziek is, snel geïrriteerd is, een moeilijk hanteerbaar temperament heeft, etc. Met de primaire respons wordt subjectieve stressbeleving bedoeld

in de vorm van een lichamelijke en psychische spanningservaring ten gevolge van de perceptie van de potentiële dreiging van de stressor. Deze stressbeleving wordt beïnvloed door sociale en psychologische hulpbronnen, dit slaat op de manier waarop een ouder met spanningen en problemen omgaat, ook wel 'coping' genoemd. Is hij of zij iemand die snel bij de pakken neerzit, of is hij of zij iemand die de problemen actief gaat aanpakken? Heeft de ouder een sterk gevoel van eigenwaarde en opvoedingscompetenties? Kan hij of zij een beroep doen op een sociaal netwerk van familie, vrienden of burens? Afhankelijk van de sociale en psychologische hulpbronnen die een persoon heeft, zal de stressbeleving een positieve of negatieve verandering brengen in het lichamelijk of psychisch functioneren van de ouder, dit is de secundaire stressrespons. Deze verandering zal vaak een wat permanent karakter hebben. Een negatieve verandering is stressverhogend en kan zich uiten in lichamelijke klachten of psychische problemen zoals depressie. De secundaire stressrespons is op zijn beurt weer van invloed op de kwaliteit van het ouderlijk pedagogisch functioneren en heeft daarmee indirect invloed op de ontwikkeling van het kind. De wijze waarop een kind zich ontwikkelt kan in sommige gevallen, met name bij problemen in die ontwikkeling, voor de ouder weer een stressor op zichzelf worden en een nieuw stressproces in werking zetten. Dit laatste betekent dat de hier beschreven vier fasen van het stressprocesmodel geen eenmalig gebeuren vormen, maar zich in de tijd ontwikkelen, waarbij ouder en kind elkaar wederzijds beïnvloeden en er zowel van een negatieve als positieve spiraal sprake kan zijn, of van een afwisselend negatieve en positieve spiraal. Dit wordt ook wel het transactionele ontwikkelingsmodel genoemd (Sameroff & Chandler, 1975).

Uit de literatuur blijkt opvoedingsbelasting zowel een direct als indirect effect te hebben op de ontwikkeling van het kind. Indirect heeft opvoedingsbelasting invloed op het opvoedgedrag van ouders en hierdoor ook op de ontwikkeling van kinderen. Zo kan een gevoel van hoge opvoedingsbelasting zich uiten in een strenge of starre, niet flexibele opvoedingsstijl. Dit kan weer leiden tot externaliserend (naar buiten gericht) en/of internaliserend (naar binnen gekeerd) probleemgedrag bij kinderen en adolescenten (Anthony, Anthony, Glanville, Naiman, Waanders & Shaffer, 2005; Cohen, Burt & Bjork, 1987; Deater-Deckard, 1998; Eyberg, Boggs & Rodriguez, 1992; Pinderhughes, Dodge, Bates, Pettit & Zelli, 2000). Ook blijkt een hoge opvoedingsbelasting de cognitieve, sociale en fysieke ontwikkeling van kinderen te belemmeren (Brummelte, Grunau, Synnes, Whitfield & Petrie-Thomas, 2011). Met name jongeren met gedragsproblemen, een handicap, ontwikkelingsachterstand of chronische ziekte lijden hieronder (Estes, Munson, Dawson, Koehler, Zhou & Abbott, 2009; Harrison & Sofronoff, 2002).

Naast de indirecte effecten is echter voor te stellen dat opvoedingsbelasting een direct effect heeft op de ontwikkeling van kinderen. Een gefrustreerde, boze en hardvochtige ouder, of juist een depressieve ouder kan direct leiden tot een boze, agressieve of juist angstig-depressieve reactie van het kind (Cummings & Davis, 1994; Garside & Klimes-Dougan, 2002; Ronan, Canoy & Burke, 2009; Zekoski, O'Hara & Wils, 1987). Kinderen van depressieve ouders maken zich bovendien vaak zorgen over hun ouders en zijn hierdoor ook vatbaarder voor negatieve gedachten, een laag zelfbeeld en eventueel een depressie (Cummings & Davis, 1994), ook kunnen zij het depressieve gedrag van ouders overnemen via modeling (Gelfand & Teti, 1990).

Op basis van dit theoretisch kader is de Opvoedingsbelastingvragenlijst, OBVL, ontwikkeld (zie voor een introductie van de OBVL ook Veerman, Kroes, De Meyer, Nguyen & Vermulst, 2014). De OBVL richt zich met name op kenmerken van de ouder in relatie tot de opvoeding en de kwaliteit van de ouder-kindrelatie. Dit is te vergelijken met het ouderdomein van de PSI en NOSI (Abidin, 1995; De Brock et al., 1992). Het kinddomein en het domein van de levensgebeurtenissen komt met de OBVL niet in beeld. Hiervoor dienen andere meetinstrumenten te worden afgenomen, bijvoorbeeld de Nederlandse versies van de *Child Behavior Checklist* (CBCL), de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) en de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG).

2.2 Formulering van de schaalconcepten

Bij de ontwikkeling van de OBVL zijn de volgende concepten geformuleerd om de opvoedingsbelasting bij ouders te meten: Opvoeder-kindrelatie, Opvoedingscompetentie, Depressieve stemmingen, Rolbeperking en Gezondheidsklachten.

De Opvoeder-kindrelatie heeft betrekking op de mate waarin de opvoeder positieve gevoelens/gedachten heeft over het kind en uit zich onder andere in je gelukkig, prettig en rustig voelen bij je kind. Dit begrip is een belangrijk kenmerk in de opvoeding en ontwikkeling van kinderen. Een goede relatie tussen kind en ouder heeft een beschermende werking tegen het ontwikkelen van gedragsproblemen bij het kind en tegen stressvolle omstandigheden uit de omgeving (Matthijssen, Koot, Verhulst, de Bruyn & Oud, 1998; Rigter, 2010). Een negatieve opvoeder-kindrelatie, gekenmerkt als kil en afstandelijk, is een risicofactor voor een onveilige hechting van het kind en het belemmert de cognitieve en sociale ontwikkeling (Ainsworth & Bell, 1974; Bowlby, 1988; Van Bakel & Riksen-Walraven, 2002; Carlson, Sampson & Sroufe, 2003).

Opvoedingscompetentie geeft aan dat de ouder het gevoel heeft dat hij of zij over genoeg vaardigheden beschikt in de opvoeding van het kind (De Brock et al., 1992). De ouder kan het kind sturen waar nodig, heeft controle over het kind en kan het corrigeren. Wanneer ouders geen adequaat opvoedingsgedrag kunnen vertonen, loopt het kind meer risico op het ontwikkelen van probleemgedrag of psychische problematiek, dan kinderen van ouders waar regels en structuur wel centraal staan in de opvoeding (George, Herman & Ostrander, 2006).

Het construct Depressieve stemmingen geeft aan dat de opvoeder zich vaak ongelukkig of onprettig voelt. Depressieve stemmingen van de opvoeder kunnen eveneens leiden tot een lagere kwaliteit van opvoeding en opvoeder-kindrelatie (Groenendaal & Dekovic, 2000; Vostanis, Graves, Meltzer, Goodman, Jenkins & Brugha, 2006; Wilson & Durbin, 2010). Depressieve ouders zijn minder betrokken bij hun kinderen, zijn minder sensitief voor signalen van hun kind, kunnen agressief reageren en hun kinderen verwaarlozen. Kinderen van depressieve moeders hebben vaak moeite met het reguleren van hun emoties, zijn onveilig gehecht, hebben een vertraagde cognitieve ontwikkeling en een verhoogd risico op emotionele en gedragsproblemen (Garside & Klimes-Dougan, 2002; George, Herman & Ostrander, 2006; Turney, 2011; Van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman & Hoefnagels, 2008).

Met het construct Rolbeperking wordt de mate waarin de ouder de ouderlijke rol als inperking op zijn/haar vrijheid ervaart bedoeld (Gerris, Vermulst, Bostel, Janssens, Zutphen & Felling, 1993). Door je kind kun je weinig andere dingen meer doen, heb je minder contacten en kom je minder aan jezelf toe. Rolbeperking hangt samen met depressieve symptomen van moeders (Johnson, Bauman & Weiss, 1999). Hierdoor heeft rolbeperking een negatieve invloed op de kwaliteit van opvoedingsvaardigheden (in de vorm van ondersteuning en structuur bieden) en de opvoeder-kindrelatie (Groenendaal & Dekovic, 2000).

Het construct Gezondheidsklachten heeft betrekking op de mate waarin de ouder zich gezond voelt. Klachten als moeheid en lusteloosheid hebben als gevolg dat ouders minder energie hebben om te investeren in hun kind (Groenendaal & Dekovic, 2000; Van Doesum et al., 2008). Daarnaast blijken zowel psychische problemen als chronische fysieke ziekten een risicofactor te zijn voor kindermishandeling (Budd, 2001).

Met de concepten Depressieve stemmingen, Rolbeperking en Gezondheidsklachten onderscheidt de OBVL zich van andere vragenlijsten over de opvoeding. Deze concepten hebben betrekking op het welzijn van ouders en komen daar vaak niet aan de orde, terwijl (zoals hierboven is gebleken) informatie hierover juist inzicht kan geven in de wijze waarop de stressbeleving tot stand komt. Vanuit het eerder

geschetste stressprocesmodel gezien zijn deze concepten te beschouwen als uitingen van de secundaire stressrespons. De andere twee concepten hebben te maken met plezier in het opvoeden en competentiegevoelens over de opvoeding zijn te beschouwen als psychologische hulpbronnen die de primaire stressrespons kunnen beïnvloeden (zie ook De Brock et al., 1992). Zo hoeven bijvoorbeeld ouders van een autistisch kind (een potentiële stressor) weinig psychische en lichamelijke spanning te ervaren als zij zich met dit kind gelukkig voelen, ervan genieten en weten dat ze de opvoeding goed doen.

2.3 Selectie van de vragen

De vragen van de OBVL zijn in eerste instantie gebaseerd op de schalen afkomstig uit het longitudinale gezinsonderzoek over Nederlandse gezinnen in de jaren 1990-2000 (Gerris et al., 1993; Gerris, Houtmans, Kwaaitaal-Roosen, de Schipper, Vermulst & Janssens, 1998). Daarnaast is gebruik gemaakt van enkele vragen van schalen die verkrijgbaar zijn bij de International Personality Item Pool (www.ipip.ori.org). Voor vragen over gezondheidsklachten werd gebruik gemaakt van de VOEG, de Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid, een lijst om de gezondheid van de populatie te meten (Dirken, 1969; Jansen & Sikkel, 1981; Joosten & Drop, 1987). Ten slotte zijn er vragen zelf geformuleerd. Steeds is geprobeerd negatieve en positieve formuleringen van het begrip te krijgen, maar soms bleek dat lastig omdat sommige begrippen zich gemakkelijker laten vangen in negatieve (Depressieve stemmingen, Rolbeperking, Gezondheidsklachten) of positieve (Opvoedingscompetentie) vragen. Met de formulering van de vragen is ook rekening gehouden met de inhoudsvaliditeit: geen vragen formuleren die bij twee begrippen thuis kunnen horen. Aanvankelijk zijn er 12 vragen per begrip geformuleerd. Terzake kundigen (waaronder de auteurs en deskundigen uit de praktijk van de jeugdzorg) hebben de vragen bekeken, voorstellen tot herformulering gedaan en voorstellen tot verwijderen van vragen. Na een drietal rondes is een voorlopige lijst gemaakt bestaande uit 57 vragen.

Op alle vragen kon worden gescoord met een vierpuntschaal variërend van 1 (= geldt niet), 2 (= geldt een beetje), 3 (= geldt behoorlijk) tot en met 4 (= geldt helemaal). De schaal Opvoeder-kindrelatie van de experimentele versie bestond uit 10 vragen, de schaal Opvoedingscompetentie uit 12 vragen, Depressieve stemmingen uit 12 vragen, Rolbeperking uit 11 vragen en Gezondheidsklachten uit 12 vragen. De opzet was om de aanvankelijke set van 57 vragen na onderzoek te reduceren tot 30 à 35 vragen.

2.4 Richting van de schaalcores

De wens om zowel positief als negatief geformuleerde vragen op te nemen leidde tot twee schalen met positief geformuleerde vragen: Opvoeder-kind relatie en Opvoedingscompetentie, twee schalen met negatief geformuleerde vragen: Rolbeperking en Gezondheidsklachten en één schaal met deels positief, deels negatief geformuleerde vragen: Depressieve stemmingen. Voor de interpretatie zou dit twee profielen opleveren: een profiel waarbij hoge scores op opvoedingsbelasting wijzen en een profiel waarbij hoge scores op de afwezigheid hiervan wijzen. Na psychometrische analyses (zie het volgende hoofdstuk) is in enkele instellingen voor jeugdzorg geëxperimenteerd met deze twee profielen. Het bleek lastig om bij de interpretatie en in gesprekken met ouders de ene keer te moeten aanhouden dat hoge scores op belasting wijzen en de andere keer op competenties slaan. Vanuit de instellingen werd verzocht om een eenduidige scoring voor alle schalen te hanteren. Aangezien bij drie van de vijf schalen bij hoge scores het accent al op opvoedingsbelasting lag en omdat dit ook de meetpretentie van de gehele schaal is, is ervoor gekozen om op alle schalen hoge scores op opvoedingsbelasting te laten slaan en lage scores op de afwezigheid hiervan. Om dit te realiseren worden na het invullen van de OBVL de scores op de positief geformuleerde vragen gespiegeld. Besloten werd ook de naamgeving van de eerste twee schalen aan te passen. De schaal Opvoeder-kindrelatie werd Problemen opvoeder-kindrelatie en de schaal Opvoedingscompetentie werd Problemen met opvoeden. De overige schalen behielden hun oorspronkelijke naam.

3 Onderzoeksgegevens

3.1 Onderzoeksgroep en procedure

Om de psychometrische eigenschappen van de OBVL samen met de andere vragenlijsten uit de set VG&O te onderzoeken en om normgegevens te genereren zijn deze lijsten afgenomen in twee steekproeven jeugdigen van 0-18 jaar uit de algemene bevolking. De VG&O set werd in de periode van september - november 2010 en in de periode maart - april 2011 verspreid via een aantal kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en scholen voor primair en voortgezet onderwijs

in Drenthe en Amsterdam en omgeving. Ouders van de betrokken jeugdigen kregen in een begeleidende brief informatie over het doel van het onderzoek en hen werd gevraagd de lijsten in te vullen voor het kind voor wie ze vanuit de betreffende onderwijsvorm de lijsten hadden ontvangen. Tabel 3.1 geeft een overzicht van kenmerken van de beide steekproeven bij elkaar genomen, uitgesplitst naar de leeftijdsgroepen waarop de normen worden gebaseerd. Door een minimale respons van vaders, zijn de gegevens in deze handleiding gebaseerd op de respons van moeders.

3

Tabel 3.1 Demografische gegevens van de normgroepen

Categorie/kenmerk	Normgroep							
	0-3 jaar (n = 484)		4-11 jaar (n = 364)		12-18 jaar (n = 580)		Totaal (N = 1428)	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Geslacht								
Jongen	263	54.3	172	47.3	246	42.4	681	47.7
Meisje	221	45.7	191	52.5	332	57.2	744	52.1
Onbekend	0	0.0	1	0.3	2	0.3	3	0.2
Gezinstype								
Alleenstaand	14	2.9	31	8.5	68	11.7	113	7.9
Co-ouderschap	2	0.4	11	3.0	17	2.9	30	2.1
Samenwonend/gehuwd	467	96.5	312	85.7	489	84.3	1268	88.8
Anders	1	0.2	7	1.9	6	1.0	14	1.0
Onbekend	0	0.0	3	0.8	0	0.0	3	0.2
Gezinsgrootte								
1 kind	150	31.0	63	17.3	44	7.6	257	18.0
2	236	48.8	208	57.1	325	56.0	769	53.9
3	61	12.6	64	17.6	140	24.1	263	18.6
≥ 4	19	3.9	16	4.4	47	8.1	82	5.7
Onbekend	18	3.7	13	3.6	24	4.1	55	3.9
Geboorteland kind								
Nederland	476	98.3	353	97.0	560	96.6	1389	97.3
Buitenland	5	1.0	10	2.7	20	3.4	35	2.5
Onbekend	3	0.6	1	0.3	0	0.0	4	0.3
Geboorteland moeder								
Nederland	468	96.7	318	87.4	547	94.3	1333	93.3
Buitenland	15	3.1	35	9.6	22	3.8	72	5.0
Onbekend	1	0.2	11	3.0	11	1.9	23	1.6
Geboorteland partner								
Nederland	448	92.6	299	82.1	493	85.0	1240	86.8
Buitenland	25	5.2	32	8.8	29	5.0	86	6.0
Onbekend	11	2.3	33	9.1	58	10.0	102	7.1
Regio								
Amsterdam/Amstelveen	16	3.3	179	49.2	47	8.1	242	16.9
Platteland Noord-Holland	0	0.0	3	0.8	1	0.2	4	0.3
Assen/Emmen/Hoogeveen	244	50.4	142	39.0	404	69.7	790	55.3
Platteland Drenthe	197	40.7	28	7.7	115	19.8	340	23.8
Onbekend	27	5.6	12	3.3	13	2.2	52	3.6

Zoals uit Tabel 3.1 blijkt werden in totaal 1428 vragenlijsten ingevuld, dat is ongeveer 30% van het totaal aantal verspreide vragenlijsten. Per normgroep verschilt het aantal vragenlijsten van 364 tot 580. Deze normgroepen zijn groot genoeg. De demografische gegevens zien er over het algemeen goed uit. Het geslacht is gelijk verdeeld (47.8% jongen en 52.2% meisje) en het gezinstype 'samenwonend' met gezinsgrootte '2 kinderen' komt het vaakst voor. De gezinnen komen met name uit het Noord-Oosten van het land, te typeren als een landelijk gebied, terwijl de stadsregio Amsterdam/Amstelveen vertegenwoordigd is met 17% van de gezinnen.

Tabel 3.2 Demografische gegevens vergeleken met CBS

Categorie/kenmerk	Steekproef	
	Huidig onderzoek %	Landelijk volgens CBS-2010 %
Geslacht		
Jongen	48	51
Meisje	52	49
Gezinstype		
Twee-ouder gezin (Samenwonend)	91	82
Een-ouder gezin (Alleenstaand en Co-ouderschap)	8	16
Anders	1	2
Gezinsgrootte		
1 kind	19	41
2 kinderen	56	42
≥3 kinderen	25	17
Geboorteland kind		
Nederland	97	77
Buitenland	3	23

In Tabel 3.2 worden demografische gegevens van het huidige onderzoek vergeleken met de landelijke gegevens. De tabel laat zien dat de onderzoeksgroep een redelijke afspiegeling is van de algemene Nederlandse jeugdbevolking. In het huidige onderzoek blijkt de verhouding jongens-meisjes ongeveer gelijk te zijn met de landelijke gegevens: bij zowel jongens als meisjes is er een minimaal verschil van 3% gevonden. Bij het demografisch gegeven 'gezinstype' blijken de verhoudingen ook ongeveer gelijk. Volgens de gegevens van dit onderzoek en het CBS (<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/jongeren/cijfers/default.htm>) blijkt een 'twee-ouder gezin' het vaakst voor te komen. Daarna volgen de gezinstypes 'een-ouder gezin' en 'anders'. Wel omvat het gegeven 'gezinstype' in het huidige onderzoek meer twee-ouder gezinnen vergeleken met de gegevens van het CBS. Daarnaast is het percentage 'een-ouder gezin' lager dan de landelijke percentages. De percentages verschillen van 1% tot 9%. Tevens verschillen de percentages ten aanzien van gezinsgrootte uit het huidige onderzoek met de landelijke percentages. Bij gezinnen met één kind is er een verschil gevonden van 22%, bij gezinnen met twee

kinderen een verschil van 14% en bij gezinnen met drie of meer kinderen een verschil van 8%. In het huidige onderzoek is het percentage gezinnen met één kind lager en gezinnen met twee of meer kinderen hoger dan het landelijke percentage. Desondanks blijven volgens de gegevens van het huidige onderzoek en het CBS, de gezinnen met twee kinderen de grootste groep. Verder is in het huidige onderzoek het percentage in Nederland geboren kinderen groter dan het landelijke percentage. Er is een verschil gevonden van 20%. Dit betekent dat er in dit onderzoek minder allochtone kinderen zijn opgenomen. Echter, vooruitlopend op de analyses in Hoofdstuk 4, kan hier alvast gemeld worden dat op het gegeven 'gezinstype' na, er geen verschillen in OBVL-scores zijn tussen de categorieën van de demografische factoren (zie Tabel 4.5).

Al met al kunnen we *concluderen* dat er sprake is van een redelijk representatieve steekproef moeders, waarin zowel het randstedelijke gebied als provinciesteden en plattelandsgebieden vertegenwoordigd zijn.

3.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een test verwijst naar de mate waarin verkregen testuitslagen vrij zijn van toevallige meetfouten. Er zijn verschillende manieren om de betrouwbaarheid vast te stellen. Voor de OBVL is de interne consistentie van de schalen bepaald door middel van Cronbach's alpha en McDonald's omega. Met de interne consistentie kan een indruk worden verkregen van de mate waarin scores op de vragen bijdragen aan de schaalcores. Sijtsma (2009) bekritiseert het gebruik van alpha en geeft aan dat deze maat een onderschatting is van de ware betrouwbaarheid van een schaal. Betrouwbaarheidsmaten gebaseerd op structurele vergelijkingsmodellen (Structural Equation Modeling ofwel SEM) kunnen betere schatters zijn van de ware betrouwbaarheid (Revelle & Zinbarg, 2009). Wij berekenden voor de OBVL de betrouwbaarheidsmaat rho van Jöreskog (Jöreskog, 1971), ook bekend als McDonald's omega (McDonald, 1978, 1999). Deze maat geeft de verhouding weer tussen de verklaarde variantie door de factor en de totale hoeveelheid te verklaren variantie van deze factor. Ter illustratie worden de Cronbach's alpha's vermeld, maar voor de interpretatie van de betrouwbaarheid baseren we ons op McDonald's omega. Deze laatste maat is onlangs ook toegepast in onderzoek naar de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Stone, Otten, Ringlever, Hiemstra, Engels, Vermulst & Janssens, 2013). Ook de hoofdredacteur van het tijdschrift *European Journal of Psychological Measurement* acht het wenselijk om deze maat meer te gaan gebruiken (Schweizer, 2011).

De resultaten voor de betrouwbaarheid voor de drie normgroepen staan in Tabel 3.3 in de volgende paragraaf. Uit deze tabel valt af te lezen dat de Cronbach's alpha voor

de schalen van de OBVL tussen de .74 en .87 ligt en de McDonald's omega tussen de .87 en .98. Voor de totale schaal opvoedingsbelasting (over 34 vragen) variëren de alpha's tussen .89 en .91, de omega's tussen .96 en .97. Volgens de COTAN (Evers, Lucassen, Meijer & Sijtsma, 2010) worden betrouwbaarheidsmaten lager dan .70 als matig beschouwd en betrouwbaarheidsmaten tussen de .70 en de .80 als voldoende. Daarnaast worden betrouwbaarheidsmaten hoger dan .80 geïnterpreteerd als goed. We kunnen *concluderen* dat de betrouwbaarheid van de OBVL over het algemeen goed te noemen is.

3.3 Validiteit

De validiteit heeft betrekking op de mate waarin een test meet wat hij beoogt te meten. Er zijn verschillende vormen van validiteit te onderscheiden. Twee vaak gebruikte vormen zijn begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit (Evers et al., 2010). Bij de begripsvaliditeit gaat het erom vast te stellen of de test of vragenlijst inderdaad de eigenschap meet die wordt verondersteld. Bij criteriumvaliditeit gaat het erom in hoeverre de score op een test een goede voorspeller is van gedrag in de werkelijkheid (dus buiten de testsituatie), dat een goede representatie is van het gemeten begrip. Hoewel de scores op de OBVL in feite wel voorspellen welke belasting de ouder in het dagelijks leven bij de opvoeding ervaart, is het niet de pretentie van de OBVL dat de scores tot een diagnose of classificatie leiden, of tot een beslissing om al dan niet hulp te gaan verlenen. Zoals eerder werd aangegeven zien we het gebruik van de OBVL vooral als ondersteuning bij intake en diagnostiek, als hulpmiddel voor het stellen van behandeldoelen en het bepalen van de voortgang van de behandeling. Dit maakt dat wij de criteriumvaliditeit niet van toepassing achten. We zullen ons daarom richten op de begripsvaliditeit. Mogelijke indicatoren hiervoor zoeken we in de analyse van de factorstructuur, relaties met andere vragenlijsten voor het meten van de opvoedingsomgeving en voor het gedrag van het kind, en mogelijke verschillen tussen wel en niet voor hulp aangeelde kinderen.

3.3.1 Factorstructuur

Voor de analyse van de factorstructuur is in eerste instantie uitgegaan van de steekproef van 848 moeders van kinderen van 0-11 jaar (zie Tabel 3.1). Deze steekproef is *at random* onderverdeeld in twee gelijke datasets van elk 424 moeders. Op de eerste dataset zijn exploratieve factoranalyses (EFA) uitgevoerd om tot itemreductie te komen. De tweede dataset is gebruikt om via confirmatieve factoranalyse (CFA) te toetsen of het resultaat uit de eerste dataset bevestigd kan worden. Voor de factoranalyse is gebruik gemaakt van het programmapakket Mplus (Muthén & Muthén, 1998-2007), met de *Full Information Maximum Likelihood Estimation* (FIML) om rekening te houden met het beperkte aantal missende waarden in de dataset. Ontbrekende waarden in

de dataset worden hierbij niet ingevuld, er wordt maximaal gebruik gemaakt van alle aanwezige (paarsgewijze) informatie in de data. Omdat de vragen een 4-punts antwoordschaal hebben en erg scheef verdeeld kunnen zijn, worden deze vragen opgevat als ordinale variabelen (*ordered categorical*). Om de sterkte van de relatie tussen een factor en een item te kunnen schatten wordt meestal gebruik gemaakt van lineaire regressieanalyse, waarbij verondersteld wordt dat de verdeling van de score op de vraag continu en redelijk normaal is. Het regressiegewicht geeft de sterkte van de relatie tussen factor en item weer en wordt bij factoranalyse factorlading genoemd. Bij ordinale vragen (zoals bij de OBVL) wordt vaak gebruik gemaakt van logistische of probit regressie. Beide regressiemethoden transformeren de afhankelijke variabele (het ordinale item) naar een continue waardoor lineaire regressieanalyse weer mogelijk wordt. Logistische regressie maakt gebruik van een logaritmische transformatie, probit regressie voert een transformatie uit via de inverse cumulatieve normale verdeling. Beide analyses geven (ongeveer) gelijke resultaten. Mplus kiest voor de probit variant. Daarbij worden de percentages behorende bij elk van de vier categorieën opgevat als oppervlakten onder de normale verdeling waarbij de grens- of drempelwaarde tussen twee opeenvolgende categorieën wordt vervangen door de z-waarde die hoort bij de betreffende cumulatieve oppervlakte. Stel dat in de vier categorieën 1, 2, 3 en 4 van een item achtereenvolgens 70%, 20%, 8% en 2% van de respondenten zijn waargenomen. Tot en met categorie 1 valt 70% wat overeenkomt met een z-waarde van .76, t/m categorie 2 valt 90% met een z-waarde van 1.28, t/m categorie 3 valt 98% met een z-waarde van 2.05. Boven de z-waarde van 2.05 valt 2%. Dit betekent dat de drie z-waarden op adequate wijze de vier percentages kunnen reproduceren. De vier categorieën worden daarom vervangen door drie drempelwaarden (z-waarden) onder de normale curve. Voor elk paar vragen kan een correlatie worden berekend gebaseerd op deze drempelwaarden. Deze correlaties worden polychorische correlaties genoemd. De drempelwaarden en de polychorische correlaties vormen de input voor de EFA (en daarna voor de CFA). Om de sterkte van de relaties tussen factoren en vragen te schatten maakt probit regressie gebruik van een schattingsmethode die hierbij past, de *Weighted Least Square* methode met een *Mean and Variance adjusted chi-square test statistic* (WLSMV).

Voor het reduceren van het aantal vragen van 57 (in de oorspronkelijke lijst) naar een gewenst aantal van 30 tot 35 is gekeken naar vragen die minder goed laden op de factor waarvoor de vraag bedoeld is, naar cross-ladingen (soms gaan vragen ook laden op een of meer andere factoren, wat niet de bedoeling is) en naar vragen die qua inhoud teveel op elkaar lijken. Vragen zijn één voor één verwijderd. Er zijn uiteindelijk 34 vragen overgebleven. Van de oorspronkelijke tien vragen (waarvan zes positief geformuleerd en vier negatief) voor de schaal Problemen opvoeder-kindrelatie

Tabel 3.3 Resultaten van de CFA's, betrouwbaarheden en item-rest correlaties

Schaal/vraag	Normgroep			Item-rest correlatie
	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	
	Lading	Lading	Lading	
Problemen opvoeder-kindrelatie (6 vragen, $a_1=.81, a_2=.85, a_3=.85, \omega_1=.94, \omega_2=.94, \omega_3=.94$)				
Ik voel me gelukkig met mijn kind (-)*	.86	.94	.90	.63
Ik voel me vrolijk als mijn kind bij mij is (-)	.83	.84	.82	.66
Ik heb een tevreden gevoel over mijn kind (-)	.84	.85	.89	.63
Met mijn kind voel ik me prettig (-)	.86	.87	.87	.69
Als mijn kind bij mij is voel ik me rustig (-)	.73	.70	.67	.51
Ik geniet van mijn kind (-)	.92	.93	.91	.70
Problemen met opvoeden (7 vragen, $a_1=.82, a_2=.84, a_3=.82, \omega_1=.90, \omega_2=.91, \omega_3=.90$)				
Mijn kind luistert naar mij (-)	.70	.77	.81	.59
Als mijn kind boos wordt dan kan ik het kalmeren (-)	.66	.75	.67	.55
Ik heb controle over mijn kind (-)	.76	.89	.81	.63
Ik ben geduldig met mijn kind	.72	.64	.63	.51
Ik ga gemakkelijk met mijn kind om (-)	.90	.88	.84	.60
Ik weet dat ik als opvoeder het goed doe (-)	.74	.64	.68	.52
Ik kan mijn kind goed corrigeren als dat nodig is (-)	.71	.76	.74	.64
Depressieve stemmingen (7 vragen, $a_1=.87, a_2=.83, a_3=.80, \omega_1=.96, \omega_2=.93, \omega_3=.91$)				
Ik heb plezier in het leven (-)	.94	.90	.96	.76
Ik voel me gelukkig (-)	.93	.92	.96	.76
Soms zie ik het nut van het leven niet in	.79	.76	.66	.43
Ik voel me vaak prettig (-)	.93	.89	.91	.73
Ik heb vaak een slechte bui	.82	.68	.50	.38
Ik heb een hekel aan mezelf	.87	.79	.63	.41
Ik heb een positief gevoel over mijn toekomst (-)	.80	.75	.71	.63
Rolbeperking (6 vragen, $a_1=.79, a_2=.77, a_3=.74, \omega_1=.87, \omega_2=.89, \omega_3=.91$)				
Door de opvoeding van mijn kind kom ik te weinig aan mezelf toe	.72	.79	.80	.57
Door mijn kind kom ik weinig toe aan andere dingen	.83	.82	.75	.61
Ik zou vaker vrienden en kennissen willen bezoeken maar dat gaat niet vanwege mijn kind	.74	.75	.86	.60
Ik heb vanwege mijn kind minder contact met mijn vrienden dan vroeger	.63	.65	.64	.57
Ik kan door mijn kind heel weinig van huis weg	.72	.69	.78	.56
Ik heb door mijn kind weinig contacten met andere mensen	.75	.82	.87	.44
Gezondheidsklachten (8 vragen, $a_1=.77, a_2=.80, a_3=.80, \omega_1=.95, \omega_2=.97, \omega_3=.95$)				
Ik heb een opgezet of drukkend gevoel in mijn maagstreek	.76	.87	.75	.42
Ik heb het gevoel dat ik moe ben	.86	.86	.90	.56
Ik heb pijn in mijn borst of hartstreek	.79	.87	.81	.47
Ik heb pijn in mijn maagstreek	.83	.92	.92	.65
Ik voel me slaperig of suffig	.80	.84	.83	.48
Ik heb benauwdheid op mijn borst	.88	.92	.77	.46
Mijn maag is van streek	.87	.98	.92	.63
Als ik 's morgens opsta dan ben ik moe en niet uitgerust	.87	.87	.88	.58
Totale opvoedingsbelasting (34 vragen, $a_1=.91, a_2=.91, a_3=.89, \omega_1=.97, \omega_2=.97, \omega_3=.96$)				

Noot. a_1, a_2, a_3 resp. $\omega_1, \omega_2, \omega_3$ verwijzen naar de drie groepen (0-3, 4-11 en 12-18 jarigen)

Passingsmaten van de CFA's:

- 0-3 jaar ($n = 484$): $\chi^2(517) = 1004.52, p = .000$ RMSEA = .043, CFI = .968

- 4-11 jaar ($n = 364$): $\chi^2(517) = 1515.50, p = .000$ RMSEA = .046, CFI = .960

- 12-18 jaar ($n = 580$): $\chi^2(517) = 1078.47, p = .000$ RMSEA = .043, CFI = .971

*(-) Gespiegelde vragen bij de scoring

zijn er zes overgebleven. De vier negatief geformuleerde vragen zijn verdwenen (zoals 'ik ben geïrriteerd bij mijn kind' of 'ik ben zenuwachtig over mijn kind'). Van de twaalf vragen voor Problemen met opvoeden (waarvan negen positief geformuleerd en drie negatief) zijn er zeven overgebleven. De drie negatief geformuleerde vragen (zoals 'mijn kind laat zich moeilijk sturen' of 'het opvoeden van mijn kind is een lastige taak') zijn verwijderd. Van Depressieve stemmingen met twaalf vragen (waarvan vier positief en acht negatief) zijn zeven vragen overgebleven waarvan vier positief geformuleerd en drie negatief. Rolbeperking bevatte elf vragen (twee positief en negen negatief) waarvan er zes zijn overgebleven. De twee positief geformuleerde vragen zijn verdwenen (zoals 'naast de opvoeding van mijn kind kan ik mijn leven indelen zoals ik wil'). Gezondheidsklachten bestond uit twaalf vragen en is nu gereduceerd tot acht vragen, alle negatief geformuleerd, bijvoorbeeld 'Ik voel me slaperig of suffig'.

De passing (*fit*) van het uiteindelijke EFA-model was $\chi^2(517) = 992.44$, $p = 0.000$, CFI = .965, RMSEA = .045. Een factormodel heeft een goede passing als CFI > .95 en RMSEA < .05 en is acceptabel als CFI > .90 en RMSEA < .08. In ons geval kunnen we dus van een goede passing spreken. Dit betekent dat de vijf theoretisch veronderstelde schalen ook empirisch aantoonbaar zijn².

In de tweede steekproef is getoetst of dit vijffactorenmodel gereproduceerd kon worden. Dit levert een onafhankelijke bevestiging op van het bestaan van de veronderstelde factoren. Resultaten van deze factoranalyses worden in Tabel 3.3 weergegeven in termen van gestandaardiseerde ladingen. Het vijffactorenmodel bleek goed te passen: de passing van het model was goed met $\chi^2(517) = 1017.15$, $p = 0.000$, CFI = .959, RMSEA = .046.

Omdat de passing van het EFA-model sterk overeenkwam met de passing van het CFA-model en de ladingen weinig verschillen lieten zien, zijn beide steekproeven samengevoegd en vervolgens opgesplitst naar de normgroepen 0-3 en 4-11 jaar. In Tabel 3.3 zijn de resultaten van de CFA's voor beide normgroepen weergegeven in kolom 2 en 3. De passingsmaten in de voetnoot laten voor beide normgroepen een goede passing zien met RMSEA < .05 en CFI > .95.

Vervolgens is via confirmatorische factoranalyse getoetst of het model ook opgeld deed voor de moeders uit de groep 12-18 jarigen (Normgroep 3, $n = 580$; zie Tabel 3.1). De resultaten kwamen in grote lijnen overeen met die van de

vorige analyses. De passing van het model was wederom goed met RMSEA < .05 en CFI > .95 (zie onderaan Tabel 3.3). Ook de betrouwbaarheden van de schalen lagen in lijn met die uit de vorige analyses. Deze resultaten staan eveneens weergegeven in Tabel 3.3, kolom 4. In de laatste kolom van Tabel 3.3 staan de item-rest correlaties weergegeven. Om ruimte te besparen zijn die niet voor elke groep afzonderlijk weergegeven, maar over alle drie groepen samen ($N = 1428$), er bestonden weinig verschillen tussen deze groepen aangaande de item-rest correlaties. Alle vragen hadden een item-rest correlatie > .30, met uitzondering van de vraag 'Ik heb vaak een slechte bui' van het begrip Depressieve stemmingen in de groep 12-18 jarigen met een waarde van .22³. De item-rest correlaties laten hoge waarden zien en meten daarmee -in samenhang met de eendimensionale schalen uit de factoranalyse- hetzelfde als de overige vragen van een schaal.

Geconcludeerd kan worden dat de schalen van de OBVL er goed uit zien. De ladingen van de factormodellen zijn goed, de passing (*fit*) van deze modellen is goed en de item-rest correlaties zijn hoog. De beoogde begrippen met betrekking tot opvoedingsbelasting lijken ook daadwerkelijk te worden gemeten.

Ten slotte is gekeken of de betekenis van de vijf schalen over de drie normgroepen gelijk is. Dit wordt meetinvariantie genoemd. Het is niet de bedoeling dat de betekenis van bijvoorbeeld Rolbeperking voor de 0-3 jarigen anders is dan voor de 4-11 jarigen. De gevolgde procedure en uitkomsten worden beschreven in Bijlage 2. Op basis van de uitkomsten kunnen we *concluderen* dat de begripsvaliditeit over de drie normgroepen heen niet verschillend is. Dezelfde conclusie kunnen we trekken voor geslacht: de begripsvaliditeit van de OBVL is niet verschillend voor jongens en meisjes. Het onderling vergelijken van de normgroepen of het vergelijken van jongens en meisjes door middel van bijvoorbeeld gemiddelden is daarmee verantwoord.

Tabel 3.4 geeft de correlatie tussen de vijf factoren onderling en de correlatie van elk van deze factoren met de somscore van de OBVL. Hierbij zijn alle positief geformuleerde vragen omgescoord, zodat de vragen, schaalscores en de somscore een eenduidige betekenis hebben: hoge scores wijzen op hoge opvoedingsbelasting. Correlaties < .30 zijn laag, $\geq .30$ gemiddeld/middelgroot en $\geq .50$ hoog (Cohen, 1992). In Tabel 3.4 is te zien dat de eerste drie schalen Problemen opvoeder-kindrelatie, Problemen met opvoeden en Depressieve stemmingen samen hoog correleren.

² CFI=Comparative Fit Index; RMSEA=Root Mean Square Error of Approximation. Beide indexen zeggen iets over de passing of fit van het getoetste model. Bij de CFI wordt de passing van het getoetste model (in ons geval het vijffactorenmodel) vergeleken met de passing van een baseline model waarin complete onafhankelijkheid tussen de waargenomen variabelen wordt verondersteld. De fit is optimaal als CFI=1. De RMSEA geeft weer in welke mate het getoetste (hier: vijffactoren-) model niet past bij de data. De passing is perfect als RMSEA=0.

³ Het gaat hierbij om gewone (Pearson) correlaties. Deze zijn minder geschikt voor vragen met scheve verdelingen en een beperkt aantal antwoordcategorieën. Polychorische correlaties geven een beter beeld van de werkelijke samenhang. SPSS gebruikt alleen Pearson correlaties voor de berekening van de betrouwbaarheid, maar de polychorische correlatiematrix in Mplus (die helaas geen betrouwbaarheidsanalyses kan uitvoeren) laat zien dat de onderlinge correlaties van item 'Ik heb vaak een slechte bui' met de andere vragen van de schaal behoorlijk hoger zijn dan in de SPSS-correlatiematrix. Met andere woorden, de werkelijke waarde van de item-rest correlatie van dit item zal behoorlijk hoger zijn dan de gevonden waarde van .22.

Tabel 3.4 Onderlinge correlaties OBVL-schalen en Totale opvoedingsbelasting (N = 1404-1418)⁴

Schaal	1	2	3	4	5
1. Problemen opv.-kindrelatie					
2. Problemen met opvoeden	.67**				
3. Depressieve stemmingen	.59**	.54**			
4. Rolbeperking	.19**	.17**	.28**		
5. Gezondheidsklachten	.18**	.21**	.42**	.36**	
6. Totale opvoedingsbelasting	.74**	.75**	.81**	.58**	.62**

** $p \leq 0.01$ (tweezijdig)

Depressieve ouders en ouders die zich geen competente opvoeder voelen hebben een negatieve opvoeder-kindrelatie. Daarnaast hangen ook Depressieve stemmingen en Gezondheidsklachten hoog samen. Rolbeperking en Gezondheidsklachten hangen minder sterk samen met de eerste drie schalen. Wel correleren alle schalen hoog met de totaalscore van de OBVL. Alle correlaties zijn significant.

Al met al kunnen we *concluderen* dat we in deze paragraaf ondersteuning voor de begripsvaliditeit van de OBVL vonden. De theoretische indeling in de vijf schalen en de meetinvariantie over normgroepen en geslacht werden empirisch ondersteund. Opvallend was de sterke relatie tussen de beide opvoedingsschalen en depressieve stemmingen van de ouder, dit past overigens goed bij de literatuur (zie Hoofdstuk 2). De onderlinge correlaties tussen de twee opvoedingsschalen bleken het hoogst, de relaties tussen de opvoeding met de kenmerken van de ouder waren minder sterk, maar wel betekenisvol.

3.3.2 Relaties met andere aspecten van de opvoedingsomgeving

Bij het normeringsonderzoek zijn -zoals eerder al aangegeven- ook de andere vragenlijsten van de VG&O-set afgenomen. Voor de analyses in deze paragraaf willen we kijken naar de relatie van de OBVL-scores met die van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO; Veerman, Janssen, Kroes, De Meyer, Nguyen & Vermulst, 2015). Deze lijst meet diverse aspecten van het gezinsfunctioneren, met name hoe ouders hun gezinstaken uitvoeren. Ook wordt gekeken naar de relatie met de Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag (VSOG; Van Leeuwen, Vermulst, Kroes, De Meyer & Veerman, in voorbereiding), deze lijst meet vooral de concrete wijze van opvoeden van ouders. De psychometrische kwaliteiten van deze instrumenten zijn goed en te vergelijken met die van de OBVL. Zo worden de in Tabel 3.5 genoemde schalen van de VGFO en de VSOG via vergelijkbare factoranalyses als hiervoor voor de OBVL is beschreven ondersteund door goede *fit*-indexen en is de betrouwbaarheid van de schalen eveneens goed te noemen.

De relatie tussen de OBVL en VGFO respectievelijk VSOG werpt verder licht op de begripsvaliditeit. Verwacht mag

worden dat de twee OBVL-schalen die ingaan op het opvoeden (Problemen opvoeder-kindrelatie en Problemen met opvoeden) samenhangen met de opvoedingsschalen van de VGFO en VSOG. Bij de VGFO betreft dit Basiszorg en Opvoeding, bij de VSOG betreft dit alle in Tabel 3.5 genoemde schalen (deze hebben immers alle met de opvoeding te maken). Depressieve stemmingen, Rolbeperking en Gezondheidsklachten zouden vanwege het meer persoonsgebonden karakter van de schalen (ze zeggen iets over de ouder als persoon) met name correleren met de persoonsgebonden schalen van de VGFO (Sociale contacten, Jeugdbeleving en Partnerrelatie). Tabel 3.5 geeft de correlaties weer.

Tabel 3.5 Correlaties tussen de schalen van de OBVL en de schalen van de VGFO en VSOG (N = 931-1420)

Schaal	OBVL				
	1	2	3	4	5
VGFO					
Basiszorg	-.39**	-.45**	-.38**	-.02	-.13**
Opvoeding	-.56**	-.64**	-.52**	-.16**	-.17**
Sociale contacten	-.36**	-.37**	-.48**	-.21**	-.21**
Jeugdbeleving	-.22**	-.18**	-.30**	-.11**	-.20**
Partnerrelatie	-.39**	-.43**	-.53**	-.14**	-.25**
VSOG					
Pos. ouderlijk gedrag	-.49**	-.46**	-.36**	-.13**	-.13**
Regels	-.27**	-.28**	-.22**	-.12**	-.10*
Straffen	.10*	.14**	.04	.09*	-.03
Hard straffen	.10*	.11**	.04	.00	.02
Belonen	-.03	-.03	-.03	-.03	.07*

Noot. Schalen OBVL: 1 = Problemen opvoeder-kindrelatie; 2 = Problemen met opvoeden; 3 = Depressieve stemmingen; 4 = Rolbeperking; 5 = Gezondheidsklachten.

* $p \leq 0.05$ (tweezijdig)

** $p \leq 0.01$ (tweezijdig)

Alle OBVL-schalen correleren significant met alle VGFO-schalen. De correlaties zijn negatief omdat bij de VGFO hoge scores op adequaat functioneren van ouders wijzen en bij de OBVL op problematisch functioneren. Zoals verwacht correleren de schalen Problemen opvoeder-kindrelatie en Problemen met opvoeden sterk met de schaal Opvoeding van de VGFO. Hoe positiever de ouders zijn over hun manier van opvoeden, hoe minder belasting ze in de opvoeder-kindrelatie en de opvoeding ervaren. Daarnaast valt op dat de schaal Depressieve stemmingen ook hoog correleert met de schaal Opvoeding. Gevoelens van competentie over de opvoeding gaan bij ouders blijkbaar gepaard met minder depressieve stemmingen (of andersom). Ook de correlatie tussen Depressieve stemmingen en Partnerrelatie is hoog, deze aspecten hangen sterk samen. De overige correlaties van Problemen opvoeder-kindrelatie, Problemen met opvoeden en Depressieve stemmingen met de schalen van de VGFO (op Jeugdbeleving na) zijn gemiddeld. Rolbeper-

⁴ Bij deze en volgende analyses in dit hoofdstuk zijn missende waarden niet meegenomen, het aantal deelnemers (N) kan daarom variëren.

king en Gezondheidsklachten blijken minimaal te correleren met de VGFO-schalen. Wel correleert van alle OBVL-schalen Depressieve stemmingen het hoogst met Sociale contacten en Jeugdbeleving. Dit pleit voor de validiteit van deze schaal, depressieve ouders hebben naar hun gevoel weinig sociale contacten en kijken niet zo positief terug op hun eigen opvoeding. Voor Rolbeperking en Gezondheidsklachten zijn de correlaties met alle VGFO-schalen aanzienlijk lager. Beide totaalscores correleren wel weer hoog met elkaar ($r = -.61$; niet in de tabel weergegeven), hetgeen het algemene beeld bevestigt.

Bij de VSOG is het opvallend dat er alleen middelgrote correlaties zijn tussen de eerste drie schalen van de OBVL en de eerste schaal van de VSOG (Positief ouderlijk gedrag), hoge scores op deze schaal zijn gerelateerd aan een positieve opvoeder-kindrelatie, minder problemen in de opvoeding en minder depressieve stemmingen. Dit is conform de verwachting. Het stellen van regels laat ongeveer hetzelfde correlatiepatroon met de eerste drie OBVL-schalen zien, maar de correlaties zijn hier zwak. De andere drie schalen van de VSOG lijken weinig samen te hangen met de OBVL. Straffen, hard straffen en belonen zijn niet of nauwelijks gerelateerd aan een positieve opvoeder-kind relatie of aan opvoedingscompetenties. Hetzelfde beeld zien we als we kijken naar de onderlinge correlaties van de schalen van de VSOG (hier niet gerapporteerd). Positief ouderlijk gedrag en Regels correleren behoorlijk sterk met elkaar ($r = .62$), maar beide schalen blijken niet significant te correleren met de overige drie schalen. De VSOG kent geen totaalscore, de correlatie met de OBVL-totaalscore is dan ook niet te berekenen.

Concluderend kan over de relatie van de OBVL-schalen met andere schalen voor gezin en opvoeding gezegd worden dat verwachte relaties in het algemeen gevonden worden, ook met middelgrote tot hoge correlaties. Met name geldt dit voor de eerste drie schalen van de OBVL: Problemen opvoeder-kindrelatie, Problemen met opvoeden en Depressieve stemmingen. Voor de schalen Rolbeperking en Gezondheidsklachten worden over het algemeen wel significante correlaties gevonden, maar deze zijn beduidend lager dan die van de andere schalen. Deze resultaten geven verdere aanwijzingen voor de begripsvaliditeit van de OBVL.

3.3.3 Relaties met kindgedrag

In de tweede plaats is gekeken naar de relatie tussen de OBVL-schalen en die van de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Van Widenfelt, Goedhart, Treffers & Goodman, 2003). Deze lijst werd eveneens in het normeringsonderzoek afgenomen en meet probleemgedrag bij kinderen. Er is een totaalscore te berekenen en scores voor vijf verschillende gedragsschalen (zie verderop). Uit recent onderzoek met de SDQ bij 1484 Nederlandse moeders met kinderen in de leeftijd van 9-12 jaar bleek dat de betrouwbaarheden varieerden tussen .74 en .91 (omega's), terwijl

de vijf-factorstructuur een goede passing liet zien en invariantie over geslacht en leeftijd werd ondersteund (Stone et al., 2013). Onze verwachting was dat deze correlaties over de hele linie significant zouden zijn, de verschillende aspecten van opvoedingsbelasting zijn immers gekozen met het oog op de stress die een ouder bij het opvoeden ervaart en deze stress zal voor een niet onbelangrijk deel bepaald worden door de gedragsproblemen van het kind en hier ook weer op van invloed zijn (zie Hoofdstuk 2). Met name de externaliserende, naar buiten gerichte gedragsproblemen (agressie) zouden hierbij een belangrijke rol spelen (deze worden gemeten met de schaal Gedragsproblemen van de SDQ). In Tabel 3.6 worden de correlaties tussen de schalen van de OBVL en de SDQ gegeven.

Tabel 3.6 *Correlaties tussen de schalen van de OBVL en de schalen van de SDQ (N = 923-933)*

Schaal	OBVL				
	1	2	3	4	5
SDQ					
Emotionele probl.	.20**	.23**	.19**	.11**	.23**
Gedragsproblemen	.33**	.40**	.23**	.11**	.17**
Hyperact/aandachtstekort	.26**	.34**	.21**	.12**	.21**
Probl. Leeftijdgen.	.22**	.19**	.13**	.04	.18**
Prosociaal gedrag	-.34**	-.36**	-.23**	-.10*	-.13**
Totaalscore	.36**	.42**	.27**	.15**	.29**

Noot. Schalen OBVL: 1 = Problemen opvoeder-kindrelatie; 2 = Problemen met opvoeden; 3 = Depressieve stemmingen; 4 = Rolbeperking; 5. = Gezondheidsklachten.

* $p \leq 0.05$ (tweezijdig)

** $p \leq 0.01$ (tweezijdig)

Uit de tabel is af te lezen dat vrijwel alle OBVL-schalen significant correleren met vrijwel alle SDQ-schalen. Dit is volgens verwachting en wijst op een relatie tussen de door de ouder ervaren opvoedingsbelasting en de door de ouders ervaren gedragsproblemen. De correlatie tussen Problemen opvoeder-kindrelatie en Problemen met opvoeden met de SDQ-schaal Gedragsproblemen is relatief het hoogst. Ook dit is volgens de verwachting. Opvallend is ook de relatie tussen deze beide OBVL-schalen en de schaal Prosociaal gedrag van de SDQ, minder problemen in de opvoeder-kindrelatie en minder problemen bij het opvoeden gaat samen met meer sociaal gedrag (of andersom). Depressieve stemmingen, Rolbeperking en Gezondheidsklachten correleren relatief lager met alle SDQ-schalen. De totaalscore van beide instrumenten (niet in de tabel weergegeven) correleert het hoogst ($r = .44$).

Concluderend kan ook hier gezegd worden dat verwachte verbanden tussen OBVL-schalen en schalen van de SDQ aanwezig zijn. Deze lijken het sterkst voor de OBVL schalen Problemen opvoeder-kindrelatie en Problemen met opvoeden met de SDQ-schalen Gedragsproblemen en Prosociaal gedrag. Ook dit geeft verdere ondersteuning voor de begripsvaliditeit van de OBVL.

3.3.4 Verschillen tussen ouders van wel en niet voor hulp aangemelde kinderen

Van een vijftal Jeugdzorgorganisaties in het noorden, oosten en westen van het land werden OBVL-gegevens verkregen. Het ging om instellingen voor Jeugd- & Opvoedhulp (voorheen: provinciaal gefinancierde jeugdzorg)⁵. Het doorsnee palet van behandelingen in deze instellingen voor Jeugd- & Opvoedhulp bestaat uit Spoedhulp, Intensieve ambulante gezinshulp, pleegzorgvarianten, dagbehandeling en residentiële behandeling. De respondenten van deze instellingen worden hier voor het gemak aangeduid als de hulpverleningsgroep. De gegevens betroffen een eerste meting bij aanvang van de hulp in de instellingen en zijn verzameld in de periode 2010-2012. Om een vergelijking met de normgroep mogelijk te maken zijn alleen de kinderen van moeders geselecteerd. In totaal ging het om 2635 door moeders ingevulde vragenlijsten voor jongens (59%) en meisjes (41%) van 0-18 jaar (gem. 10,4 jaar). De verwachting is dat moeders van kinderen die voor hulp zijn aangemeld significant meer opvoedingsbelasting ervaren dan moeders van niet voor hulp aangemelde kinderen. Onderzoek in de Nederlandse jeugdzorg heeft laten zien dat dit ook daadwerkelijk het geval is (zie o.a. Geurts, Lekkerkerker, Van Yperen & Veerman, 2010; Harder, Knorth & Zandberg, 2006; Veerman, Janssens & Delicat, 2005). Tabel 3.7 geeft de gemiddelden en standaarddeviaties weer voor de normgroep en hulpverleningsgroep, uitgesplitst naar de drie leeftijdsgroepen.

Om na te gaan of de gemiddelde scores op de zes schalen tussen de normgroepen significant verschillen is gebruik gemaakt van multivariate GLM (General Linear Models) in SPSS. Omdat er weinig missende waarden zijn (voor de normgroep van $N = 1428$ variëren de percentages missende waarden tussen .2 en .3, en voor de hulpverleningsgroep met $N = 2635$ moeders variëren deze percentages tussen 0 en .3) zijn de ontbrekende waarden geïmputeerd via het EM-algoritme in SPSS. De overall F-toetsen waren significant voor elk van de drie leeftijdsgroepen: $F(6,797) = 22.06$, $p = .000$ (0-3 jaar), $F(6,1552) = 29.67$, $p = .000$ (4-11 jaar), $F(6,1692) = 67.50$, $p = .000$ (12-18 jaar). Significante verschillen tussen de twee groepen werden gevonden voor alle schalen en leeftijdsgroepen. Relatieve kleine effecten zijn waargenomen bij Problemen opvoeder-kindrelatie (0-3 jaar) en Rolbeperking (0-3 en 4-11 jaar). De overige effecten zijn medium, medium tot groot en grote effecten. Grote effecten worden vooral gevonden in de leeftijdsgroep 12-18 jaar⁶.

We kunnen *concluderen* dat de hulpverleningsgroep (klinische groep) zoals verwacht op alle schalen gemiddeld hoger scoort dan de normgroep, ouders van aangemelde kinderen ervaren meer opvoedingsbelasting. Met de resultaten van de factoranalyse en de correlaties met andere vragenlijsten ondersteunt dit de begripsvaliditeit van de OBVL.

Tabel 3.7 Vergelijking ruwe scores normgroep met ruwe scores hulpverleningsgroepen per leeftijdsgroep

Schaal OBVL	Leeftijdsgroep								
	0-3 jaar			4-11 jaar			12-18 jaar		
	Normgroep (n = 484)	Hulpverl. groep (n = 320)	F(1,802) (PES)*	Normgroep (n = 364)	Hulpverl. groep (n = 1195)	F(1,1577) (PES)*	Normgroep (n = 580)	Hulpverl. groep (n = 1120)	F(1,1698) (PES)*
Gem. (Sd.)	Gem. (Sd.)		Gem. (Sd.)	Gem. (Sd.)		Gem. (Sd.)	Gem. (Sd.)		
Problemen opv.-kindrelatie	7.72 (2.09)	8.55 (3.35)	18.45 (.022)	7.97 (2.28)	10.35 (4.01)	116.24 (.069)	8.29 (2.50)	11.74 (5.04)	240.58 (.124)
Problemen met opvoeden	11.37 (2.85)	13.15 (4.25)	50.74 (.059)	11.69 (3.05)	14.66 (4.84)	112.50 (.073)	12.02 (2.95)	15.62 (5.14)	241.92 (.125)
Depressieve stemmen	9.06 (2.69)	11.58 (4.25)	106.47 (.112)	9.12 (2.68)	10.55 (5.40)	117.90 (.070)	9.39 (2.52)	12.12 (4.14)	211.50 (.111)
Rolbeperking	9.94 (2.82)	11.41 (4.44)	32.95 (.039)	9.12 (2.68)	10.55 (4.20)	37.49 (.024)	7.73 (2.14)	9.95 (3.92)	161.30 (.087)
Gezondheidsklachten	10.53 (2.70)	13.23 (5.73)	80.96 (.091)	10.06 (2.64)	12.89 (5.40)	93.80 (.057)	9.53 (2.40)	12.84 (5.26)	207.49 (.109)
Totale opvoedingsbelasting	48.61 (9.67)	57.90 (16.16)	103.80 (.115)	48.10 (9.43)	60.22 (17.08)	167.84 (.097)	47.00 (8.57)	62.25 (17.49)	393.69 (.188)

Noot. PES = Partial Eta Squared⁶

* De univariate F-toetsen zijn alle significant met $p < .001$

⁵ Wij willen de jeugdzorgorganisaties Altra, Jarabee, Juzt, Spirit en Yorneo bedanken voor het aanleveren van deze gegevens.

⁶ PES, Partial Eta Squared is de proportie variantie dat de onafhankelijke variabele (normgroep versus hulpverleningsgroep) verklaart van de afhankelijke variabele (elk van de schalen van de OBVL) en is gelijk aan Eta Squared met één onafhankelijke variabele (zoals hier het geval is). Volgens Cohen (1992) vertegenwoordigt een waarde van .01 een klein effect, een waarde van .06 een medium effect en een waarde van .14 een groot effect.

4 Normering

In dit hoofdstuk wordt allereerst de constructie van de normen besproken. De normtabellen staan in Bijlage 1. Vanwege de eenheid in het weergeven van de normen is ervoor gekozen om op alle schalen hoge scores representatief te laten zijn voor een hoge mate van ervaren opvoedingsbelasting. Daartoe zijn de scores van de positief geformuleerde vragen in de eerste drie schalen gespiegeld (zie ook Hoofdstuk 2). Na de constructie van de normen wordt ingegaan op de betekenis van de normen en worden verschillen tussen normgroepen geanalyseerd.

4.1 Constructie van de normen

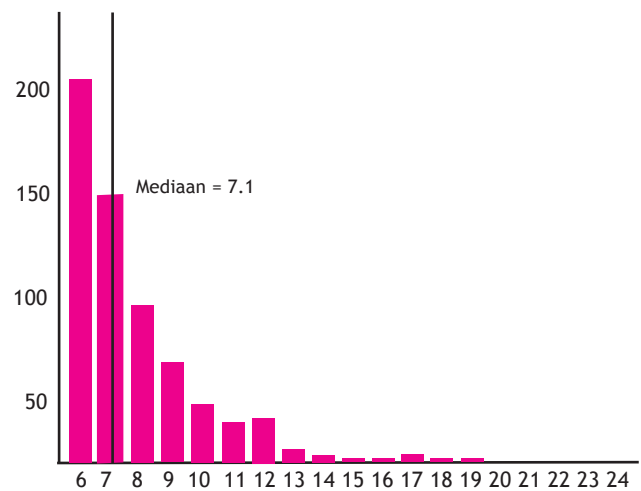
Een belangrijk probleem dat bij de normering overwonnen moest worden was de niet-normale verdeling van de schaalscores. Tabel 4.1 geeft hiervan een indruk voor de schaal Problemen opvoeder-kindrelatie van de OBVL voor moeders van 0-3 jarigen. De scores van deze schaal zijn gebaseerd op 6 vragen, de schaalscore kan dus variëren van 6 t/m 24. De vragen zijn positief verwoord, bijvoorbeeld 'Ik voel me gelukkig met mijn kind' of 'Als mijn kind bij mij is voel ik me rustig'. Bij de scoring zijn deze vragen gespiegeld zodat een hoge score op de schaal betekent dat de moeder een negatieve relatie met haar kind ervaart. De frequentieverdeling is weergegeven in Tabel 4.1 (zie volgende pagina).

De steekproef betreft een niet-klinische populatie. Dit betekent dat er overwegend aan de linkerkant van de verdeling wordt gescoord (zie Figuur 4.1), de meeste moeders geven dus blijk van een relatief goede opvoeder-kindrelatie. In de eerste kolom van Tabel 4.1 staan de ruwe scores, in de derde kolom de waargenomen frequenties. De scores 20 t/m 24 zijn in deze steekproef niet waargenomen. De ruwe score 7 komt tweemaal voor, dit wordt hieronder verder verduidelijkt. In kolom 2 staan de theoretische intervallen van de ruwe scores. Het theoretisch interval van de ruwe score 6 ligt tussen 5.5 en 6.5. De bovengrens van het interval staat vermeld in de rij van de betreffende ruwe score, de ondergrens steeds in de rij erboven. Het theoretisch interval van bijvoorbeeld de ruwe score 11 ligt tussen 10.5 (te vinden in de vorige rij) en 11.5 (te vinden in de kolom van ruwe score 11). In kolom 4 staan de waargenomen percentages en in kolom 5 de cumulatieve percentages. Zo is bijvoorbeeld te zien dat ruwe scores vanaf 11 boven het 90° percentiel vallen. Moeders met dergelijke scores ervaren relatief veel opvoedingsbelasting vanuit de opvoeder-kindrelatie.

De score 7 in Tabel 4.1 opgesplitst in twee intervallen (zie kolom 2); een interval vanaf de ondergrens 6.5 tot aan de mediane waarde 7.1 en een interval vanaf de mediane waarde tot aan de grenswaarde 7.5. De oorspronkelijke score 7 had een frequentie van 119. Deze frequentie van 119

is nu opgesplitst in 70.5 en 48.5, het percentage in deze klasse (24.74) is opgesplitst in 14.66 en 10.08. Het resultaat hiervan is dat het cumulatief percentage tot aan de mediaan gelijk is aan 50 (zie kolom 5).

Meestal probeert men een normale verdeling van T-scores te krijgen door de ruwe scores via bepaalde wiskundige functies te transformeren. Deze hebben tot doel de linkerkant van de verdeling uit te rekken en de rechterkant in te krompen (zie o.a. De Beurs, 2010). Dit is in principe een goede methode die ook prima werkt voor enigszins scheve verdelingen. Voor scheve verdelingen zoals in Figuur 4.1 werkt dit echter niet. Omdat de ruwe scores links van het centrum slechts één of enkele waarden hebben zullen de z- en T-waarden dat ook hebben en is het niet mogelijk de verdeling via transformatie naar links uit te rekken. Een transformatie naar een normale verdeling gaat op deze manier niet lukken. Maar omdat de OBVL bedoeld is om problemen van mensen in kaart te brengen zijn we in feite ook niet geïnteresseerd in de linkerhelft van de verdeling. Een hulpverlener probeert te begrijpen wat er aan de hand is en welke acties ondernomen kunnen worden. De vraag van de hulpverlener is eigenlijk: hoe erg is het met de persoon op het gemeten kenmerk gesteld? Met andere woorden, hij is vooral geïnteresseerd in scores boven het 50° percentiel (bij een instrument waarbij hoge scores op problemen slaan). Met dit in het achterhoofd is het afdoende ons te concentreren op de rechterhelft van de verdeling van elke schaal van de OBVL omdat de rechterkant de problematische kant weerspiegelt: hoe hoger de score des te meer de problematiek.



Figuur 4.1 Histogram van de ruwe scores van de schaal Problemen opvoeder-kindrelatie

Om deze werkwijze verder duidelijk te maken bekijken we eerst de verdeling van ruwe scores, zie Figuur 4.1. In dit histogram is de mediaan ingetekend, deze ligt op 7.1. Links en rechts van deze mediaan ligt 50% van de scores. Deze

Tabel 4.1 Frequentieverdeling van de ruwe scores en transformatiescores op de schaal Problemen opvoeder-kindrelatie

1	Kolomnummer								
	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ruwe score	Interval	Frequentie	%	Cum.%	Z-score	T-score	Cum.% nieuw	Z-score nieuw	T-score nieuw
	5.5						.13	-3.00	20
6	6.5	170	35.34	35.34	-.38	46.2	35.34	-.38	46.2
7	7.1	70.5	14.66	50.00	.00	50.0	50.00	.00	50.0
7	7.5	48.5	10.08	60.08	.26	52.6	60.08	.26	52.6
8	8.5	70	14.56	74.64	.67	56.7	74.64	.67	56.7
9	9.5	44	9.14	83.78	.99	59.9	83.78	.99	59.9
10	10.5	26	5.41	89.19	1.24	62.4	89.19	1.24	62.4
11	11.5	18	3.74	92.93	1.47	64.7	92.93	1.47	64.7
12	12.5	20	4.16	97.09	1.90	69.0	97.09	1.90	69.0
13	13.5	6	1.25	98.34	2.13	71.3	98.34	2.13	71.3
14	14.5	2	.41	98.75	2.24	72.4	98.75	2.24	72.4
15	15.5	1	.21	98.96	2.31	73.1	98.96	2.31	73.1
16	16.5	1	.21	99.17	2.40	74.0	99.17	2.40	74.0
17	17.5	2	.41	99.58	2.64	76.4	99.58	2.64	76.4
18	18.5	1	.21	99.79	2.87	78.7	99.79	2.87	78.7
19	19.5	1	.21				99.81	2.89	78.9
20	20.5						99.82	2.91	79.1
21	21.5						99.83	2.93	79.3
22	22.5						99.85	2.96	79.6
23	23.5						99.86	2.98	79.8
24	24.5						99.87	3.00	80.0
Totaal		481	100						

verdeling gaan we niet-lineair transformeren naar een standaardnormale verdeling. Daarvoor gaan we de cumulatieve percentages in kolom 5 van Tabel 4.1 delen door 100 en omrekenen naar z-scores in de standaardnormale verdeling, zie kolom 6. Tot aan de mediaan ligt een cumulatief percentage van 50% wat overeenkomt met een z-score van nul, een cumulatief percentage van 60.08 komt overeen met een z-score van .26, een cumulatief percentage van 74.64 met een z-score van .67 etc. De ruwe scores 20 t/m 24 (zie kolom 1) zijn in deze steekproef niet waargenomen. Om hier toch z-scores aan toe te kennen gaan we extrapoleren. De maximale ruwe score is 24. De theoretische bovengrens 24.5 stellen we gelijk aan een z-score van 3.00 omdat rechts van deze z-waarde in een standaardnormale verdeling een verwaarloosbaar percentage valt (namelijk 0.13%). Vervolgens worden de ontbrekende z-waarden tussen 2.87 en 3.00 vastgesteld via lineaire interpolatie. De minimale waarde van de ruwe scores is 6, de theoretische ondergrens daarvan is 5.5. Deze ondergrens stellen we gelijk aan de z-score van -3.00. Links van de z-waarde -3 valt een verwaarloosbaar percentage van .13. De nieuwe z-scores zijn gelijk aan de oude z-scores van rij 6 aangevuld met de z-score van -3.00 (boven de ruwe score 6) en de lineair geïnterpoleerde z-scores (onder de ruwe score 18). De daarbij behorende nieuwe cumulatieve percentages staan in kolom 8. De nieuwe T-scores staan in kolom 10 en

zijn gelijk aan de oude T-scores van kolom 7 met dezelfde aanvullingen als bij de z-scores van kolom 9. Deze T-scores zijn berekend via de formule $T = 10 \times z + 50$. Op deze wijze hebben we een standaardnormale verdeling van z-scores (met gemiddelde en standaardafwijking van 0 respectievelijk 1) en een normale verdeling van T-scores (met gemiddelde en standaardafwijking van 50 respectievelijk 10) geconstrueerd.

Vanuit de relatie $T = 10 \times z + 50$ kunnen we ook afleiden dat $z = (T - 50) / 10$. Zo geldt dus dat bijvoorbeeld een T-score van 60 een z-waarde oplevert van $(60 - 50) / 10 = 1.00$. Tussen $z = 0$ en $z = 1$, en dus ook tussen $T = 50$ en $T = 60$ ligt dan een oppervlakte van .34 (34%). Omdat links van $z = 0$ en $T = 50$ een oppervlakte ligt van .50 (50%) is het cumulatieve percentage gelijk aan 84%. Zo levert een T-score van 70 een z-waarde op van 2.00 met een cumulatief percentage van 98.

Voor elk van de vijf schalen van de OBVL zijn op deze manier ontbrekende z-waarden lineair geïnterpoleerd en daarna omgezet naar T-scores. Deze berekening is voor de scores van de moeders in de drie normgroepen (0-3, 4-11, 12-18 jaar) apart uitgevoerd en op basis hiervan zijn de normtabellen in Bijlage 1 geconstrueerd. Voor de totale schaalscore, theoretisch variërend van 34 t/m 136, zijn

ontbrekende z- en T-scores op dezelfde wijze bepaald als hiervoor. Voor de totaalscore was een transformatie zoals hierboven omschreven niet nodig, de verdeling van T-scores heeft reeds een normale vorm met een gemiddelde van 50 en een standaarddeviatie van 10.

De hier beschreven transformatie kent zijn beperkingen. Links van de mediane klasse is differentiatie tussen mensen niet mogelijk omdat alleen de ruwe score 6 kan worden waargenomen en daarmee maar één waarde van z (-.38) of T (46.2). Rechts van de mediaan is voldoende spreiding aanwezig, dit was ook de bedoeling.

4.2 Betekenis van de normen

4.2.1 Algemeen kader

Om T-scores betekenis te geven zijn verschillende indelingen te maken (zie bijvoorbeeld De Beurs, 2010). Wij gaan hier uit van de indeling in normaal gebied, grensgebied en klinisch gebied die ook in de handleiding van de ASEBA-lijsten (waaronder de CBCL) gemaakt wordt (Achenbach & Rescorla, 2001; Verhulst & Van der Ende, 2013) en vullen de indeling in het klinisch gebied aan met een indeling van Veerman (2008a). Het grensgebied en klinisch gebied tezamen noemen we het probleemgebied. Tabel 4.2 toont het interpretatiekader voor de totaalscore van de OBVL.

Tabel 4.2 Interpretatiekader voor schalen die problemen of negatieve eigenschappen meten

T-score	Percentiel*	Betekenis	Implicatie	Label
< 60	< 84	Geen problemen	Geen zorgen van betekenis	Normaal gebied
60-63	85-90	Milde problemen	Problematiek verdient aandacht	Grensg gebied
64-66	91-95	Aanzienlijke problemen	Problematiek verdient behandeling	Klinisch gebied
67-69	96-97	Ernstige problemen		
≥ 70	≥ 98	Zeer ernstige problemen		

* Door de gebruikelijke weergave van de T-scores en percentielen in gehele getallen passen de percentielen door afronding soms niet exact bij de T-scores. Analoog aan de CBCL-handleiding (Achenbach & Rescorla, 2001, p. 96) zien we ze als een goede benadering.

In de eerste kolom van Tabel 4.2 worden de T-scores vermeld (zie Bijlage 1 voor deze scores). In de tweede kolom staan de bijbehorende percentielscores. Deze geven aan hoeveel % van de normgroep een score heeft die lager is dan de bijbehorende T-score. Zo is te zien dat bij een T-score van 60 84% van de normgroep lager scoort, 16% scoort dus 60 of hoger; bij een T-score van 70 scoort 98% lager en 2% gelijk aan of hoger dan 70. Dit laatste percentage betreft maar een zeer kleine groep, de interpretatie is dan ook dat bij deze groep sprake is van zeer ernstige problemen, die

zeker behandeling verdienen. Uiteraard dient deze afweging uiteindelijk door de hulpverlener of diagnosticus gemaakt te worden, waarbij deze gebruik maakt van meer informatie dan alleen die van een vragenlijst. Een vragenlijst is een hulpmiddel om te komen tot een indicatie voor zorg.

In Tabel 4.2 is ook te zien dat bij T-scores van 60 de problemen beginnen, 16% van de normgroep heeft een T-score hoger of gelijk aan 60. Van deze scores kan dan ook gezegd worden dat ze in het probleemgebied vallen. In geval van milde problemen (T-scores groter dan 60, maar kleiner dan 64) verdient de problematiek aandacht, de score valt in het grensgebied. In geval van aanzienlijke, ernstige of zeer ernstige problemen (T-scores groter dan 63) dient behandeling zeker overwogen te worden. De score valt dan in het klinisch gebied.

Bij het bekijken van het interpretatiekader in Tabel 4.2 is van belang te beseffen dat het hier om het interpreteren van scores van vragenlijsten gaat die problemen of negatieve eigenschappen meten. Bij dit soort vragenlijsten wijzen hoge scores op problemen. Dit in tegenstelling tot vragenlijsten die competenties meten, hier wijzen juist lage scores op problemen. Het interpretatiekader in Tabel 4.2 dient dan gespiegeld te worden⁷.

4.2.2 Toepassing op de OBVL

Om de interpretatie te vergemakkelijken zijn op het scoringsprofiel van de OBVL (zie de voorbeelden in Hoofdstuk 6 en Bijlage 4) twee stippellijnen getrokken. Deze markeren de grenzen tussen het normale en het grensgebied (de onderste stippelijijn), en tussen het grensgebied en het klinisch gebied (de bovenste stippelijijn). Voor de totaalscore op de OBVL geldt de interpretatie uit Tabel 4.2. T-scores van 60 t/m 63 vallen in het grensgebied, dat is het 84^e t/m het 90^e percentiel. T-scores hoger dan 63 vallen in het klinisch gebied (hoger dan het 90^e percentiel). Voor de afzonderlijke schalen geldt dat een T-score van 65 t/m 69 in het grensgebied valt (ongeveer 93^e t/m 97^e percentiel) en een T-score van 70 of hoger in het klinisch gebied (98^e percentiel of hoger).

Dit verschil tussen totaalscore en schaalscore wordt ook in de handleiding van de ASEBA-lijsten gemaakt (Achenbach & Rescorla, 2001; Verhulst & Van der Ende, 2013). De reden hiervoor is dat de totaalscore een stabiele indicator vormt die door een lage of hoge score op een paar vragen (afhankelijk van de positieve of negatieve formulering), wijzend op mogelijke problemen, niet meteen in het probleemgebied zal vallen. Bij de schaalscores kan dit, door het relatief geringe aantal vragen per schaal, juist wel het geval zijn. De kans op 'valse positieven' is dan groter. Om dit te voorkomen dienen de afkappunten voor de schaalscores 'strenger' gesteld te worden, ten opzichte van de totaalscore.

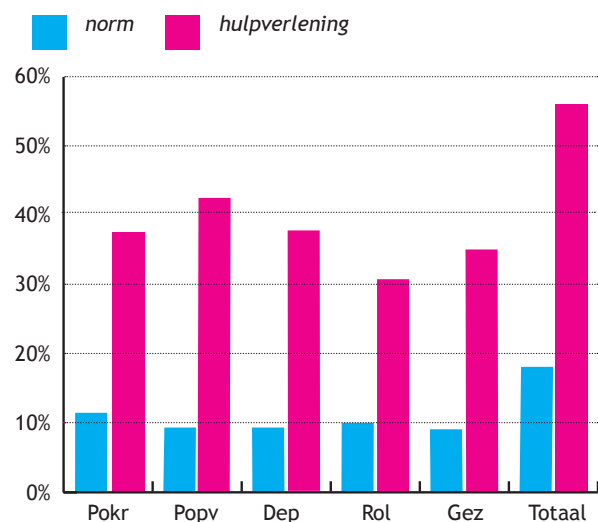
⁷ Zie bijvoorbeeld het interpretatiekader van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO; Veerman et al., 2015) en het competentiedeel van de ASEBA-lijsten.

re moet er van meer problemen sprake zijn om in het probleemgebied te komen. Zouden deze strengere afkappunten ook voor de totaalscore worden gehanteerd, dan bestaat de kans dat mogelijke problemen over het hoofd worden gezien, hetgeen een risico op 'valse negatieven' betekent.

Bovenstaande afkappunten zijn in het scoringsprofiel verwerkt. Het is aan de gebruiker te bepalen welke grens gehanteerd wordt. Voor een snelle en globale classificatie in problemen versus geen problemen is de onderste markeringlijn van het grensgebied zeker te overwegen ($T \geq 60$ voor de totaalscore, $T \geq 65$ voor de schaalcores).

4.2.3 Percentage scores in het probleemgebied bij de normgroep en een hulpverleningsgroep

Ter validering van de in §4.2.2 gekozen afkappunten is nagegaan hoeveel procent van de normgroep in het probleemgebied scoort (dus in het grensgebied of klinisch gebied). Tevens is nagegaan hoe zich dit verhoudt tot een groep ouders van kinderen aangemeld voor jeugd- en opvoedhulp. Verwacht mag worden dat bij de laatste groep meer scores in het probleemgebied vallen. Voor deze analyse zijn de gegevens van de hulpverleningsgroep en de normgroep uit Tabel 3.7 in §3.3.4 gebruikt. Als grenswaarden voor het probleemgebied dienen de eerder genoemde afkappunten ($T = 60$ voor totale score, $T = 65$ voor de schaalcores). In Figuur 4.2 zijn de percentages per schaal en voor de totaalscore weergegeven.



Noot. Pokr = Problemen opvoeder-kindrelatie; Popv = Problemen met opvoeden; Dep = Depressieve stemmingen; Rol = Rolbeperking; Gez = Gezondheidsklachten

Figuur 4.2 % problemen in probleemgebied per schaal en Totale opvoedingsbelasting

Uit Figuur 4.2 valt af te lezen dat ouders in de hulpverleningsgroep aanzienlijk meer problemen rapporteren dan ouders in de normgroep. Voor de normgroep liggen de percentages op de schalen rond de 10%. Voor de hulpverleningsgroep lopen de percentages van 31% (Rolbeperking) tot en met 43% (Problemen met opvoeden)⁸. Voor Totale opvoedingsbelasting zijn deze percentages in het probleemgebied 18% (normgroep) en 57% (hulpverleningsgroep). Statistische toetsing geeft voor alle schalen significante verschillen tussen de twee groepen te zien: Totale opvoedingsbelasting $\chi^2(1, N = 4052) = 568.88, p = .000$; Problemen opvoeder-kind relatie $\chi^2(1, N = 4057) = 301.95, p = .000$; Problemen met opvoeden $\chi^2(1, N = 4053) = 490.16, p = .000$; Depressieve stemmingen $\chi^2(1, N = 4059) = 385.65, p = .000$; Rolbeperking $\chi^2(1, N = 4058) = 232.10, p = .000$; Gezondheidsklachten $\chi^2(1, N = 4050) = 345.35, p = .000$. Deze toetsing bevestigt het verwachte verschil tussen de normgroep en de hulpverleningsgroep en vormt een verdere indicatie voor de validiteit van de OBVL.

Het valt wel op dat in de hulpverleningsgroep lang niet alle ouders problemen rapporteren op de OBVL, 43% rapporteert geen problemen. Hier is een aantal redenen voor te geven. Ten eerste, wanneer een kind wordt aangemeld voor jeugdzorg betekent dit niet automatisch dat ouders zich belast voelen: bij veel voor jeugdzorg aangemelde gezinnen gaat het in de eerste plaats om het probleemgedrag van een kind. Aspecten van de opvoeding zijn dan niet meteen in het geding. Deze redenering wordt ondersteund door gegevens uit het Hulp aan Huis-onderzoek naar de uitkomsten van verschillende vormen van intensief ambulante gezinsbehandeling (zie o.a. De Meyer & Veerman, 2006a, 2006b). In dit onderzoek werd de Nijmeegse Ouderlijke Stress-Index (NOSI; De Brock et al., 1992) gehanteerd om opvoedingsbelasting te meten. De schalen van het zogeheten 'ouderdomein' hebben verwantschap met de OBVL-schalen. Het percentage scores dat op dit ouderdomein in het probleemgebied valt ligt meestal tussen de 50 en 60% (met uitschieters naar beneden), hetgeen vergelijkbaar is met het percentage van 57% voor Totale opvoedingsbelasting. Dit percentage bleek voor het zogeheten 'kinddomein' van de NOSI (met schalen over het aandeel van het kind in de opvoedingsbelasting) tussen de 60 en 70% te liggen (met uitschieters naar boven). Hierbij willen we nog aantekenen dat de totaalscore op de OBVL het beste een eerste indruk geeft van de ervaren opvoedingsbelasting, hier komen immers de vijf deelaspecten in samen. Door de robuustheid van de totaalscore kon ook het afkappunt wat lager gesteld worden.

Een tweede reden kan het gegeven zijn dat de OBVL een vragenlijst is met een aantal positief geformuleerde vragen. Respondenten hebben bij dit soort vragen vaak de neiging om in te stemmen met hetgeen bij de vragen staat, men komt dan al gauw bij een score van 3 uit ("geldt behoort

⁸ Bedenk hierbij weer dat het afkappunt voor Totale opvoedingsbelasting lager ligt dan voor de afzonderlijke schalen, waardoor er automatisch meer gezinnen in het probleemgebied scoren (zie de eerdere uitleg).

lijk”). Bij elkaar opgeteld geeft dit dan bij schalen met veel positief geformuleerde vragen als beeld dat ouders vinden dat zij zelf weinig opvoedingsbelasting ervaren. Op basis van de score is moeilijk na te gaan of dit een realistisch beeld is (hetgeen voorstelbaar is, zie het vorige punt), of dat er sprake is van overschatting of niet graag ‘de vuile was buiten willen hangen’. In voorkomende gevallen, met name als er een discrepantie is tussen klinische indrukken en de scores op de OBVL, kan dit aan ouders voorgelegd worden of kunnen er andere bronnen geraadpleegd worden.

Tenslotte is uit praktijkervaringen bekend dat multiprobleemgezinnen geneigd zijn om aan het begin van de zorg minder problemen te rapporteren dan er daadwerkelijk zijn. Gezinnen hebben dan nog niet echt een helder besef van de problemen die er spelen. Na de behandeling is dit besef er vaak wel. Dan zou een achteruitgang in scores mogelijk een positief effect van de behandeling kunnen zijn. De scores bij aanvang zijn dan (achteraf gezien) een onderschatting van de opvoedingsbelasting.

Alle bovengenoemde punten kunnen van invloed zijn op het gegeven dat voor jeugdzorg aangemelde gezinnen relatief weinig problemen rapporteren op de OBVL. Dit wil niet zeggen dat er geen problemen op andere gebieden zijn. Hiervoor is het aan te bevelen om meerdere instrumenten af te nemen die andere aspecten van kind en gezin meten, zoals probleemgedrag van het kind, gezinsfunctioneren en meegemaakte gebeurtenissen.

4.3 Gemiddelden, standaarddeviaties en standaardmeetfouten

In Tabel 4.3 staan de gemiddelden, standaarddeviaties en standaardmeetfouten voor de verschillende normgroepen op de OBVL-schalen op basis van de ruwe scores (hoe hoger de scores, hoe meer problemen).

Om na te gaan of de gemiddelde scores op de vijf schalen tussen de normgroepen verschillen is gebruik gemaakt van multivariate GLM in SPSS. Omdat er weinig missende

waarden zijn (zie ook 3.3.3) zijn de ontbrekende waarden geïmputeerd. De overall F -toets was significant: $F(10,2842) = 27.27, p = .000$. De univariate F -toetsen per schaal lieten significante verschillen tussen de drie normgroepen zien voor Problemen opvoeder-kindrelatie ($F(2,1425) = 8.19, p = .000, PES = .011$), Problemen met opvoeden ($F(2,1425) = 6.71, p = .001, PES = .009$), Rolbeperking ($F(2,1425) = 103.69, p = .000, PES = .127$), Gezondheidsklachten ($F(2,1425) = 20.20, p = .000, PES = .028$) en de Totale opvoedingsbelasting ($F(2,1425) = 4.45, p = .012, PES = .006$). Voor Depressieve stemmingen werden geen significante verschillen gevonden ($F(2,1425) = 2.19, p = .112, PES = .003$).

Over het algemeen zijn de verschillen klein met uitzondering van Rolbeperking (13% verklaarde variantie) en (in mindere mate) Gezondheidsklachten (3% verklaarde variantie). Via Bonferroni post hoc toetsen is nagegaan welke groepen van elkaar verschillen als er sprake was van significante univariate F -toetsen. Dit gaf de volgende uitkomsten:

- Voor Problemen opvoeder-kindrelatie wijkt de 0-3 jaar groep significant ($p = .001$) af van de 12-18 jaar groep (moeders van 12-18 jarigen ervaren significant meer problemen).
- Voor Problemen met opvoeden wijkt ook de 0-3 jaar groep significant ($p = .001$) af van de 12-18 jaar groep. In deze laatste groep ervaren ouders meer problemen.
- Voor Rolbeperking verschillen alle drie groepen significant ($p = .000$) onderling (naarmate de normgroep ouder is neemt de rolbeperking af).
- Voor Gezondheidsklachten wijkt de groep 0-3 jaar significant af van de groep 4-11 jarigen ($p = .024$) en van de groep 12-18 jarigen ($p = .006$) en wijkt de groep 4-11 jarigen significant af van de 12-18 jarigen ($p = .005$). Gezondheidsklachten nemen af naarmate de normgroep ouder is.
- Voor Totale opvoedingsbelasting blijkt de groep 0-3 jaar significant ($p = .004$) af te wijken van de groep 12-18 jaar. In deze laatste groep wordt minder totale opvoedingsbelasting ervaren.

Tabel 4.3 Gemiddelden, standaarddeviaties en standaardmeetfouten van de ruwe schaalcores binnen de normgroepen

Schaal OBVL	Normgroep								
	0-3 jaar (n = 484)			4-11 jaar (n = 364)			12-18 jaar (n = 580)		
	Gem.	Sd.	S _E	Gem.	Sd.	S _E	Gem.	Sd.	S _E
Problemen opv.-kindrelatie	7.72	2.09	.51	7.97	2.28	.56	8.29	2.50	.61
Problemen met opvoeden	11.37	2.85	.90	11.69	3.05	.92	12.03	2.95	.93
Depressieve stemmingen	9.06	2.69	.54	9.26	2.54	.67	9.39	2.52	.76
Rolbeperking	9.94	2.82	1.02	9.12	2.68	.89	7.73	2.14	.64
Gezondheidsklachten	10.53	2.70	.60	10.06	2.64	.46	9.53	2.40	.54
Totale opvoedingsbelasting	48.61	9.67	1.68	48.10	9.43	1.64	46.97	8.57	1.70

Noot. Sd = Standaarddeviatie, S_E = Standaardmeetfout

De standaardmeetfouten (S_E) in Tabel 4.3 zijn berekend op basis van de standaarddeviaties van Tabel 4.3 en de omega-waarden zoals vermeld in Tabel 3.3. De formule hiervoor staat weergegeven in Evers et al. (2010, p. 26): $S_E = SD\sqrt{1-r_{xx}}$ waarbij r_{xx} de betrouwbaarheid van een schaal is. Als we S_E vermenigvuldigen met 1.96 dan kunnen we een interval opstellen waarmee een indruk wordt verkregen over de nauwkeurigheid van de waargenomen schaal score. Als bijvoorbeeld op de schaal Problemen opvoeder-kindrelatie een score is waargenomen van 10 voor een kind tussen 0 en 3 jaar, dan ligt de ware score met een betrouwbaarheid van 95% tussen $10 - 1.96 \cdot 5.1$ en $10 + 1.96 \cdot 5.1$, dus tussen 9 en 11. We moeten ons dus bewust zijn dat een waargenomen schaal score slechts een puntsschatting is en dat de ware score kan variëren. De waargenomen schaal score blijft wel de meest aannemelijke score.

4.4 Betrouwbare en klinisch betekenisvolle verandering

Bij een vervolgmeting is het een belangrijke vraag of er een significante verandering is opgetreden ten opzichte van de voorgaande meting, en of die ook klinisch betekenisvol is. Om dit bepalen maken we allereerst gebruik van de reliable change index (RCI) die aangeeft of een verandering tussen twee op elkaar volgende metingen statistisch significant is en dus niet op toeval berust. De RCI is als volgt gedefinieerd (Jacobson & Truax, 1991; zie ook Veerman, 2008a):

$$RCI = \frac{(\text{score eerste meting} - \text{score tweede meting})}{S_{\text{diff}}}$$

waarbij S_{diff} de standaardmeetfout van het verschil is, berekend via de formule $S_{\text{diff}} = S_E\sqrt{2}$ (S_E is de standaardmeetfout weergegeven in Tabel 4.3). De RCI is een standaard score (z-score), die een normaalverdeling volgt. Hierdoor is na te gaan wat de kans van voorkomen is van de gevonden RCI. Is die kans klein dan is de verandering statistisch significant, we spreken dan van een betrouwbare verandering (*reliable change*). Als criterium hiervoor worden de bij statistische toetsing gebruikelijke significantieniveaus van 5% of 10% aangehouden ($p = 0.05$ of $p = 0.10$), de grenswaarden van de RCI zijn dan respectievelijk 1.96 en 1.645. Omdat we meestal geïnteresseerd zijn in verbetering mogen we ook eenzijdig toetsen, bij diezelfde significantieniveaus ($p = 0.05$ en $p = 0.10$) worden de grenswaarden van RCI dan 1.645 respectievelijk 1.28⁹.

Met de gegeven formule is ook uit te rekenen hoeveel punten verandering er per schaal van de OBVL minimaal nodig zijn om een RCI te krijgen die op betrouwbare verandering wijst. Tabel 4.4 geeft deze minimumwaarden voor de eenzijdige toetsing op 5% niveau (of 10% niveau tweezijdige toetsing), dit is een $RCI \geq 1.645$. We vinden dit voor de praktijk een acceptabele grens. Door afronding, OBVL-scores kennen immers geen decimalen, is de eenzijdige kans op toeval echter in veel gevallen 2.5% en tweezijdig 5% ($RCI \geq 1.96$), dit staat in de tabel aangegeven en onder de tabel toegelicht. Om aansluiting bij het scoringsprofiel te behouden worden in de tabel alleen de T-scores gegeven, het profiel is immers opgebouwd uit T-scores. Desgewenst kan men zelf de benodigde vooruitgang in ruwe scores berekenen (zie de eerdere verwijzingen en ook noot 9). Uit de tabel is op te maken dat bij de score voor Totale opvoedingsbelasting bij 0-3 jarigen voor een betrouwbare verbetering op 5% niveau 4.03 T-scorepunten nodig zijn. Afronding naar boven geeft 5 punten, daarmee valt deze score ook onder de 2.5% grens (hiervoor is een verandering van 4.80 T-scorepunten nodig, afgerond ook 5).

Tabel 4.4 Minimumwaarden betrouwbare verandering T-scores OBVL per normgroep

Schaal OBVL	Normgroep		
	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar
Problemen opv.-kindrelatie	5.70 (6)	5.70 (6)	5.70 (6)
Problemen met opvoeden	7.36 (8)	6.98 (7)	7.36 (8)
Depressieve stemmingen	4.65 (5)	6.16 (7)	6.98 (7)
Rolbeperking	8.39 (9)	7.72 (8)	6.98 (7)
Gezondheidsklachten	5.20 (6)	4.03 (5)*	5.20 (6)
Totale opvoedingsbelasting	4.03 (5)*	4.03 (5)*	4.03 (5)*

Noot. Voor berekening is de S_E uit Tabel 4.3 gebruikt. Er is een 5% kansniveau gehanteerd voor de kans dat de betreffende waarde op toeval berust (eenzijdige toetsing op verbetering of op verslechtering; $RCI \geq 1.645$ of $RCI \leq -1.645$). Na afronding naar boven (tussen haakjes vermeld) is die kans voor sommige schalen 2.5%; $RCI \geq 1.96$ of $RCI \leq -1.96$. Dit staat met een asterisk aangegeven. Afronding is noodzakelijk omdat de OBVL-scores geen decimalen kennen en een afronding naar beneden de toevalskans zou vergroten.

Om niet alleen van een betrouwbare verandering (verbetering of verslechtering) te spreken, maar ook van een klinisch betekenisvolle verandering dient de score op het tweede moment (vaak de afsluiting van de behandeling) in het normale gebied van de scoreverdeling te liggen. Uit §4.2.2 bleek dat voor de totaalscore van de OBVL de problematiek bij een T-score < 60 dusdanig laag is dat aangenomen mag worden dat de cliënt geen betekenisvolle problemen heeft. Voor de schaal scores ligt die grens op < 65.

⁹ Naast de genoemde literatuur zijn er ook verschillende internetsites om zelf een RCI met andere (on)betrouwbaarheidsmarges te berekenen, bijvoorbeeld: <https://psychoutcomes.org/OutcomesMeasurement/ReliableChangeIndex>

Door de betrouwbare verandering te combineren met het al dan niet in het probleemgebied scoren bij de tweede meting kunnen we de volgende individuele uitkomstcategorieën onderscheiden, met daarbij de symbolen die ook op het BergOp-profiel staan:¹⁰

- *Hersteld*: betrouwbare verbetering en score tweede meting in normale gebied (++)
- *Verbeterd*: betrouwbare verbetering en score tweede meting niet in normale gebied (+)
- *Onveranderd*: geen betrouwbare verandering in normale- of probleemgebied (0)
- *Verslechterd*: betrouwbare verslechtering en score tweede meting in normale- of probleemgebied (-)

Een voorbeeld. Als de ruwe score voor de OBVL-schaal Problemen opvoeder-kindrelatie, ingevuld voor een kind tussen 4-11 jaar, bij de eerste meting gelijk zou zijn aan 12 en bij de tweede meting gelijk aan 10, dan komt dit overeen met T-scores van 69 en 62 (zie Normtabel 1 in Bijlage 1). Als we een verbetering verwachten op deze schaal, en we toetsen bij een (eenzijdig) significantieniveau van .05, dan is de kritieke waarde gelijk aan $RCI = 1.645$. Volgens de gegevens in Tabel 4.4 in §4.4 zijn hiervoor 5.70 (afgerond 6 punten) verschil nodig tussen twee metingen. Het gevonden verschil is 7 punten (69-62), dus we kunnen hier spreken van een betrouwbare verbetering van de problematiek. De score van de tweede meting ligt nog wel in het probleemgebied (≥ 60), volgens de in §4.5 gegeven classificatie van uitkomsten is er in dit voorbeeld nog geen sprake van herstel, alleen van verbetering.

We laten als voorbeeld ook de precieze berekening van de RCI zien. Hiervoor hebben we de standaardmeetfout (S_e) van de schaal Problemen opvoeder-kindrelatie nodig, deze is $SD/(1-r_{xx}) = 10/(1 - 0.94) = 2.45$, waarbij SD de standaarddeviatie van de schaal is (voor een T-score is die 10) en r_{xx} de betrouwbaarheid (hiervoor gebruiken we de omega uit Tabel 3.1 in Hoofdstuk 3, deze is 0.94). Daarna berekenen we de standaardmeetfout van het verschil, de S_{diff} , deze is volgens de eerder gegeven formule gelijk aan $2.45/\sqrt{2} = 3.46$. De RCI wordt dan $(69 - 62)/3.46 = 2.02$. De kritische grens bij een eenzijdige toetsing (we verwachten immers verbetering) is 1.645. De RCI in dit voorbeeld duidt daarom op een betrouwbare verbetering van de problematiek.

4.5 Verschillen tussen normgroepen

Tabel 4.5 geeft de demografische verschillen weer met betrekking tot de ruwe totaalscore van de OBVL per normgroep.

Om te toetsen of er verschillen bestaan in opvoedingsbelasting met betrekking tot de demografische kenmerken geslacht, gezinstype, gezinsgrootte, geboorteland kind, geboorteland moeder, geboorteland partner en regio is gebruik gemaakt van GLM in SPSS. Er zijn zeven analyses uitgevoerd met demografisch kenmerk en normgroep als onafhankelijke variabelen (predictoren). De analyses zijn uitgevoerd op basis van de ruwe totaalscores. Met uitzondering van gezinstype zijn er geen significante verschillen gevonden in opvoedingsbelasting tussen de categorieën van elk demografisch kenmerk¹¹. Wat betreft gezinstype laten samenwonenden/gehuwden een significant lagere mate van opvoedingsbelasting zien dan alleenstaanden.

Verder zijn geen significante interactie-effecten gevonden tussen de demografische kenmerken en de normgroepen met uitzondering van regio x normgroep: $F(4,1363) = 4.48, p = .001, PES = .013$. Dit effect wordt vooral veroorzaakt in de normgroep 12-18 jarigen in de regio Amsterdam/Amstelveen en de normgroep 4-11 jarigen op het platteland van Drenthe. Deze subgroepen scoren hoger op opvoedingsbelasting met gemiddelden van 51.4 en 48.6 respectievelijk. De grootte van deze subgroepen is relatief klein ten opzichte van de andere subgroepen met $n = 47$ en $n = 34$ respectievelijk. Om deze reden en omdat het effect klein is (1.2%) zullen we hier verder geen aandacht aan besteden.

De gegevens in Tabel 4.3 en 4.4 rechtvaardigen de keuze voor aparte normen voor de verschillende leeftijdsgroepen, deze zijn terug te vinden in de normtabellen van Bijlage 1. Dit is niet voor geslacht van het kind gedaan omdat uit Tabel 4.4 is gebleken dat er geen significant verschil is gevonden voor geslacht.

In het voorbijgaan willen we erop wijzen dat een aantal uitslagen hier ook de validiteit van de schalen Rolbeperking en Gezondheidsklachten ondersteunen. Met het ouder worden van de kinderen voelen ouders zich minder beperkt in hun rol en hebben zij minder gezondheidsklachten, zij voelen zich fitter. Dit ligt intuïtief voor de hand.

¹⁰ We sluiten met deze vierdeling aan bij de literatuur, met één uitzondering: voor de categorie 'hersteld' geldt in de literatuur ook de vereiste dat de score bij aanvang in het probleemgebied ligt, pas dan kan je herstellen. Dit is bij ons niet het geval. De literatuur over de RCI is vooral geënt op experimenteel effectonderzoek, waarbij het een inclusie criterium is dat er sprake moet zijn van problemen, dus een score in het probleemgebied. De groep die bij aanvang niet in het probleemgebied scoort komt in dat onderzoek eenvoudigweg niet voor. In de praktijk komt het regelmatig voor dat een aanvangsscore niet in het probleemgebied ligt, om dan na een tweede meting bij een betrouwbare verbetering én een score in het normale gebied alleen maar van 'verbeterd' te spreken, zou ten onrechte de indruk gewekt worden dat er op dat moment nog betekenisvolle problemen zijn.

¹¹ Deze resultaten zijn: geslacht $F(1,1419) = .07, p = .794, PES = .000$; gezinstype $F(1,1375) = 9.32, p = .002, PES = .007$; gezinsgrootte $F(3,1361) = .52, p = .668, PES = .001$; geboorteland kind $F(1,1418) = .31, p = .580, PES = .000$; geboorteland moeder $F(1,1399) = .22, p = .640, PES = .000$; geboorteland partner $F(1,1320) = .16, p = .690, PES = .000$; regio $F(2,1363) = .67, p = .514, PES = .001$.

Tabel 4.5 Demografische verschillen gebaseerd op ruwe totaalscore OBVL per normgroep

Categorie/kenmerk	Normgroep					
	0-3 jaar		4-11 jaar		12-18 jaar	
	Gem.	Sd.	Gem.	Sd.	Gem.	Sd.
Geslacht						
Jongen	47.82	8.99	48.44	9.68	47.38	8.67
Meisje	49.07	10.06	48.30	9.70	46.65	8.43
Gezinstype						
Samenwonend/gehuwd	48.20	9.29	48.17	9.07	46.28	8.22
Alleenstaand	52.29	13.83	50.31	13.46	49.85	9.42
Gezinsgrootte						
1 kind	47.79	8.95	47.44	10.63	48.85	9.38
2	48.62	9.69	48.42	9.32	46.99	8.52
3	49.59	9.82	48.84	10.07	46.78	8.45
≥ 4	48.53	9.90	46.06	8.92	45.83	8.23
Geboorteland kind						
Nederland	48.36	9.50	48.36	9.64	46.89	8.42
Buitenland	48.60	7.96	49.30	10.76	48.75	11.61
Geboorteland moeder						
Nederland	48.41	9.57	48.35	9.25	46.93	8.51
Buitenland	47.67	7.92	48.45	13.27	45.91	10.20
Geboorteland partner						
Nederland	48.21	9.25	48.39	9.24	46.53	8.34
Buitenland	46.64	7.42	48.34	12.39	46.93	9.50
Regio						
Amsterdam/Amstelveen	46.41	7.08	47.87	9.74	51.38	11.10
Assen/Emmen/Hoogeveen	48.92	9.55	48.41	8.30	46.59	8.22
Platteland Drenthe	48.07	9.78	51.53	13.45	46.64	8.11

5 Afname en scoring

5.1 Afname

De OBVL is afgestemd op ouders/opvoeders met kinderen tussen 0 en 18 jaar. Bij de beantwoording van de vragen dient één bepaald kind voor ogen te worden gehouden. De instructie is dermate eenvoudig dat geen extra toelichting nodig is. De vragenlijst kan zelfstandig door een ouder of opvoeder worden ingevuld. Er moet rekening gehouden worden met een afnameduur van ongeveer 10 minuten.

5.2 Invullen

De ouder/opvoeder geeft op het vragenlijstformulier aan in welke mate hij/zij instemt met de voorgelegde stellingen. Dit vindt plaats op een vierpuntsschaal met de volgende antwoorden: 1 = *Geldt niet*, 2 = *Geldt een beetje*, 3 = *Geldt behoorlijk*, 4 = *Geldt helemaal*. De vragenlijst wordt als volgt ingevuld:

- De ouder/opvoeder vult allereerst de gegevens bovenaan de vragenlijst in (informant en invuldatum).
- De ouder/opvoeder kruist voor elke stelling van de OBVL een antwoord aan dat het meest voor hem/haar van toepassing is.
- Om een betrouwbare score te verkrijgen mag er maximaal 1 vraag per schaal ontbreken.

5.3 Scoring

5.3.1 Algemeen

Na het invullen van de vragenlijst worden de antwoorden gescoord door de hulpverlener of onderzoeker. De behaalde scores worden overgenomen op het scoringsformulier van de OBVL (zie Bijlage 3). De schaalscores van de OBVL worden verkregen door de scores op de vragen van een bepaalde schaal bij elkaar op te tellen, na hercodering van de positief geformuleerde vragen. Deze gespiegelde vragen van de OBVL zijn op het scoringsformulier onderstreept (zie Bijlage 3) en van een asterisk voorzien. De totaalscore van de OBVL wordt verkregen door de ruwe schaalscores bij elkaar op te tellen, hetgeen gelijk is aan de som van de 34 vragen van de OBVL. Het scoringsformulier wordt dan als volgt ingevuld en gescoord:

- Vul de scores van de vragen per schaal in.
- Tel deze per schaal op en noteer deze onderaan het formulier achter 'Totaal'.
- Tel deze totale ruwe schaalscores op en vul deze somscore rechtsonder in op het formulier achter 'Som schalen'.

5.3.2 Niet ingevulde vragen

Per schaal mag één vraag ontbreken, dat wil zeggen niet ingevuld zijn. Deze vraag krijgt dan het gemiddelde van de overige vragen van de betreffende schaal. Voor de totaalscore geldt dat er maximaal vijf van de 34 vragen mogen ontbreken, met als extra bepaling dat er bij elke schaal minimaal de helft van de vragen is ingevuld. De schaalscores worden in dit laatste geval niet berekend, alleen de totaalscore. De ontbrekende vragen krijgen dan het gemiddelde van de overige vragen van de betreffende schaal toegekend. Voor de schalen Problemen opvoeder-kind relatie, Problemen met opvoeden, Depressieve stemmingen en Rolbeperking geldt een maximum van 3 ontbrekende vragen voor het berekenen van de totaalscore, voor Gezondheidsklachten een maximum van 4 ontbrekende vragen. Wanneer dit maximum bij een schaal overschreden wordt mag de totaalscore niet berekend worden. De berekening van missende waarden zal meestal decimalen opleveren, deze worden op de gebruikelijke wijze naar boven of beneden afgerond, zodat de schaalscore of totaalscore altijd uit een geheel getal bestaat, dit is van belang bij het gebruik van de normtabellen. Berekening van missende waarden en het bepalen of het aantal missende waarden per schaal niet overschreden wordt kan door de gebruiker zelf worden gedaan, bij gebruik van een scoringsprogramma als BergOp wordt dit automatisch gedaan.

5.3.3 Omzetting in T-scores

Deze ruwe schaalscores kunnen met behulp van normtabellen omgezet worden in T-scores. In Bijlage 1 worden de normtabellen van de OBVL weergegeven. Zoek bij elke schaal in de kolom *Ruwe scores* de score die de ouder/opvoeder op de betreffende schaal heeft gehaald. Selecteer vervolgens uit de kolom *T-scores* de T-score die bij de ruwe score hoort. Er zijn steeds 3 afzonderlijke kolommen met T-scores voor de drie verschillende normgroepen 0-3, 4-11 en 12-18 jaar. Deze normgroepen gelden zowel voor jongens als meisjes. Wanneer bijvoorbeeld een ouder/opvoeder voor haar 3-jarige dochter op de schaal 'Problemen opvoeder-kind relatie' een ruwe score van 18 heeft behaald, dan kan men in de eerste normtabel van Bijlage 1 aflezen dat de bijbehorende T-score 79 is. In Hoofdstuk 6 wordt ter illustratie een profiel van een casus weergegeven. Indien er gebruik gemaakt wordt van de scoring via een internetdatabase als BergOp, dan volstaat het invullen van de vragen volgens de aanwijzingen van het programma. De schaalscores en totaalscore worden dan automatisch berekend en in een profiel gezet.

5.4 Interpretatie van scores

Net als bij de interpretatie van het IQ of een score op een vragenlijst als de *Child Behavior Checklist* kunnen de scores

het beste op een hiërarchische manier geïnterpreteerd worden. Dat betekent dat eerst naar de score voor Totale opvoedingsbelasting wordt gekeken, daarna naar de scores op de vijf schalen en tenslotte naar de scores op de vragen.

Bij de interpretatie van de totaalscore en de schaalcores kan allereerst gekeken worden in hoeverre de scores afwijken van het gemiddelde van de betreffende normgroep. De score op Totale opvoedingsbelasting is hierin leidend: hoe groot is de belasting? De T-score geeft dit aan en met behulp van Tabel 4.2 in het vorige hoofdstuk kunnen ook labels gegeven worden voor de interpretatie deze score. Ook de indeling in het klinisch en grensgebied kan behulpzaam zijn. Zo heeft de T-score van 68 voor Totale opvoedingsbelasting het label ‘ernstige problemen’, de score valt in het klinisch gebied, hetgeen betekent dat hulpverlening zeker overwogen moet worden. Was de T-score daarentegen 58 geweest, dan kan uit Tabel 4.2 worden opgemaakt dat dit op ‘geen problemen’ wijst, en er wat dit betreft geen zorgen van betekenis hoeven te zijn. Na de totaalscore worden de schaalcores bekeken. Per schaal kan vastgesteld worden of er problemen zijn. Ook dient het gehele profiel in ogeschouw genomen te worden: welke sterke of zwakke punten vallen op? Met name zaken die juist wel goed gaan (‘krachten’) dienen ook benoemd te worden.

De interpretatie van de vragen kan het beeld nog verder nuanceren en duidelijk maken om welke problemen het precies gaat. Dit geschiedt op face value, hier zijn geen statistische normen voor. Na spiegeling van de positief geformuleerde vragen wijzen alle vragen met scores 3 en 4 op mogelijke problemen. Kijk zowel naar de vragen met de hoogste scores om de opvoedingsbelasting verder te specificeren, maar ook naar vragen met lage scores (1 of 2) om weer krachten op het spoor te komen.

De uitkomsten van de hiërarchische interpretatie kunnen, bij voorkeur in gesprek met de ouder of opvoeder die de lijst invulde, gebruikt worden om een helder beeld te krijgen over de aard en ernst van de opvoedingsbelasting. De eerste vraag in zo’n gesprek moet zijn of de ouders de uitkomsten herkennen, delen zij de zorgen die eruit spreken? Een tweede vraag is dan of de ouders de uitkomsten kunnen verklaren, hoe komt het dat juist deze problemen opvallen? Hierbij is het ook relevant te kijken naar een eventueel verschil in problemen op de eerste twee schalen, die vooral te maken hebben met de opvoeding, in verhouding tot eventuele problemen op de andere drie schalen, die vooral te maken hebben met het functioneren van de ouder

zelf. Een derde vraag is vervolgens of de uitkomsten de ouders motiveren tot verandering, en zo ja, als vierde vraag, welke veranderingen ze wenselijk achten. Schaalcores en scores op de vragen kunnen hierbij gebruikt worden om doelen te stellen. Een evaluatiegesprek tijdens of aan het eind van de behandeling volgt hetzelfde stramien, hierbij kan dan speciaal naar veranderingen op deze schalen en vragen gelet worden om te kijken of de doelen bereikt zijn, of dat er nog verdere behandeling nodig is. Bij een dergelijk oplossingsgericht gespreksmodel (Veerman, Roosma & Ooms, 2008) staat erkenning van en respect voor de mening van de ouder voorop, gekoppeld aan oprechte belangstelling van de hulpverlener en een uitnodigende houding om de problemen samen te bekijken en een aanpak te bedenken. Onderzoek heeft laten zien dat deze manier van werken op zich, dus los van een eventuele behandeling, al effect kan sorteren (Poston & Hanson, 2010).

Nogmaals moet worden benadrukt dat de OBVL-scores op zich geen maatstaf zijn om al dan niet hulp in te zetten, deze beslissing dient genomen te worden op basis van alle relevante informatie die beschikbaar is, zoals bijvoorbeeld de hulpverleningsgeschiedenis, de ernst van het probleemgedrag van het kind, mogelijke hulpbronnen in de omgeving en de motivatie van ouders en kinderen voor een behandeling.

5.5 Interpretatie van veranderingen

Bij een vervolgmeting is het een belangrijke vraag of er een betrouwbaar te interpreteren verandering is opgetreden en of die ook klinisch betekenisvol is. Om dit te bepalen maken we gebruik van de *reliable change index*, afgekort RCI, die aangeeft of de gemeten verandering tussen twee op elkaar volgende metingen statistisch significant is en dus niet op toeval berust. We bespraken deze index in §4.4 en voegden er ook het begrip ‘klinische betekenisvolle verandering’ aan toe. Die vindt plaats als er een betrouwbare verandering is en er bij de tweede meting tevens geen problemen meer zijn, in dat geval valt de score bij de tweede meting in het normale gebied (T-score < 60). Een combinatie van betrouwbare verandering en klinisch betekenisvolle verandering geeft in totaal vier uitkomstcategorieën: hersteld, verbeterd, onveranderd, verslechterd. Ook deze werden in §4.4 toegelicht. Deze uitkomstcategorieën kunnen per schaal berekend worden en staan ook op het BergOp-profiel aangegeven. Ook deze uitslagen kunnen in een profiel met ouders besproken worden.

6 Gebruik in de praktijk

In dit hoofdstuk wordt het gebruik van de OBVL in de praktijk toegelicht. Samen met Hoofdstuk 1, waarin het pragmatisch ecologisch ordeningsmodel van de opvoedingssomgeving werd besproken, en Hoofdstuk 5, waarin afname en scoring aan de orde kwamen, vormt dit hoofdstuk de ‘praktische handleiding’ van de OBVL. Eerst worden de OBVL-schalen en hun betekenis toegelicht, dan worden meer in algemene zin een aantal toepassingsmogelijkheden in de praktijk op een rijtje gezet en daarna wordt een casus besproken waarbij de OBVL eerst bij de intake en later bij een tussenevaluatie als hulpmiddel voor de besluitvorming dient.

6.1 De OBVL-schalen en hun betekenis

6.1.1 Problemen opvoeder-kindrelatie

De schaal Problemen opvoeder-kindrelatie verwijst naar de mate waarin de ouder de opvoeder-kindrelatie als belastend en problematisch ervaart. Dit wordt gemeten aan de hand van de volgende vragen: Ik voel me gelukkig met mijn kind (vraag 1), Ik voel me vrolijk als mijn kind bij mij is (vraag 5), Ik heb een tevreden gevoel over mijn kind (vraag 9), Met mijn kind voel ik me prettig (vraag 13), Als mijn kind bij mij is voel ik me rustig (vraag 17) en Ik geniet van mijn kind (vraag 21). Bij de scoring worden de scores gespiegeld zodat een hoge score duidt op meer opvoedingsbelasting vanuit de opvoeder-kindrelatie. Ook bij de weergave in het profiel zijn de scores gespiegeld, de gespiegelde vragen worden in het profiel weergegeven met een asterisk.

6.1.2 Problemen met opvoeden

Deze schaal heeft betrekking op de mate waarin de ouder het opvoeden van het kind als belastend ervaart en het gevoel heeft over te weinig vaardigheden te beschikken om adequate controle te hebben over het kind. Dit wordt gemeten aan de hand van de volgende vragen: Mijn kind luistert naar mij (vraag 2), Als mijn kind boos wordt dan kan ik het kalmeren (vraag 6), Ik heb controle over mijn kind (vraag 10), Ik ben geduldig met mijn kind (vraag 14), Ik ga gemakkelijk met mijn kind om (vraag 18), Ik weet dat ik als opvoeder het goed doe (vraag 22) en Ik kan mijn kind goed corrigeren als dat nodig is (vraag 25). Bij de scoring worden de scores gespiegeld zodat een hoge score duidt op meer opvoedingsbelasting vanuit het gebrek aan ervaren opvoedingscompetentie. Ook hier zijn bij de weergave in het profiel de scores al gespiegeld aangegeven met een asterisk.

6.1.3 Depressieve stemmingen

De schaal Depressieve stemmingen verwijst naar de mate waarin een ouder (on)gelukkig is met zichzelf en zijn levensomstandigheden. Dit wordt gemeten aan de hand van de volgende vragen: Ik heb plezier in het leven (vraag 3), Ik voel me gelukkig (vraag 7), Soms zie ik het nut van het leven

niet in (vraag 11), Ik voel me vaak prettig (vraag 15), Ik heb vaak een slechte bui (vraag 19), Ik heb een hekel aan mezelf (vraag 23) en Ik heb een positief gevoel over mijn toekomst (vraag 26). De vragen 3, 7, 15 en 26 zijn gespiegeld, ook in het profiel; hoge scores wijzen dus op problemen. Een hoge score op deze schaal duidt op een depressieve stemming.

6.1.4 Rolbeperking

Deze schaal verwijst naar de mate waarin de ouderlijke rol als inperking op de eigen vrijheid wordt ervaren en als frustratie op pogingen om de eigen identiteit te handhaven. Dit wordt gemeten aan de hand van de volgende vragen: Door de opvoeding van mijn kind kom ik te weinig aan mezelf toe (vraag 4), Door mijn kind kom ik weinig toe aan andere dingen (vraag 8), Ik zou vaker vrienden en kennissen willen bezoeken maar dat gaat niet vanwege mijn kind (vraag 12), Ik heb vanwege mijn kind minder contact met mijn vrienden dan vroeger (vraag 16), Ik kan door mijn kind heel weinig van huis weg (vraag 20) en Ik heb door mijn kind weinig contacten met andere mensen (vraag 24). Hoe hoger de score, des te meer beperkt de ouder zich voelt.

6.1.5 Gezondheidsklachten

De schaal Gezondheidsklachten heeft betrekking op de mate waarin de ouder zich gezond en fit voelt. Dit wordt gemeten aan de hand van de volgende vragen: Ik heb een opgezet of drukkend gevoel in mijn maagstreek (vraag 27), Ik heb het gevoel dat ik moe ben (vraag 28), Ik heb pijn in mijn borst of hartstreek (vraag 29), Ik heb pijn in mijn maagstreek (vraag 30), Ik voel me slaperig of suffig (vraag 31), Ik heb benauwdheid op mijn borst (vraag 32), Mijn maag is van streek (vraag 33) en Als ik 's morgens opsta dan ben ik moe en niet uitgerust (vraag 34). Hoe hoger de score, hoe meer de ouder last heeft van bijvoorbeeld vermoeidheid, maagklachten of pijnklachten.

6.1.6 Totale opvoedingsbelasting

De schaal Totale opvoedingsbelasting bestaat uit de som van alle vragen, waarbij de positieve vragen gespiegeld zijn. De score geeft de mate aan waarin de ouder zich belast voelt door de opvoeding van de jeugdige voor wie zij of hij de lijst heeft ingevuld. De score geeft een totaalindruk van de belasting die de ouder ervaart bij het opvoeden. Meer nog dan de specifieke schalen is dit een indicatie voor de ervaren opvoedingsbelasting.

6.2 Toepassingsmogelijkheden

Zoals in Hoofdstuk 1 al is aangekaart zullen hulpvragen van jeugdigen en hun ouders vroeg of laat leiden tot vragen over de opvoedingssomgeving, bijvoorbeeld vragen over hoe de problemen tussen ouders en kinderen binnen een gezin zijn ontstaan, waarom een ouder niet investeert in zijn/haar

kind en wat de reden is dat een kind agressief op zijn ouders reageert. De OBVL kan een deel van deze vragen helpen beantwoorden, zoals in Hoofdstuk 2 aan de orde kwam blijkt opvoedingsbelasting een negatieve invloed te hebben op het opvoedgedrag en de ontwikkeling en het gedrag van kinderen. De resultaten van de OBVL kunnen een basis vormen voor diagnostiek- en evaluatiegesprekken. Ook kan de OBVL gebruikt worden voor effectmeting. Doordat de OBVL een korte lijst is en digitaal beschikbaar is¹², kunnen instellingen op een vlotte manier gegevens verzamelen en effectmetingen uitvoeren, die van belang zijn voor ROM (Routine Outcome Monitoring). ROM is een opkomend thema dat belangrijk is voor vele instellingen in Nederland (De Beurs & Zitman, 2007; Van Hees et al., 2011; Veerman & Van Yperen, 2008). Zoals in het voorwoord reeds vermeld zijn er naast de Nederlandse versie van de OBVL ook Arabische, Engelse, Franse, Turkse en Spaanse versies beschikbaar. In Hoofdstuk 7 wordt ook nog een korte versie van de OBVL gepresenteerd. Het gebruik van de OBVL zullen we nu toelichten aan de hand van een casus¹³.

6.3 Casus

6.3.1 Intake

Jim, 8 jaar, en Chantee, 13 jaar, zijn zoon en dochter van mevr. Witvoet (40 jaar), die sinds het overlijden van haar man 4 jaar geleden, alleen voor de opvoeding van haar kinderen staat. Bij deze taak heeft ze regelmatig steun van haar alleenwonende broer Sem en van haar schoonmoeder gehad. Maar vooral haar moeder, zelf weduwe, die sinds het overlijden van de vader van de kinderen bij haar ingewoond heeft, was haar steun en toeverlaat en heeft een belangrijk deel van de verzorging en opvoeding van Jim en Chantee op zich genomen.

Twee jaar geleden is oma echter vrij onverwachts overleden. Moeder is deze klap nooit te boven gekomen, gaandeweg is het slechter met haar gegaan. Ze heeft weinig energie, kwakkelt met haar gezondheid en Jim en Chantee zijn steeds meer hun eigen gang gegaan. Vlak na het overlijden van oma heeft moeder een nieuwe partner gehad. Aanvankelijk leek deze man een grote steun voor moeder, maar na een paar maanden overheerste hij moeder, maakte hij haar geld op aan drank en was hij volgens moeder op een nare manier zeer geïnteresseerd in Chantee. Uiteindelijk heeft moeder de relatie verbroken.

Het gezin leeft van een uitkering, aangevuld met geld dat moeder zwart verdiende met schoonmaken. Haar slechte gezondheid laat dit werk echter niet meer toe en de financiële situatie wordt steeds nijpender. De toenemende vraag van de kinderen om zakgeld en geld voor sportclubs en

dure kleding kan moeder niet meer beantwoorden. Moeder is steeds meer in zichzelf gekeerd geraakt, verdraagt de vrienden van de kinderen niet meer over de vloer en de kinderen zijn steeds meer hun vertier buiten de deur gaan zoeken. Sinds een jaar zijn er klachten over Chantees spijbelgedrag. De school en de leerplichtambtenaar hebben al verschillende keren bij moeder aan de bel getrokken. Moeder heeft echter geen controle meer over Chantee. Ze heeft haar familie niets verteld over het gedrag van Chantee.

Twee maanden geleden stond de politie op de stoep: Chantee was voor de vierde keer betrapt op winkeldiefstal. Moeders broer Sem was net bij moeder toen dit bezoek plaats vond. Hij was erg geschrokken van het voorval en van moeders apathische reactie daarop. Oom Sem maakt zich zorgen over beide kinderen, moeder heeft geen vat meer op Chantee en ze laat Jim aan zijn lot over. Jim hangt voor de tv en moeder maakt geen eten meer klaar. Oom Sem vraagt zich af of de kinderen wel bij moeder kunnen blijven wonen. Hij is naar de huisarts gestapt en die heeft hem doorverwezen naar het wijkteam.

De medewerker van het wijkteam heeft met alle betrokkenen gesproken en besluit tot een indicatie voor Jeugdhulp. De medewerker van het wijkteam wil namelijk intensieve begeleiding voor zowel moeder als de kinderen. Met name Chantee heeft hulp nodig. Voordat de begeleiding bij een instelling voor jeugdhulp van start kan gaan wil een gedragsdeskundige de problemen van moeder en het gezin in beeld brengen. Daarom is aan moeder gevraagd om voor het eerste gesprek met de gedragsdeskundige ondermeer de OBVL in te vullen. Tijdens het invullen was het de bedoeling dat ze haar dochter Chantee voor ogen hield. In Figuur 6.1 op pagina 32 staat de uitslag.

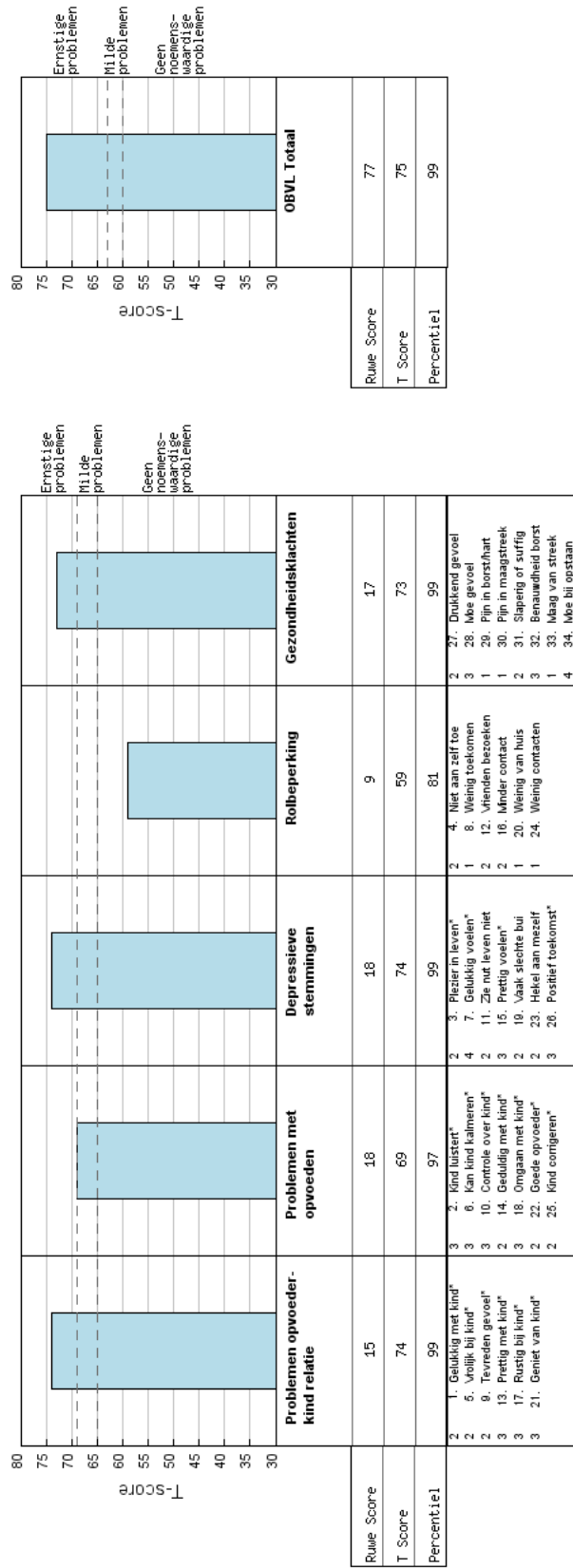
Uit het profiel van de moeder is af te lezen dat er sprake is van een hoge stressbeleving. Er is op de OBVL namelijk een ruwe totaalscore van 77 gevonden, die met behulp van normtabel 2 in Bijlage 1 omgezet kan worden in een T-score van 75. Dit houdt in dat moeder zeer ernstige problemen in het gezin ervaart (zie het interpretatiekader in Hoofdstuk 4, §4.2). De door moeder ervaren problemen zijn met name te zien bij Problemen opvoeder-kindrelatie (T-score 74), Problemen met opvoeden (T-score 69), Depressieve stemmingen (T-score 74) en Gezondheidsklachten (T-score 73). Uit de vragen van deze schalen blijkt onder andere dat moeder ongelukkig is met haar dochter, de controle over haar dochter is verloren, geen toekomstperspectief heeft en veel last heeft van vermoeidheidsklachten. Volgens het hiervoor genoemde interpretatiekader vallen al deze scores in het probleemgebied. Op het gebied van Rolbeperking lijkt moeder geen problemen te ervaren (T-score 59).

¹² Onder andere in de internetdatabase BergOp, zie www.bergop.info.

¹³ Met dank aan Arga Kramer van Altra voor het aanleveren van deze casus die we voor ons doel verder aangepast hebben.

Opvoedingsbelastingvragenlijst - OBVL - Normgroep 12 - 18 jaar

Naam: Chantee Witvoet Geboortedatum: 15-08-1997 Invaldatum: 27-07-2011 Ingevuld door: Moeder Meeitmoment(en): Aanvang (BIZ)
 Geslacht: Vrouw Leeftijd: 13 jaar Naam invuller:



* De items die zijn omgescoord (1 → 4; 2 → 3; 3 → 2; 4 → 1) zijn aangegeven met een asterisk achter de omschrijving.

T-scores zijn gebaseerd op Nederlandse normen voor de algemene bevolking (Vermulst e.a., 2011).

De onderbroken lijnen in de grafiek geven het grensgebied tussen geen noemenswaardige problemen en ernstige problemen aan (zie Handleiding OBVL, 2012, www.praktikon.nl).

© 2011 Praktikon BV

Auteurs: A.A. Vermulst, G. Kroes, R.E. De Meyer, L. Nguyen & J.W. Veerman

Het voor andere doeleinden vervoelvoudigen, wijzigen en/of openbaar maken, in welke vorm of op welke wijze dan ook, is zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Praktikon niet toegestaan.

Figuur 6.1 Uitslag OBVL van de moeder

Tijdens de bespreking van het OBVL-profiel met moeder herkent ze in de OBVL dat ze het zwaar heeft. Ze schrikt van de hoge score op Depressieve stemmingen. Op de schaal Problemen met opvoeden lijkt moeder een aantal krachtige kanten te bezitten; zo geeft ze aan dat ze behoorlijk geduldig is met haar kind en in behoorlijke mate haar kind kan corrigeren. Ook geeft ze bij de schaal Problemen opvoeder-kindrelatie aan dat ze zich in behoorlijke mate vrolijk en gelukkig voelt bij haar kind. De hulpverlener vraagt hierop door, waardoor duidelijk wordt dat deze krachtige kanten op dit moment wat ondergesneeuwd zijn door alle gebeurtenissen in de afgelopen periode. Moeder voelt zich momenteel geen goede opvoeder, ze beseft dat ze de laatste tijd haar kinderen links heeft laten liggen. Hierdoor denkt ze erg negatief over zichzelf.

Naar aanleiding van het eerste gesprek met de gedragsdeskundige en de resultaten van de OBVL zijn er enkele doelen geformuleerd waar het gezin samen met de gedragskundige aan wil werken. Zo is besloten dat de depressieve stemming van moeder aangepakt zal worden door middel van cognitieve gedragstherapie tijdens gesprekken met de gedragsdeskundige. Daarnaast krijgt het gezin intensieve ambulante gezinsbegeleiding door een maatschappelijk werker. Tijdens deze begeleiding is het de bedoeling dat de problemen van elk gezinslid en van het gehele gezin in kaart worden gebracht en openlijk met elkaar besproken zullen worden. Ook zal moeder ondersteund worden bij de opvoeding van haar kinderen. Hierbij kan de begeleider ook regelzaken van moeder uit handen nemen zodat zij op tijd haar rust kan nemen. Op deze manier hoopt men dat de relatie tussen moeder en kinderen wordt hersteld.

6.3.2 Tussenevaluatie

Na drie maanden wil de gedragsdeskundige een tussenevaluatie houden om na te gaan of de familie Witvoet al vooruitgang heeft geboekt. Er wordt nogmaals een OBVL bij moeder afgenomen. Deze resultaten worden naast de resultaten van drie maanden terug gelegd. De uitslag staat in Figuur 6.2 op pagina 34.

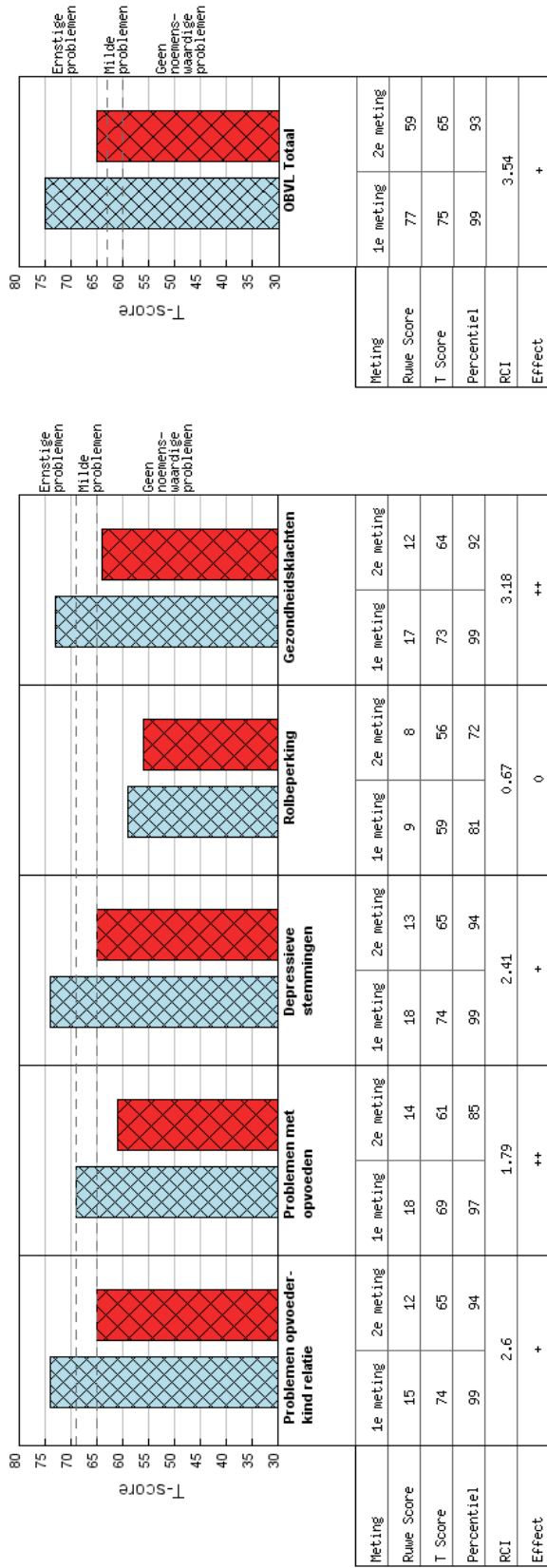
Uit de figuur is af te lezen dat de opvoedingsbelasting bij moeder na drie maanden is afgenomen. Er wordt op de OBVL voor totale opvoedingsbelasting een T-score van 65 gevonden, dit geeft een verbetering van 10 punten ten opzichte van de eerste meting. Volgens de *Reliable Change Index* (RCI), die ook op het profiel staat, gaat het om een statistisch significante vooruitgang. De waarde van de RCI is 3.54, dit geeft aan dat er met minstens 95% zekerheid sprake is van een betrouwbare verbetering (zie Hoofdstuk 4 §4.4 voor

een uitleg van de RCI en voor de minimum waarden voor de OBVL-schalen). Wanneer we letten op de hoogte van de totaalscore bij de tweede meting dan valt op dat deze nog in het probleemgebied valt, volgens het interpretatiekader uit Hoofdstuk 4 is er nog sprake van aanzienlijke problemen. Eenzelfde patroon geldt voor de schalen Problemen opvoeder-kindrelatie en Depressieve stemmingen: er is een significante vooruitgang (RCI's van 2.6 en 2.41), maar er is nog steeds sprake van milde tot aanzienlijke problemen (T-scores van 65 of hoger). Hier zal de komende tijd nog aandacht aan besteed moeten worden. Op de schalen Problemen met opvoeden en Gezondheidsklachten zijn er ook significante verbeteringen te zien (RCI's 1.79 en 3.18) en blijken er nu geen problemen meer. Moeder lijkt haar opvoedingskwaliteiten weer te hebben hervonden. Voor de schaal Rolbeperking is geen significant verschil gevonden, maar hier waren bij de eerste meting ook geen opvallende problemen, de score bij de tweede meting is zelfs nog iets afgenomen. De betekenis van de RCI staat in de onderste regel nog eens extra aangegeven met een plus (+) (significante verbetering), min (-) (significante verslechtering) of nul (0) (geen verandering). Als extra informatie wordt bij een verbetering (+) ook aangegeven of de tweede meting buiten het probleemgebied valt (++). Dit is bijvoorbeeld bij Gezondheidsklachten het geval (zie Hoofdstuk 4, §4.4 voor een verdere uitleg van deze indeling).

De gedragsdeskundige gaat met moeder in gesprek over het profiel en geeft aan dat er in korte tijd al behoorlijke vooruitgang is geboekt, maar dat er ook nog wel enige punten van zorg zijn. Moeder herkent zich in het profiel. Ze voelt zich iets prettiger dan 3 maanden geleden en haar relatie met haar dochter Chantee lijkt soepeler te verlopen. Toch vindt ze het zwaar. Moeder ziet dat het beter met haar dochter Chantee gaat, maar dit is nog niet genoeg voor haar. Ze geeft aan dat de gesprekken met de gedragsdeskundige en de extra hulp van de gezinsbegeleider haar goed hebben geholpen. Ze merkt dat ze minder last heeft van vermoeidheidsverschijnselen en hierdoor ook meer tijd heeft voor haar kinderen. De gezinsbegeleider geeft haar meer zicht op de beleving van haar kinderen, waar ze nu beter op kan inspelen. De gedragsdeskundige en moeder zijn tevreden met de reeds geboekte vooruitgang en besluiten dat er nog enige tijd wordt doorgedaan met de behandeling. Er moet met name nog gewerkt worden aan de depressieve stemming van moeder en de relatie tussen moeder en haar dochter Chantee. Moeder gaat daarom nog door met de cognitieve gedragstherapie en de gezinsbegeleiding. Na drie maanden zal er weer een evaluatie plaatsvinden.

Effectrapportage: Opvoedingsbelastingvragenlijst - OBVL - Normgroep 12 - 18 jaar

Naam: Chantee Witvoet (V) 1e meting: 28-07-2011 (Aanvang) Ingevuld door: Moeder Module: BJZ
 Geboren: 15-08-1997 (14 jaar) 2e meting: 28-10-2011 (Follow up) Ingevuld door: Moeder Module: BJZ



Noot: blauw gearceerde staaf - eerste meting; rood gearceerde staaf - tweede meting.
 Codering Effect: - significant verslechterd; 0 niet significant veranderd; + significant verbeterd; ++ significant verbeterd, maar niet klachtenvrij; ++ significant verbeterd en klachtenvrij.

Figuur 6.2 Verschil na drie maanden

7 De korte versie van de OBVL, de OBVL-K

Voor een snelle screening en periodieke afname in het kader van routine outcome monitoring is er behoefte aan een korte versie van de OBVL. Deze versie (aangeduid met OBVL-K) is een vragenlijst van 10 vragen. In dit hoofdstuk wordt eerst de selectie van de 10 vragen verantwoord en worden enkele psychometrische gegevens gepresenteerd. Daarna worden uitkomsten van analyses gegeven op data van enkele instellingen voor jeugdzorg waarin de gegevens van de OBVL-K worden afgezet tegen gegevens van de reguliere OBVL. Hierdoor ontstaat inzicht in de gebruiksmogelijkheden van de OBVL-K in vergelijking met de complete OBVL. Tenslotte worden de normering, afname en scoring besproken.

7.1 Selectie van vragen, factoranalyse en betrouwbaarheid

In eerste instantie is getracht om voor de korte versie te zoeken naar vragen van alle vijf schalen. Al snel bleek dat dit niet mogelijk was gezien de lage correlaties van de schalen Rolbeperking en Gezondheidsklachten met de drie overige schalen; alleen de schaal Gezondheidsklachten heeft nog een substantiële correlatie met Depressieve stemmingen, zie Tabel 3.4 in Hoofdstuk 3. Daarom werd besloten de korte versie te baseren op vragen van de schalen Problemen opvoeder-kindrelatie, Problemen met opvoeden en Depressieve stemmingen. Analyses voor de korte versie zijn in eerste instantie uitgevoerd op het totale normbestand

($N = 1428$) (Zie Hoofdstuk 3, §3.1). Voor de selectie van vragen is gekeken naar de frequentieverdelingen van de 20 vragen van deze drie schalen. Doel daarvan was om vragen die weinig spreiding laten zien (scheefheid > 2 en kurtosis > 5) niet mee te nemen in de analyses waardoor er meer spreiding ontstaat in de uiteindelijke normtabellen. Zes vragen zijn op basis van dit criterium niet meegenomen (v1, v11, v13, v19, v21 en v23), drie vragen van de schaal Problemen Opvoeder-kindrelatie en drie vragen van de schaal Problemen met opvoeden. De scheefheid van de overige vragen lag tussen .1 en 1.3, de kurtosis tussen .1 en 1.7.

Voor het construeren van de korte versie zijn vervolgens factoranalyses uitgevoerd op de overgebleven 14 vragen met behulp van Mplus (zie Hoofdstuk 3, §3.3.1 voor nadere toelichting). Er werd een 1-factoroplossing gedraaid en vervolgens gekeken naar de hoogte van de ladingen en gecorreleerde *error* termen. Vragen met een lagere lading dragen minder bij tot de factor en hoge gecorreleerde *error* termen van twee vragen betekent meestal een hoge inhoudelijke overlap. Drie vragen zijn verwijderd vanwege hoge gecorreleerde *error* termen en een vraag vanwege een wat lagere lading. De uiteindelijke 1-factoroplossing met 10 resterende vragen liet een goede passing zien ($X^2(24) = 125.52$, $p = 0.000$, CFI = .996, RMSEA = .054). Voor de totale groep bleek de interne consistentie gelijk aan .86 (alpha) en .90 (omega). De factorladingen van de 10 vragen staan in Tabel 7.1, voor de volledigheid zijn ook de ladingen

Tabel 7.1 Factorladingen van de vragen van de OBVL-K en betrouwbaarheden van de totaalscore van de OBVL-K per normgroep

Schaal/vraag	Vraagnummer		Normgroep			
	OBVL-K	OBVL	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	Totaal
Problemen opvoeder-kindrelatie						
Ik voel me vrolijk als mijn kind bij mij is	1	5	.79	.76	.78	.78
Ik heb een tevreden gevoel over mijn kind	4	9	.84	.83	.85	.84
Als mijn kind bij mij is voel ik me rustig	7	17	.70	.66	.62	.65
Problemen met opvoeden						
Mijn kind luistert naar mij	2	2	.56	.68	.73	.65
Als mijn kind boos wordt dan kan ik het kalmeren	5	6	.59	.66	.60	.62
Ik heb controle over mijn kind	8	10	.61	.75	.68	.68
Ik kan mijn kind goed corrigeren als dat nodig is	10	25	.55	.65	.68	.63
Depressieve stemmingen						
Ik heb plezier in het leven	3	3	.69	.68	.66	.67
Ik voel me vaak prettig	6	15	.72	.73	.71	.62
Ik heb een positief gevoel over mijn toekomst	9	26	.58	.63	.50	.56
Totale score			Betrouwbaarheid			
Alpha			.85	.87	.85	.86
Omega			.89	.91	.90	.90

Noot. Passingsmaten van de CFA's:

- 0-3 jaar ($n = 484$): $X^2(24) = 55.89$, $p = .000$ RMSEA = .052, CFI = .996
- 4-11 jaar ($n = 364$): $X^2(24) = 50.90$, $p = .000$ RMSEA = .055, CFI = .996
- 12-18 jaar ($n = 580$): $X^2(24) = 63.70$, $p = .000$ RMSEA = .053, CFI = .997

voor elke normgroep weergegeven. De ladingen zijn substantieel (> .50) en verschillen nauwelijks over de normgroepen. De alpha-betrouwbaarheden zijn > .85, de omega-betrouwbaarheden .89 of hoger. Dat zijn goede betrouwbaarheden, zeker voor de screenings- en evaluatiedoelinden waarvoor deze korte versie gebruikt wordt. Voor het berekenen van de totaalscore is het uitgangspunt dat een hoge score wijst op een hoge opvoedingsbelasting. Aangezien alle vragen positief geformuleerd zijn worden ze voor het berekenen van de totaalscore omgescoord, dit wordt in §7.3.2 verder uitgelegd.

7.2 Gebruikswaarde OBVL-K

Om de gebruikswaarde voor de praktijk van de hulpverlening verder in te schatten is het van belang aan te tonen dat de uitkomsten van de OBVL-K grote overeenkomsten vertoont met die van de OBVL, ook in hulpverleningsgroepen. Dit moet blijken uit bevestigende antwoorden op de volgende vragen:

1. Is er een hoge correlatie tussen de OBVL-K en OBVL?
2. Is de interne consistentie (alpha) op de OBVL-K en OBVL vergelijkbaar?
3. Worden door de OBVL-K en OBVL dezelfde klinische en niet-klinische gevallen geïdentificeerd?
4. Is de OBVL-K totaalscore even gevoelig voor veranderingen als de OBVL totaalscore?

Om deze vragen te beantwoorden maken we gebruik van het totale normbestand ($N = 1428$) en van gegevens van de vier jeugdzorginstellingen voor Jeugd- & Opvoedhulp (aangeduid als instelling A, B, C en D) die we eerder bij de analyses in § 3.3.4 ook gebruikten¹⁴. Het palet van behandelingen in deze instellingen voor Jeugd- & Opvoedhulp bestaat uit Spoedhulp, Intensieve ambulante gezinshulp, pleegzorgvarianten, dagbehandeling en residentiële behandeling. Bij aanvang van de hulpverlening werden OBVL's ingevuld door 2638 moeders, bij afsluiting door 869 moeders. Van 542 moeders zijn gegevens van beide meetmomenten bekend. De vragenlijsten werden ingevuld voor jeugdigen in de leeftijd van 0-23 jaar (gem. 9,6 jaar), de verhouding tussen jongens en meisjes was 59% tegenover 41%.

7.2.1 Correlatie tussen de OBVL-K en de OBVL

De correlaties van de OBVL-K met de schalen en de totaalscore van de OBVL berekend op de normgroep staan in Tabel 7.2.

Zoals te verwachten was is de correlatie met de eerste drie schalen van de OBVL hoog en met de laatste twee laag als gevolg van de beslissing op de OBVL-K te baseren op de eerste drie schalen. De correlatie met de totaalscore is heel behoorlijk (.86).

Tabel 7.2 Correlaties OBVL-K met de schalen van de OBVL in de normgroep

Schaal OBVL	r
Problemen opvoeder-kindrelatie	.83
Problemen met opvoeden	.88
Depressieve stemmingen	.78
Rolbeperking	.22
Gezondheidsklachten	.29
Totaalscore	.86

Voor de hulpverleningsgroepen zijn de correlaties bekend tussen de OBVL-K en de totaalscore op de OBVL, zie Tabel 7.3. Per instelling variëren de correlaties tussen .83 en .92, over alle vier instellingen zijn deze correlaties .87 en .90. Conclusie is dat de correlatie van de OBVL-K met de totaalscore op de OBVL hoog is.

Tabel 7.3 Correlaties van de OBVL-K en de Totaalscore van de OBVL in klinische groepen

Zorginstelling	Meetmoment	
	Bij aanvang behandeling	Bij afsluiting behandeling
A	.83	.89
B	.86	.87
C	.89	.91
D	.92	.90
Totaal	.87	.90

7.2.2 Interne consistentie van de OBVL-K en de OBVL

De betrouwbaarheden (alpha-coëfficiënten) voor de OBVL-K per instelling en voor de gehele hulpverleningsgroep bij aanvang van de hulpverlening staan in Tabel 7.4 weergegeven. Ter vergelijking staat in de laatste kolom ook de betrouwbaarheid voor de complete OBVL berekend op deze data. In de laatste regel van deze tabel staan de alpha's van de normgroep.

Tabel 7.4 Betrouwbaarheden van de OBVL-K en OBVL in de hulpverleningsgroep

Zorginstelling	Vragenlijst	
	OBVL-K	OBVL
A	.89	.93
B	.91	.94
C	.92	.95
D	.92	.94
Totaal hulpverleningsgroep	.91	.94
Normgroep	.86	.90

Hoewel de alpha's voor de OBVL-K een fractie lager liggen dan die van de OBVL zijn ze zonder uitzondering allemaal

¹⁴ We willen de instellingen Entrea, Yorneo, Altra en Spirit graag bedanken voor het beschikbaar stellen van deze gegevens.

uitstekend. Dit geldt zowel voor de totale normgroep als voor de hulpverleningsgroep(en). Geconcludeerd mag worden dat de OBVL-K in zowel de hulpverlenings- als de niet-hulpverleningssetting een betrouwbare vragenlijst is.

7.2.3 Sensitiviteit en specificiteit van de OBVL-K

In Tabel 7.5 wordt weergegeven in hoeverre de door de OBVL aangewezen 'klinische gevallen' ook door de OBVL-K geïdentificeerd worden. Dit wordt hier de sensitiviteit van de OBVL-K genoemd. Een goede sensitiviteit is belangrijk omdat er dan enige garantie bestaat dat de OBVL-K dezelfde ouders als 'klinisch' identificeert als de complete OBVL. Het gaat bij 'klinisch' om ouders van wie de scores duiden op een problematische opvoedingsbelasting waarvoor hulp geïndiceerd is, op beide lijsten is de grensscore hiervoor een T-score ≥ 60 (zie Hoofdstuk 4). We nemen dan de classificatie 'klinisch' versus 'niet-klinisch' op de OBVL-K als voorspeller en de gelijklopende classificatie op de OBVL als criterium. Uit Tabel 7.5 blijkt deze sensitiviteit in de totale groep 86.1%; van de 1541 gevallen die via de OBVL uit de

totale groep van 2724 als 'klinisch' worden geïdentificeerd, worden er 1327 ook door de OBVL-K als zodanig geïdentificeerd ($1327/1541=0.861$). Omgekeerd is het ook van belang dat de door de OBVL aangewezen 'niet-klinische gevallen' ook door de OBVL-K als zodanig geïdentificeerd worden. Dit zijn ouders wier totaalscores niet op een problematische opvoedingsbelasting duiden: T-score < 60 . Dit wordt hier de specificiteit van de OBVL-K genoemd (met de OBVL totaalscore als criterium). Voor de gehele groep is deze specificiteit 86.4%. Van de 1183 ouders van wie de opvoedingsbelasting door de OBVL als niet-problematisch wordt bestempeld, worden er 1022 ook door de OBVL-K als zodanig gezien ($1022/1183=0.864$). Hoewel de sensitiviteit en specificiteit over de vier instellingen iets verschillen, komt het totaalbeeld goed terug. Hiermee kunnen we concluderen dat de klinische gevoeligheid van de OBVL-K niet wezenlijk verschilt van die van de OBVL.

Terzijde kunnen we nog opmerken dat blijkens Tabel 7.5 het percentage scores in het probleemgebied op de OBVL en OBVL-K tussen 43 en 72% ligt. Ook hier zijn er verschillen

Tabel 7.5 Percentage cliënten in het probleemgebied en verhouding sensitiviteit en specificiteit van de OBVL-K met de OBVL als criterium

Zorginstelling	n	% PG OBVL	% PG OBVL-K	Sensitiviteit	Specificiteit
A	1186	49.7	43.6	77.2	89.6
B	381	71.9	71.7	92.0	80.4
C	495	59.8	58.6	89.9	87.9
D	662	57.7	61.6	92.7	80.7
Totaal	2724	56.6	54.6	86.1	86.4

Noot. PG = ProbleemGebied. Voor het bepalen van het probleemgebied ('klinisch') is zowel voor de OBVL-K als voor de OBVL een afkappunt van T-score ≥ 60 gehanteerd.

Tabel 7.6 Veranderingen in opvoedingsbelasting gemeten met de OBVL en OBVL-K (ruwe scores) in de hulpverleningsgroepen

Zorginstelling/vragenlijst	n	Meetmoment						
		Start (T1)		Einde (T2)		p	T1-T2	
		Gem.	Sd.	Gem.	Sd.		ES	% RC
A								
OBVL	311	57.45	14.75	51.38	13.64	.000	0.43	56.3
OBVL-K	311	19.21	6.02	16.95	5.85	.000	0.38	43.7
B								
OBVL	69	69.93	15.63	59.68	14.63	.000	0.68	72.5
OBVL-K	69	24.83	6.21	20.80	5.95	.000	0.66	58.0
C								
OBVL	38	68.47	18.64	61.08	19.23	.000	0.39	57.9
OBVL-K	38	23.68	6.93	20.39	7.44	.000	0.46	55.3
D								
OBVL	129	67.17	17.39	57.74	16.10	.000	0.56	60.5
OBVL-K	129	23.95	6.85	20.11	6.69	.000	0.57	52.7
Totaal								
OBVL	547	62.08	16.65	54.60	15.25	.000	0.47	59.4
OBVL-K	547	21.35	6.76	18.42	6.40	.000	0.45	48.4

Noot. ES = effect size; % RC = % reliable change. Reliable change (RC) is per normgroep uitgerekend met voor:
 - 0-3 jaar omega .97 en SD 9.8 = sdiff 2.39 (OBVL) en omega .90 en SD 3.9 = sdiff 1.72 (OBVL-K);
 - 4-11 jaar omega .97 en SD 9.4 = sdiff 2.31 (OBVL) en omega .92 en SD 4.1 = sdiff 1.64 (OBVL-K);
 - 12-18 jaar omega .96 en SD 8.5 = sdiff 2.41 (OBVL) en omega .91 en SD 4.1 = sdiff 1.74 (OBVL-K).
 p = significantie van de gepaarde t-toets

tussen instellingen. De vraag kan dan zijn of dit percentage mogelijk een onderschatting is, zeker als men dit vergelijkt met de percentages die met de Nijmeegse Opvoedingsstress Index (NOSI) gevonden worden, die veelal hoger liggen. In Hoofdstuk 4 wezen we er al op dat de OBVL het ouderdomein uit de NOSI representeert en dat de vergelijking ook met dit domein moet plaatsvinden, meestal liggen de percentages ‘klinische gevallen’ op de OBVL en de NOSI dan veel dicht bij elkaar. Een recent onderzoek, bij ouders van kinderen met een licht verstandelijke beperking die een vorm van intensief ambulante gezinsbehandeling ontvingen, bevestigt deze hypothese (Kotteman, 2013). Verder onderzoek bij andere doelgroepen is gewenst.

7.2.4 Gevoeligheid van de OBVL-K voor veranderingen over tijd

In Tabel 7.6 wordt de gevoeligheid voor veranderingen van de OBVL-K en OBVL vergeleken. Op basis van gegevens van start (T1) en einde (T2) behandeling wordt voor beide lijsten berekend of er een statistisch significant verschil is, wat de *effect size* is (ES in termen van Cohen’s *d*) en wat het percentage betrouwbaar veranderde gevallen is vastgesteld met behulp van de reliable change index (RCI), zie §4.4 voor verdere uitleg. In de tabel wordt dit aangeduid met %RC (reliable change). Zowel op de OBVL als OBVL-K zijn de verschillen tussen voor- en nameting statistisch significant (gepaarde *t*-toets, $p < .001$). Met de OBVL-K is dus net als met de OBVL verandering aantoonbaar. De ES is voor beide lijsten nagenoeg gelijk, maar verschilt wel tussen de instellingen. Dit kan te maken hebben met de hoogte van de voormetingscores (T1) die voor instelling A lager liggen dan voor de andere instellingen. Ten slotte blijkt, met inachtneming van de verschillen tussen instellingen, het percentage betrouwbare verandering gemeten met de OBVL-K bij twee van de vier instellingen (A en B) meer dan 10 procentpunten lager dan gemeten met de OBVL. Dit kan te maken hebben met de iets lagere betrouwbaarheid van de OBVL-K ten opzichte van de OBVL. Voor beide schalen ligt deze boven 0.90, dat is zeer goed, maar voor de OBVL is deze relatief hoger. Met deze nuance over het %RC is de conclusie evenwel dat beide lijsten voldoende gevoelig lijken voor het meten van veranderingen.

7.2.5 Conclusies

De hiervoor weergegeven analyses leiden tot de volgende conclusies:

1. De correlaties OBVL-K en OBVL totaalscores zijn hoog.
2. De interne consistentie (alpha) is voor OBVL-K en OBVL goed en vergelijkbaar.

3. De sensitiviteit en specificiteit OBVL-K met OBVL als criterium zijn goed.
4. De gevoeligheid voor verandering van de OBVL-K is goed en grotendeels vergelijkbaar met die van de OBVL.

De OBVL-K met 10 vragen lijkt in deze hulpverleningsgroep goed bruikbaar voor screening en evaluatie. Hiermee is nog niet gezegd dat de OBVL-K in het feedbackgesprek met de cliënt dezelfde bruikbaarheid heeft. Waarschijnlijk heeft de informatie die de vijf schalen van de complete OBVL oplevert in de communicatie met de ouders en het stellen van doelen een meerwaarde. Ervaring in de praktijk zal dit moeten ondersteunen. Nader onderzoek zal verder moeten uitwijzen of de analyses van een zelfstandig afgenomen korte OBVL-K dezelfde uitkomsten geven als de analyses in dit hoofdstuk, waarbij de OBVL-K scores uit de scores van de geheel ingevulde OBVL’s zijn gehaald. Met deze kanttekening is het *de meest pragmatische aanbeveling dat voor hulpverleningsdoelen het meerwaarde kan hebben om bij de start de complete OBVL af te nemen en voor periodieke evaluatie tijdens de behandeling de OBVL-K te gebruiken. Voor situaties waarin het alleen om een snelle screening gaat is de OBVL-K goed te gebruiken.* Deze aanbeveling geldt voor de keuze tussen OBVL of OBVL-K. De OBVL(-K) lijkt vooral het ouderdomein van de NOSI te meten, daar is de lijst ook voor ontwikkeld, het kinddomein van de NOSI wordt al gemeten met vragenlijsten als de *Child Behavior Checklist* (CBCL) en *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Het is aan te bevelen één van deze lijsten in combinatie met de OBVL(-K) te gebruiken om een vollediger beeld van de aanmeldingsproblematiek te krijgen.

7.3 Normering, afname en scoring

7.3.1 Normering

In Tabel 7.7 staan de gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de OBVL-K voor de drie normgroepen. Met behulp van een ANOVA is getoetst of er significante verschillen bestaan tussen de drie groepen. De *F*-waarde (2,1422) was gelijk aan 6.90 met $p < .001$, dit wijst op een significant verschil. Post hoc toetsen met Bonferroni correctie lieten zien dat alleen de normgroep 0-3 jarigen significant afwijkt van de normgroep 12-18 jarigen. De verschillen tussen de groepen zijn echter niet groot, de PES (*Partial Eta Squared*) was gelijk aan .01 wat duidt op een geringe effect size.

Tabel 7.7 Gemiddelden en standaarddeviaties van de ruwe schaalscores per normgroep

Vragenlijst	Normgroep							
	0-3 jaar (n = 481)		4-11 jaar (n = 364)		12-18 jaar (n = 580)		Totale groep (N = 1425)	
	Gem.	Sd.	Gem.	Sd.	Gem.	Sd.	Gem.	Sd.
OBVL-K	15.1	3.8	15.5	4.1	16.0	4.1	15.6	4.0

Evenals voor de OBVL kiezen we ervoor om normen te ontwikkelen voor de drie normgroepen apart, ondanks dat de verschillen niet erg groot zijn. Hiervoor zijn de ruwe scores getransformeerd naar genormaliseerde T-scores (zie voor uitleg §4.1 van deze handleiding). In Bijlage 1 staan in Normtabel 3 voor de drie normgroepen (0-3, 4-11 en 12-18 jaar) de normen.

7.3.2 Afname en scoring van de OBVL-K

De ouder/opvoeder geeft op het vragenlijstformulier aan in welke mate hij/zij instemt met de voorgelegde stellingen. Scoring voor de OBVL-K vindt plaats op een vierpuntsschaal met de volgende antwoorden: 1 = *geldt niet*, 2 = *geldt een beetje*, 3 = *geldt behoorlijk*, 4 = *geldt helemaal*. De vragenlijst wordt als volgt ingevuld:

- De ouder/opvoeder vult allereerst de gegevens bovenaan de vragenlijst in (informant en invuldatum).
- De ouder/opvoeder kruist voor elke stelling van de OBVL-K een antwoord aan dat het meest voor hem/haar van toepassing is.

Voor de berekening van de ruwe score op de OBVL-K moeten er 10 scores aanwezig zijn. Er mogen maximaal 2 vragen niet ingevuld zijn, vul voor deze vragen het afgeronde gemiddelde in van de wel ingevulde vragen. Alle 10 scores worden bij elkaar opgeteld. Omdat alle vragen positief zijn geformuleerd en de OBVL-K opvoedingsbelasting meet, moet er een omscoring plaats vinden. Dit kan door per vraag de score van 5 af te trekken. De oude scores 1, 2, 3 en 4 worden dan achtereenvolgens (5-1=4), (5-2=3), (5-3=2) en (5-4=1). Handiger is het om dit niet per vraag te doen, maar over de som van alle 10 vragen. De berekende somscore (over deze 10 vragen) wordt dan afgetrokken van 50. Een somscore van 35 bijvoorbeeld wordt dan een ruwe score 15.

Indien er gebruik gemaakt wordt van de scoring via een internetdatabase als BergOp, dan volstaat het invullen van de vragen volgens de aanwijzingen van het programma. De schaalscores en totaalscore worden dan automatisch berekend en in een profiel gezet. In Figuur 7.1 is dit gedaan voor de zojuist berekende totaalscore van 15.

7.3.3 Interpretatie van de OBVL-K

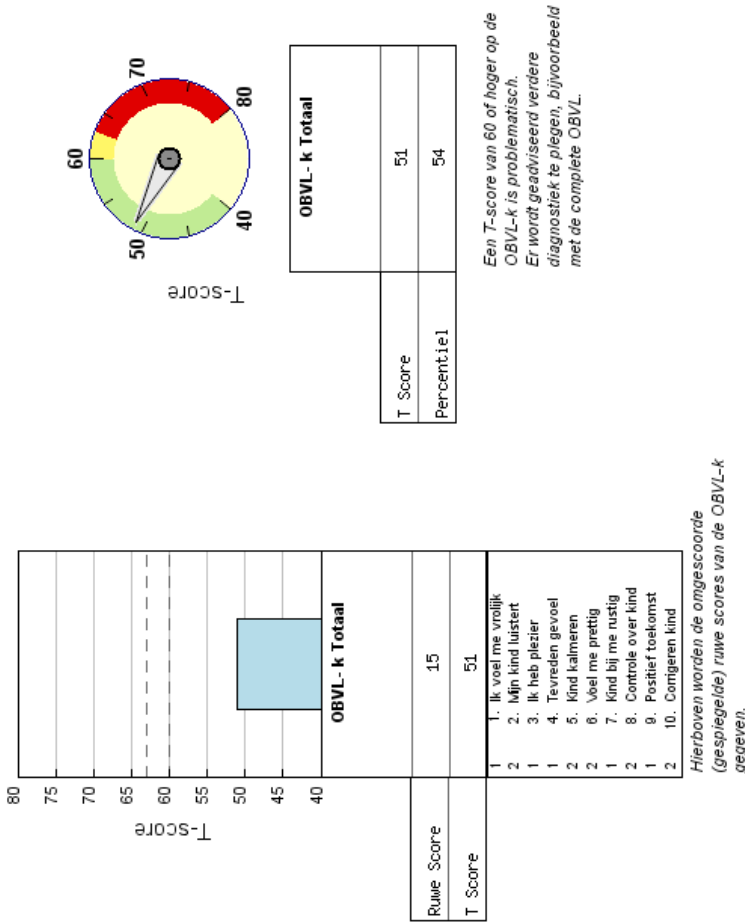
Bij de OBVL-K kan alleen de totaalscore geïnterpreteerd worden. Hoewel er wel items van drie verschillende OBVL-schalen in de korte versie verwerkt zijn, kunnen die niet betrouwbaar tot een schaalscore leiden. Het gaat bij de totaalscore om een snelle screening over de mate van opvoedingsbelasting. Aanvullend kan er naar de individuele items gekeken worden om de totaalscore inhoudelijk betekenis te geven. In Bijlage 1, Normtabel 3 kunnen de ruwe scores op de OBVL-K worden omgezet in T-scores. De ruwe score van 15 uit het voorbeeld uit de vorige paragraaf wordt een T-score van 53 voor de 0-3 jarigen, een T-score van 51 voor de 4-11 jarigen en een T-score van 49 voor de 12-18 jarigen. Figuur 7.1 toont het BergOp-profiel voor een 8-jarige jongen. Deze valt niet in het probleemgebied, bijbehorende T-score is 51, de opvoedingsbelasting in dit voorbeeld is dus niet substantieel afwijkend van wat ouders gemiddeld aangeven.

Voor het betrouwbaar meten van veranderingen kan weer gebruik gemaakt worden van de *Reliable Change Index* (RCI; zie Hoofdstuk 4, §4.4 voor een uitleg hiervan). Om met 95% zekerheid te kunnen concluderen dat een verwachte gemeten verbetering met de OBVL-K niet aan toeval onderhevig is moet het verschil tussen de twee metingen voor de drie normgroepen resp. 7.72, 6.98 en 7.36 punten in T-scores zijn ($p \leq .05$; eenzijdige toetsing), afgerond resp. 8, 7 en 8 punten¹⁵.

15 Deze afronding is een noodzakelijkheid, zie ook de bespreking van de RCI in Hoofdstuk 4, §4.4.

Opvoedingsbelasting vragenlijst - kort - Normgroep 4 - 11 jaar

Naam: OBVL-K Voorbeeld Geboortedatum: 23-05-2006 Invaldatum: 14-11-2014 Ingevuld door: Moeder Meetmoment(en): Aanvang (module)
 Geslacht: Man Leeftijd: 8 jaar Naam invuller:



Hierboven worden de ongescoorde (gespiegelde) ruwe scores van de OBVL-k gegeven.

© 2013 Praktikon BV
 Auteurs: A.A. Vermulst, G. Kroes, R.E. De Meyer & J.W. Veerman
 Het voor andere doeleinden verveelvoudigen, wijzigen en/of openbaar maken, in welke vorm of op welke wijze dan ook, is zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Praktikon niet toegestaan

Figuur 7.1 Voorbeeld OBVL-K profiel uit BergOp

Literatuur

- Abidin, R.R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407-412.
- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index (PSI) manual* (3rd ed.) Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-ages forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ainsworth, M.D.S., & Bell, S.M. (1974). Mother-infant interaction and the development of competence. In K.J. Connolly & J.S. Bruner (Eds.), *The growth of competence*, (pp. 97-118). New York: Academic.
- Anthony, L.G., Anthony, B.J., Glanville, D.N., Naiman, D.Q., Waanders, C., & Shaffer S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development*, 14, 133-154.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-Child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brummelte, S., Grunau, R.E., Synnes, A.R., Whithfield, M.F., & Petrie-Thomas, J. (2011). Declining cognitive development from 8 to 18 months in preterm children predicts persisting higher parenting stress. *Early Human Development*, 87, 273-280.
- Budd, K. (2001). Assessing parenting competence in child protection cases: A clinical practice model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 1-18.
- Carlson, E.A., Sampson, M.C., & Sroufe, L.A. (2003). Implications of attachment theory and research for developmental-behavioral pediatrics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24, 364-380.
- CBS:<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/jongeren/cijfers/default.htm>, geraadpleegd op 21 oktober 2011.
- Cheung, G.W. & Rensvold, R.B. (2002). Evaluating Goodness-of-Fit Indexes for testing Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling*, 9, 233-255.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen, L.H., Burt, C.E. & Bjorck, J.P. (1987). Life stress and adjustment: Effects of life events experienced by young adolescents and their parents. *Developmental Psychology*, 23, 583-592.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cooper, C., McLanahan, S., Meadows, S., & Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure, transitions and maternal stress. *Journal of Marriage and Family*, 3, 558-574.
- Cummings, E.M., & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- De Beurs, E. (2010). De genormaliseerde T-score. Een 'euro' voor testuitslagen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 65, 684-695.
- De Beurs, E., & Zitman, F.G. (2007). Routine Outcome Monitoring. Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met webbased software. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 13-28.
- De Brock, A.J.L.L., Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & R.R. Abidin (1992). *NOSI. Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Handleiding experimentele versie*. Lisse: Swets en Zeitlinger.

- De Bruyn, E.E.J., Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & Aarle, E.J.M. van (2003). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Leuven/ Leusden: Acco.
- De Meyer, R.E., & Veerman, J.W. (2006a). *Resultaten Hulp aan Huis Drenthe. Tabellenboek 2005*. Nijmegen: Praktikon.
- De Meyer, R.E., & Veerman, J.W. (2006b). *Resultaten Hulp aan Huis Groningen. Tabellenboek 2005*. Nijmegen: Praktikon
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology Science and Practice*, 5, 314-332.
- Dirken, J. M. (1969). *Arbeid en Stress*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X.H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13, 375-387.
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R., & Sijtsma, S. (2010). *COTAN Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Amsterdam: NIP.
- Eyberg, S.M., Boggs, S.R., & Rodriguez, C.M. (1992). Relationships between maternal parenting stress and child disruptive behavior. *Child and Family Behavior Therapy*, 14, 1- 9.
- Garside, R.B., & Klimes-Dougan, B. (2002). Socialization of discrete negative emotions: Gender differences and links with psychological distress. *Sex Roles*, 47, 115-128.
- Gelfand, D.M., & Teti, D.M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, 10, 329-353.
- George, C., Herman, K.C., & Ostrander, R. (2006). The family environment and developmental psychopathology: The unique and interactive effects on depression, attention, and conduct problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 163-177.
- Geurts, E., Lekkerkerker, L., Van Yperen, T., & Veerman, J.W. (2010). *Over verandering gesproken. Op weg naar meer zicht op effectiviteit van de jeugdzorgpraktijk*. Utrecht: SEJN/ Nederlands Jeugdinstituut.
- Gerris, J.R.M., Houtmans, M.J.M., Kwaaitaal-Roosen, E.M.G., de Schipper, J.C., Vermulst, A.A., & Janssens, J.M.A.M. (1998). *Parents, adolescents and young adults in Dutch families: A longitudinal study*. Nijmegen: Institute of Family Studies.
- Gerris, J.R.M., Vermulst, A.A., Boxtel, D.A.A.M. van, Janssens, J.M.A.M., Zutphen, R.A.H. van, & Felling, A.J.A. (1993). *Parenting in Dutch families. A representative description of Dutch family life in terms of validated concepts representing characteristics of parents, children, the family as a system and parental socio-cultural value orientations*. Nijmegen: University of Nijmegen, Institute of Family Studies.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies. Guidelines for mental health practice*. Beverly Hill: Sage.
- Groenendaal, H., & Dekovic, M. (2000). Risicofactoren voor kwaliteit van de opvoeding. *Pedagogiek*, 20, 1567-7109.
- Harder, A.T., Knorth, E.J., & Zandberg, Tj. (2006). *Residentiele jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar doelgroep, werk wijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Harrison, C., & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 703-711.
- International Personality Item Pool: www.ipip.ori.org, geraadpleegd op 1 juli 2010.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance. A Statistical approach to defining meaningful change in psycho-therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jansen, M. E., & Sikkel, D. (1981). Verkorte versies van de VOEG-schaal. *Gezondheid & samenleving*, 2, 78-82.

- Joosten, J., & Drop, M.J. (1987). De betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van drie versies van de VOEG. *Gezondheid & Samenleving*, 8, 251-265.
- Jöreskog, K.G. (1971). Statistical analysis of sets of congeneric tests. *Psychometrika*, 36, 109-133.
- Kim, E.S., & Yoon, M. (2011). Testing measurement invariance: a comparison of multiple-group categorical CFA and IRT. *Structural Equation Modeling*, 18, 212-228.
- Kotteman, J.M.A. (2013). *Vraag maar raak! Een onderzoek naar de implementatie van de OBVL als vervanger van de NOSI binnen de ambulante zorg van Ambiq*. Masterscriptie, Sectie Orthopedagogiek: Gezin en Gedrag, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Lange, A., & Schaap, C. (1991). Gezinstherapie. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, P.M.G. Emmelkamp (Red.), *Handboek psychopathologie. Deel 2* (pp. 128-164). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlook. *Annual Review Psychology*, 44, 1-21.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A.S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology. Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24, 345-361.
- Matthijssen, J.J.J.P., Koot, H.M., Verhulst, F.C., De Bruyn, E.E.J., & Oud, J.H.L. (1998). The relationship between mutual family relations and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 477-487.
- McDonald, R.P. (1978). Generalizability in factorable domains: "Domain validity and generalizability". *Educational and Psychological Measurement*, 38, 75-79.
- McDonald, R.P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Muthén, L.K., & Muthén, B.O. (1998-2007). *Mplus user's guide (Fifth ed.)*. Los Angeles, CA: Author.
- Ostberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 615-625.
- Pameijer, N., & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg. Een kader voor besluitvorming*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, J.B. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Pinderhughes, E.E., Dodge, K.A., Bates, J.E., Pettit, G.S., & Zelli, A. (2000). Discipline responses: Influences of parents' socioeconomic status, ethnicity, beliefs about parenting, stress and cognitive-emotional processes. *Journal of Family Psychology*, 14, 380-400.
- Poston, J.M., & Hanson, W.E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22, 3-12.
- Reid, J.B., Patterson, G.R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Revelle, W., & Zinbarg, R.E. (2009). Coefficients alpha, beta, omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74, 145-154.
- Rigter, J. (2010). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen. (5de druk)*. Bussum: Coutinho.

- Ronan, K.R., Canoy, D.F., & Burke, K.J. (2009). Child maltreatment: Prevalence, risk, solutions, obstacles. *Australian Psychologist*, 44, 195-213.
- Rutter, M. (2005). Environmental mediated risk for psychopathology. Research strategies and findings. *Journal of the American Academy for Child and Adolescence Psychiatry*, 44, 3-18.
- Sameroff, A.J., & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek & G. Siegel (Eds.). *Review of child development research (4)* (pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66, 507-514.
- Scholte, E. (1999). Aandachtsgebieden bij psychosociale basisdiagnostiek. In E.J. Knorth & M. Smit (Red.), *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening* (pp. 115-134). Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Schweizer, K. (2011). On the changing role of Cronbach's α in the evaluation of the quality of a measure. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 143-144.
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74, 107-120.
- Silver, E.J. Bauman, L.J., Weiss, E.S. (1999). Perceived role restriction and depressive symptoms in mothers of children with chronic health conditions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20, 362-369.
- Steenkamp, J.E.M., & Baumgartner, H. (1998). Assessing measurement invariance in cross-national consumer research. *The Journal of Consumer Research*, 25, 78-90.
- Stone, L.L., Otten, R., Ringlever, L., Hiemstra, M., Engels, R.C.M.E., Vermulst, A.A., & Janssens, J.M.A.M. (2013). The Parent Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Omega as an alternative to alpha and a test for measurement invariance. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 44-50.
- Tak, J.A., Bosch, J.D., Begeer, S., & Albrecht, G. (2014). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen en adolescenten (8e druk)*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Ten Brink, L.T., & Veerman, J.W. (1998). Risicofactoren en protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten. In J.D. Bosch, H.A. Bosma, R. J. van der Gaag, A.J.J.M. Ruijsenaars & A. Vyt (Red.), *Jaarboek Ontwikkelingspsychologie, Orthopedagogiek en Kinderpsychiatrie* (pp. 13-46). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Turney, K. (2011). Chronic and Proximate Depression Among Mothers: Implications for Child Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, 73, 149-163.
- Van Bakel, H.J.A., & Riksen-Walraven, J.M.A. (2002). Parenting and development of one-year-olds: Links with parental, contextual, and child characteristics. *Child Development*, 73, 265-273.
- Van Doesum, K.T.M., Riksen-Walraven, J.M.A., Hosman, C.M.H., & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 79, 547-561.
- Van Hees, S., Van der Vlist, P., & Mulder, N. (Red.). (2011). *Van weten naar meten. ROM in de GGZ*. Amsterdam: Boom.
- Van Leeuwen, K.G., Vermulst, A.A., Kroes, G., De Meyer, R.E., & Veerman, J.W. (in voorbereiding). *Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag (VSOG). Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- Van der Maas, J.J. (2011). *Diagnostiek van ouderfunctioneren. Een functioneel-contextueel perspectief*. Dissertatie Vrije Universiteit Amsterdam.

- Van Widenfelt, B.M., Goedhart, A.W., Treffers, P.D.A., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.
- Van Yperen, T.A., & Veerman, J.W. (Red.). (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D.S. (2008). Conceptualizing en re-evaluating resilience across levels of risk, time, and domains of competence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 30-58.
- Veerman, J.W. (1988). Bedreigende en beschermende factoren in de gezinsomgeving: gegevens uit onderzoek. In P.P. Goudena, H.J. Groenen-daal & F.A. Swets-Gronert (Red.), *Kind in geding: bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen* (pp. 101-118). Amersfoort/Leuven: Acco.
- Veerman, J.W. (2008a). Methoden voor het kwantificeren en toetsen van effecten. In T.A. van Yperen & J.W. Veerman (Red.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 307-329). Delft, Nederland: Eburon.
- Veerman, J.W. (2008b). Het mooie van meten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 1019-1024.
- Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp. Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25, 176-196.
- Veerman, J.W., Janssen, J., Kroes, G., De Meyer, R.E., Nguyen, L.M., & Vermulst, A.A. (2015). *Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO). Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- Veerman, J.W., Kroes, G., De Meyer, R.E., Nguyen, L.M., & Vermulst, A.A. (2014). Opvoedingsbelasting in kaart gebracht. Een kennismaking met de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL). *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 46, 51-55.
- Veerman, J.W., Kroes, G., De Meyer, R.E. & Vermulst, A.A. (in voorbereiding). *Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG). Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- Veerman, J.W., Roosma, D., & Ooms, H. (2008). De kroon op het werk: benutting gegevens op teamniveau. In T.A. van Yperen & J.W. Veerman (Red.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 331-347). Delft: Eburon.
- Verhulst, F., & Van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA. Vragenlijsten voor leeftijden 6 t/m 18 jaar*. Rotterdam: ASEBA Nederland.
- Wilson, S., & Durbin, C.E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 167-180.
- Vostanis, P., Graves, A., Meltzer, H., Goodman, R., Jenkins, R., & Brugha, T. (2006). Relationship between parental psychopathology, parenting strategies and child mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 509-514.
- Zekoski, E.M., O'Hara, M.W., & Wills, K.E. (1987). The effects of maternal mood on mother-infant interaction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 361-378.

Bijlage 1 Normtabellen OBVL

In de normtabellen worden de ruwe scores en T-scores van alle schalen van de OBVL per leeftijdsgroep weergegeven. Er zijn drie leeftijdsgroepen: van 0-3, 4-11 en 12-18 jaar.

Normtabel 1 T-scores per normgroep op de vijf schalen van de OBVL

Ruwe score	Problemen Opvoeder-kindrelatie			Problemen met opvoeden			Depressieve Stemmingen			Rolbeperking			Gezondheidsklachten			Ruwe score
	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar	
6	46	45	45							37	42	48				6
7	53	51	51	37	35	35	48	46	45	41	46	52				7
8	57	56	53	41	41	40	52	50	49	46	49	56	43	46	49	8
9	60	58	56	45	44	43	54	53	52	50	52	59	48	51	54	9
10	62	61	58	48	47	45	56	56	55	53	56	63	52	56	58	10
11	65	63	61	50	50	48	60	60	60	56	60	66	57	59	62	11
12	69	67	65	53	52	51	64	63	63	60	63	68	60	61	64	12
13	71	69	68	57	56	55	66	66	65	61	66	70	62	62	66	13
14	72	72	71	63	62	61	67	66	67	66	68	72	64	65	68	14
15	73	74	74	66	64	63	68	68	69	68	70	73	66	67	69	15
16	74	75	76	67	66	66	69	71	71	71	73	77	68	70	71	16
17	76	78	77	70	67	67	70	73	73	72	75	79	70	71	73	17
18	79	78	79	72	68	69	73	75	74	73	78	79	71	72	74	18
19	79	78	79	73	71	71	74	76	76	74	78	79	72	73	75	19
20	79	79	79	75	73	76	75	78	76	75	79	80	74	75	75	20
21	79	79	80	79	75	76	76	78	77	76	79	80	75	76	76	21
22	80	79	80	79	78	77	77	79	77	76	79	80	76	76	77	22
23	80	80	80	79	78	77	77	79	78	79	80	80	77	77	77	23
24	80	80	80	79	78	78	78	79	78	80	80	80	78	77	78	24
25				79	78	79	78	79	79				79	77	78	25
26				80	79	79	79	80	79				79	78	79	26
27				80	79	80	79	80	80				79	78	79	27
28				80	80	80	80	80	80				79	79	79	28
29													80	79	79	29
30													80	79	79	30
31													80	80	80	31
32													80	80	80	32

Normtabel 2 T-scores per normgroep op Totale Opvoedingsbelasting van de OBVL

Ruwe score	Normgroep			Ruwe score	Normgroep			Ruwe score	Normgroep		
	0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar		0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar		0-3 jaar	4-11 jaar	12-18 jaar
34	30	30	31	68	68	69	71	102	79	78	78
35	32	33	34	69	68	70	72	103	79	79	78
36	36	34	36	70	68	71	73	104	79	79	78
37	37	36	38	71	69	71	73	105	79	79	78
38	39	39	40	72	70	71	74	106	79	79	78
39	41	40	42	73	71	71	74	107	79	79	79
40	42	42	44	74	71	71	74	108	79	79	79
41	43	44	45	75	72	71	75	109	79	79	79
42	44	45	46	76	72	72	75	110	79	79	79
43	45	46	47	77	72	72	75	111	79	79	79
44	46	48	49	78	72	72	76	112	79	79	79
45	47	49	50	79	74	72	77	113	79	79	79
46	48	50	51	80	75	72	77	114	79	79	79
47	50	51	52	81	75	72	77	115	79	79	79
48	52	53	53	82	75	73	77	116	80	79	79
49	52	53	54	83	76	73	77	117	80	79	79
50	53	54	55	84	76	74	77	118	80	79	79
51	54	55	56	85	76	75	77	119	80	79	79
52	55	56	57	86	76	76	77	120	80	79	79
53	56	58	58	87	77	76	77	121	80	79	79
54	57	59	59	88	78	77	78	122	80	79	79
55	59	60	60	89	79	78	78	123	80	79	79
56	59	61	61	90	79	78	78	124	80	80	79
57	60	61	63	91	79	78	78	125	80	80	79
58	61	62	64	92	79	78	78	126	80	80	79
59	62	63	65	93	79	78	78	127	80	80	79
60	63	64	66	94	79	78	78	128	80	80	80
61	63	64	66	95	79	78	78	129	80	80	80
62	64	65	67	96	79	78	78	130	80	80	80
63	65	66	67	97	79	78	78	131	80	80	80
64	66	66	68	98	79	78	78	132	80	80	80
65	66	67	68	99	79	78	78	133	80	80	80
66	67	68	69	100	79	78	78	134	80	80	80
67	67	68	69	101	79	78	78	135	80	80	80
								136	80	80	80

Normtabel 3 T-scores per normgroep voor de OBVL-K

Ruwe score	0-3 jaar (n = 484)	4-11 jaar (n = 364)	12-18 jaar (n = 580)
10	37	37	36
11	41	42	40
12	44	44	42
13	47	47	45
14	50	48	48
15	53	51	49
16	54	53	52
17	56	56	54
18	59	58	56
19	61	61	58
20	64	63	60
21	66	65	63
22	68	66	65
23	69	67	67
24	70	70	69
25	72	71	71
26	77	72	72
27	77	74	73
28	77	75	75
29	77	76	79
30	78	77	79
31	78	77	79
32	79	78	79
33	79	78	79
34	79	78	79
35	79	78	79
36	79	79	80
37	80	79	80
38	80	79	80
39	80	80	80
40	80	80	80

Noot.
Dit betreft de korte versie van de OBVL met 10 vragen (zie Hoofdstuk 7)

Bijlage 2 Analyse van de meetinvariantie

Bij het analyseren van de meetinvariantie is de vraag aan de orde of de inhoudelijke betekenis van de vijf schalen voor elk van de normgroepen dezelfde is. Het is niet de bedoeling dat de betekenis van bijvoorbeeld Rolbeperking voor de 0-3 jarigen anders is dan voor de 4-11 jarigen. De vraag is dus of de vijf schalen over de drie normgroepen meetinvariant zijn, is de begripsvaliditeit voor de drie groepen hetzelfde? Voor het toetsen van meetinvariantie sluiten we ons aan bij de methode zoals beschreven door Steenkamp & Baumgartner (1998). Zij onderscheiden een drietal vormen van meetinvariantie. Configurale invariantie heeft betrekking op de vraag of de factoren dezelfde set vragen bevatten over de drie groepen. Dit is de meeste basale vorm van invariantie en kan alleen ondersteund worden door een goede fit van het baseline model voor de drie groepen samen. De tweede vorm van meetinvariantie is metrische invariantie (soms ook wel zwakke meetinvariantie genoemd). Er wordt dan getoetst of de ladingen over de drie groepen hetzelfde zijn. In principe gebeurt dat door de ladingen over de drie groepen aan elkaar gelijk te stellen en de fit van dit model te vergelijken met de fit van het baseline model. Wordt de fit niet noemenswaardig slechter, dan is dit een ondersteuning voor metrische meetinvariantie. Een strengere vorm van meetinvariantie heeft betrekking op de intercepten van de vragen. Als we bedenken dat het factormodel een soort regressiemodel is waarbij de scores op de vragen worden geschat door de betreffende latente factor, dan bevat zo'n regressiemodel intercepten en regressiegewichten. De regressiegewichten zijn de ladingen die in de vorige stap al aan elkaar gelijk zijn gesteld. Nu worden daarbovenop de intercepten aan elkaar gelijk gesteld. Dat heet scalaire invariantie (soms ook sterke meetinvariantie genoemd). De fit van dit scalaire invariante model wordt vergeleken met de fit van het vorige (metrisch invariante) model met de verwachting dat de fit niet noemenswaardig slechter wordt.

Een schaal wordt als meetinvariant beschouwd als voldaan is aan de eis van configurale, metrische en scalaire invariantie. Voor het toetsen van meetinvariantie bij schalen waarvan de vragen ordinaal zijn is er een complicerende factor omdat de relatie tussen een item en de factor verloopt via de geconstrueerde onderliggende normale verdeling (gebaseerd op drempelwaarden). Gaat het bij CFA voor gewone continue gemeten vragen om het toetsen of factor ladingen en intercepts niet veranderen over groepen, bij CFA voor ordinale indicatoren is het van belang om te toetsen of factorladingen (metrische invariantie) en drempelwaarden (scalaire invariantie) meetinvariant zijn. Bij ordinale vragen kunnen beide vormen van invariantie alleen maar simultaan worden getoetst (Muthén & Muthén, 1998-2007, 399-400; Kim & Yoon, 2011).

Een ander probleem bij het toetsen van invariantie is vergelijkbaar met de chi-kwadraat toets voor structurele vergelijkingsmodellen, namelijk dat de toets afhankelijk is van de steekproefomvang en dat bij grotere steekproeven chi-kwa-

draat altijd significant is terwijl voor een goede modelfit dat juist niet moet zijn. Voor grotere steekproeven is de chi-kwadraat toets of de verschiltoets tussen twee geneste modellen geen praktische toets voor model fit. Beter is het dan om te kijken naar de toename van de fit indices CFI en RMSEA. Cheung en Rensvold (2002) vonden in hun simulatiestudies dat als de toename van CFI tussen twee opeenvolgende geneste modellen minder is dan .01, dat invariantie dan niet moet worden verworpen. Dat gold overigens niet voor RMSEA.

Een laatste probleem met betrekking tot het vergelijken van geneste modellen is de chi-kwadraat verschil toets. Voor scheve en ordinale variabelen wordt voor de modelfit een aangepaste chi-kwadraat waarde vastgesteld, de zogenaamde Satorra-Bentler chi-kwadraat (SB-chi-kwadraat; Satorra & Bentler, 2001). Deze chi-kwadraat heeft geen standaard chi-kwadraat kansverdeling. Als men de twee chi-kwadragen van geneste modellen gaat vergelijken, dan is het verschil weer een standaard chi-kwadraat. Het verschil tussen twee SB-chi-kwadragen is echter geen standaard chi-kwadraat. Daarvoor moeten de SB-chi-kwadragen eerst geherschaald worden naar standaard chi-kwadragen. In Mplus is een DIFF-test ingebouwd die deze herschaling tot stand brengt en daarna de verschiltoets uitvoert. Bovenstaande werkwijze is door een van de auteurs toegepast in het artikel van Stone et al. (2013).

Voor de drie normgroepen samen vonden we voor het baselinemodel de volgende fitgegevens: $\chi^2(1551) = 3049.21$, $p = .000$, RMSEA = .044 en CFI = .967. De fit van dit model is prima met RMSEA < .05 en CFI > .95. De configurale validiteit is daarmee ondersteund. Het model waarbij de factorladingen en de drempelwaarden aan elkaar gelijk zijn gesteld liet de volgende fit zien: $\chi^2(1813) = 3255.52$, $p = .000$, RMSEA = .040 en CFI = .968. De DIFF-test gaf het volgende resultaat: $\chi^2(262) = 493.30$, $p = .000$. Dit laatste zou betekenen dat er een significant verschil is tussen het baseline model en het gelijke-factorladingen-en-drempelwaarden model. Hierboven is aangegeven dat dergelijke verschiltoetsen inflatoir zijn bij grotere N . Op basis van het Cheung-Rensvold criterium blijkt dat er geen verschil is tussen beide modellen omdat de toename in CFI slechts .001 is, terwijl een verschil van meer dan .01 indicatief zou zijn voor een significant verschil. Dit betekent dat we mogen aannemen dat de OBVL voldoet aan de eis van metrische en scalaire invariantie en dat daarmee de begripsvaliditeit over de drie normgroepen niet verschillend is.

Voor de volledigheid is meetinvariantie ook nagegaan voor het geslacht van het kind. De Diff-test gaf aan dat er geen significant verschil was tussen het baselinemodel en het gelijke factorladingen-en-drempelwaarden model: $\chi^2(136) = 157.36$, $p = .102$.

Bijlage 3 Scoringsformulier OBVL

Problemen Opvoeder-kindrelatie		Problemen met opvoeden		Depressieve Stemmingen		Rolbeperking		Gezondheidsklachten		Totaalscore	
1	5-...=	2	5-...=	3	5-...=	4		27			Pokr
5	5-...=	6	5-...=	7	5-...=	8		28			Popv
9	5-...=	10	5-...=	11		12		29			Dep
13	5-...=	14	5-...=	15	5-...=	16		30			Rol
17	5-...=	18	5-...=	19		20		31			Gez
21	5-...=	22	5-...=	23		24		32			
		25	5-...=	26	5-...=			33			
								34			
Totaal		Totaal		Totaal		Totaal		Totaal		Som schalen	

Scores van de onderstreepte vragen dienen eerst te worden gespiegeld voordat ze kunnen worden opgeteld. Vul bij een eventueel ontbrekende score het afgeronde gemiddelde van de overige vragen van de schaal in. LET OP! Voor berekening schaalesscores mag maximaal één score per schaal ontbreken. Voor berekening totaalscore mogen maximaal vijf vragen ontbreken, waarbij per schaal minstens de helft van de vragen moet zijn ingevuld. De ontbrekende vragen krijgen dan het gemiddelde van de overige vragen van de betreffende schaal toegekend. Schaalesscores zijn dan niet meer betrouwbaar te interpreteren.

Bijlage 4 Scoringsprofiel OBVL

Opvoedingsbelastingvragenlijst - OBVL - Normgroep ____ jaar

Naam: _____ Geboortedatum: _____ Ingevuld door: _____ Meetmoment(en): _____
 Leeftijd: _____ Geslacht: _____ Naam invuller: _____

80						Ernstige problemen	80	Ernstige problemen
75						Milde problemen	75	Milde problemen
70						Geen noemenswaardige problemen	70	Geen noemenswaardige problemen
65							65	
60							60	
55							55	
50							50	
45							45	
40							40	
35							35	
30							30	
Problemen opvoeder-kind relatie								OBVL Totaal
Ruwe Score								
T Score								
Percentiel								
1. Gelukkig met kind* 5. Veelik bij kind* 9. Toevreden gevoel* 13. Prettig met kind* 17. Rustig bij kind* 21. Genet van kind*								
2. Kind luistert* 6. Kan kind kalmeren* 10. Controle over kind* 14. Geduldig met kind* 18. Omgaan met kind* 22. Goede opvoeder* 25. Kind corrigeren*								
3. Plezier in leven* 7. Gelukkig voelen* 11. Zke nit leven niet 15. Prettig voelen* 19. Vaak slechte bui 23. Hekel aan mezelf 26. Postlief toekomst*								
4. Niet aan zelf toe 8. Weinig toekomst 12. Vrienden bezoeken 16. Mindre contact 20. Weinig van huis 24. Weinig contacten 27. Drukkeend gevoel 28. Mee gevoel 29. Pijn in borsthart 30. Pijn in maagstreek 31. Slapelig of surffig 32. Benauwdheid borst 33. Maaq van streek 34. Mee bij optaan								

* De items die zijn omgescoord (1 → 4; 2 → 3; 3 → 2; 4 → 1) zijn aangegeven met een asterisk achter de omschrijving.

T-scores zijn gebaseerd op Nederlandse normen voor de algemene bevolking (Vermulst e. a., 2011).

De onderbroken lijnen in de grafiek geven het grensgebied tussen geen noemenswaardige problemen en ernstige problemen aan (zie Handleiding OBVL, 2012, www.praktikon.nl).

© 2011 Praktikon BV

Auteurs: A.A. Vermulst, G. Kroes, R.E. De Meyer, L. Nguyen & J.W. Veerman

Het voor andere doeleinden verspreiden, wijzigen en/of openbaar maken, in welke vorm of op welke wijze dan ook, is zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van Praktikon niet toegestaan.





www.praktikon.nl