

Invloed van Discontinuïteit op de Behandelduur en Effectiviteit van PMTO

F. H. Dudink

Vrije Universiteit Amsterdam

Juli 2015

Master Klinische Ontwikkelingspsychologie

Studentnummer: 2169932

Eerste begeleider/ beoordelaar: Mr. Dr. S. Begeer

Tweede beoordelaar: Mevr. Dr. J. Zevalkink

Externe begeleider: Mevr. Drs. G. Albrecht

Abstract

Discontinuity in treatment is a common problem in daily practice that possibly endangers effectiveness and efficiency. This study examines the influence of discontinuity on effectiveness and treatment duration of Parent Management Training Oregon (PMTO). Child, environmental and therapist predictors of treatment duration were also explored. Data-analysis covers the period of 2012 – 2014, involving 481 Dutch families and 49 PMTO therapists. Pre- and post PMTO measurements were collected using the Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL) and the Child Behavior Checklist (CBCL). Involved therapists gathered background and treatment information of the subjects. Repeated measures ANCOVA proved the difference between pre- and post measurements on the OBVL and CBCL was significant. However, there was no influence of either discontinuity or treatment duration. Regression analyses showed a positive effect of discontinuity on treatment duration. Finally, no predictors for discontinuity frequency have been found, except differences between institutions. Concluding, this study shows no evidence of the influence of discontinuity on PMTO effectiveness. However, discontinuity leads to a longer treatment duration. A longer treatment duration will not impact the effectiveness, but will lead to a more expensive intervention. Implications for further research entailed among others examining underlying motives for discontinuity and including drop-outs.

Samenvatting

Discontinuïteit in de behandeling is een veelvoorkomend probleem in de praktijk en vormt een bedreiging voor efficiëntie en kosteneffectiviteit. Deze studie onderzoekt de invloed van discontinuïteit op de effectiviteit en behandelduur van Parent Management Training Oregon (PMTO). Daarnaast werd de invloed van kind-, omgevings- en therapeutfactoren op de frequentie van onderbrekingen onderzocht. De data-analyse was uitgevoerd van 2012 tot 2014 op basis van 481 families en 49 therapeuten. Voor- en nameting van PMTO zijn gedaan op basis van de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL) en *Child Behavior Checklist* (CBCL). Achtergrond- en sessie-informatie werd bijgehouden door de betrokken therapeut. *Repeated measures* ANCOVA toonde een significant verschil tussen voor- en nameting op de OBVL en de CBCL, maar geen invloed van discontinuïteit of behandelduur op dit verschil. Regressie-analyse toonde wel een positief effect tussen discontinuïteit en behandelduur. Ten slotte was er geen sprake van invloed van kind-, omgeving- en therapeutfactoren op de mate van discontinuïteit, uitgezonderd verschillen tussen instellingen. Geconcludeerd werd dat discontinuïteit geen invloed had op de effectiviteit van PMTO, maar wel leidt tot een langere behandelduur. Een langere behandeling heeft geen consequentie voor het behandelresultaat, maar maakt de behandeling duurder. Implicaties voor vervolgonderzoek waren onder andere het onderzoeken van onderliggende motieven van onderbrekingen en het meenemen van drop-out participanten.

De invloed van discontinuïteit op behandelduur en effectiviteit van PMTO

Parent Management Training Oregon (PMTO) is een breed geïmplementeerde oudertraining met effectieve resultaten voor kinderen met externaliserende problematiek. Inzicht in de effectiviteit van behandelingen is noodzakelijk voor efficiënt en kosteneffectief werken. Door een grote hulpvraag en forse bezuiniging (De Koster, 2014) is het voor de jeugdzorg steeds belangrijker om efficiënt en kosteneffectief te werken en effectonderzoek lijkt hierdoor steeds hoger in het vaandel te staan (Veerman & Van Yperen, 2008). Effectonderzoek baseert zich echter op ideale onderzoeksettingen en gaat voorbij aan veelvoorkomende problemen in de praktijk, zoals discontinuïteit in de behandeling. Discontinuïteit, met name no-show, leidt tot tijdsverlies en onnodige kosten voor de instelling en heeft dus direct impact op efficiënt en kosteneffectief werken. Om een reëel beeld te krijgen van efficiëntie en kosteneffectiviteit in de praktijk is het fundamenteel om de invloed van discontinuïteit op de effectiviteit en behandelduur in kaart te brengen. In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre discontinuïteit in de behandeling leidt tot langere en minder effectieve behandelingen. Daarnaast is onderzocht of kind-omgeving- en therapeutfactoren invloed hebben op de frequentie van onderbrekingen in de behandeling.

PMTO is een intensieve oudertraining ontwikkeld voor ouders van kinderen van 4 t/m 12 jaar met ernstige externaliserende gedragsproblemen, al dan niet in combinatie met hyperactiviteit (ADHD) of internaliserend probleemgedrag (Albrecht, 2015; Zwikker & Everdingen, 2008). PMTO richt zich op het verminderen van interacties die gekenmerkt worden door escalatie en wederzijdse afdwinging en leert ouders meer en effectievere opvoedstrategieën toe te passen. Dit zorgt ervoor dat ouders zich competent gaan voelen als opvoeder en de opvoedingsbelasting vermindert (Albrecht, 2015). Voor meer informatie over de theoretische achtergrond van PMTO zie Van Leeuwen en Albrecht (2008). Door middel van onder andere rollenspellen wordt binnen PMTO een vijftal opvoedingsvaardigheden

getraind: stimuleren door aanmoediging, grenzen stellen, zicht en toezicht, met elkaar problemen oplossen en positieve betrokkenheid. Het trainen van de opvoedingsvaardigheden vergt tijd en energie, waardoor naast de wekelijkse sessies van 60 minuten ook tussendoor contact plaatsvindt door middel van een kort telefoongesprek (15 minuten) of emailcontact (Zwikker & Everdingen, 2008). Ouders krijgen bovendien huiswerk mee om de aangeleerde opvoedvaardigheden thuis toe te passen en te oefenen. Met gemiddeld 15 tot 25 sessies, afhankelijk van de mate waarin ouders de effectieve opvoedingsstrategieën thuis inzetten, is PMTO een lange behandeling te noemen. De duur en intensiteit van PMTO maken het wenselijk regelmatig contact en continuïteit in de behandeling te hebben en dit zijn volgens de PMTO-therapeuten dan ook de belangrijkste factoren voor een succesvolle behandeling (Lubberts, 2013).

Behandeling van externaliserende problemen bij kinderen door middel van oudertrainingen is effectief gebleken (Barlow & Stewart-Brown, 2000; Reed et al., 2013). PMTO, ontwikkeld in de Verenigde Staten en vanaf 2006 geïmplementeerd in Nederland, is hiervan één van de meest onderzochte. Een Amerikaans Randomized Control Study (RCT) toonde aan dat PMTO effectief is in het verminderen van externaliserend gedrag (Forgatch, Bullock, Patterson & Steiner, 2004; Martinez Jr. & Forgatch, 2001) en onderzoek met follow-up metingen tot drie jaar na eindmeting aan dat PMTO ook op lange termijn effectieve uitkomsten genereert met betrekking tot gehoorzaamheid, probleemoplossende interacties en opvoedstrategieën (Martinez Jr. & Forgatch, 2001; Forgatch et al., 2004). Positieve resultaten van effectonderzoek in Noorwegen en IJsland gaven bovendien aan dat PMTO succesvol kan worden geïmplementeerd in verschillende landen en culturen (Ogden & Hagen, 2008; Sigmarisdottir, Degarmo, Forgatch & Gudmundsdottir, 2013). In Nederland is, in afwachting van Nederlands effectonderzoek, PMTO momenteel door het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) erkend als goed onderbouwde interventie (Zwikker & Everdingen, 2008). Hoewel de

effectiviteit van PMTO dus dikwijls is aangetoond, blijft onduidelijk of veelvoorkomende problemen in de praktijk invloed hebben op deze effectiviteit.

Discontinuïteit wordt in de literatuur doorgaans aangehaald aan de hand van “no-show”. Specificatie van no-show varieert, maar in de praktijk en literatuur wordt doorgaans gesproken van no-show als de cliënt zonder afmelding niet komt opdagen. Naast het feit dat het niet komen opdagen op de afspraak de behandeling direct onderbreekt, is gebleken dat na één no-show de kans op herhaaldelijk missen van volgende sessies groot is (Chariatte, Berchtold, Akre, Michaud & Suris, 2008; Killaspy, Banerjee, King & Lloyd, 2000). No-showprevalentie in de medische hulpverlening loopt uiteen van 1% tot 24%, maar in de psychiatrie ligt de prevalentie al bijna twee keer zo hoog met 42% (Lacy, Paulman, Reuter & Lovejoy, 2004). Met betrekking tot geestelijke jeugdgezondheidszorg is no-showprevalentie nog beperkt in kaart gebracht, maar bij preventieve oudertrainingen wordt vermoed dat de prevalentie hoog ligt, aangezien gebleken is dat zelfs de meest bezochte bijeenkomst slechts 40% aanwezigheid haalde (Baker, Arnold & Meagher, 2011). Onderzoek naar de groep cliënten die no-show gaan, geeft aan dat cliënten sneller geneigd zijn afspraken niet na te komen naar mate de setting onpersoonlijker was (Lehmann et al., 2006). Andere redenen voor no-show bleken emotionele belasting, het ervaren van gebrek aan respect, het niet begrijpen van het planningsysteem en praktische zaken zoals geen vrij krijgen van werk of het niet kunnen regelen van een oppas (Lacy, Paulman, Reuter & Lovjoy, 2004; Peeters & Bayer, 1999; Van der Wouden, Rijnders & Trijsburg, 1994). Bovendien wijst onderzoek naar risicofactoren van no-show uit dat eenoudergezinnen, een lage sociaaleconomische status (SES), niet-westerse achtergrond en de mate van psychopathologie predictoren zijn voor no-show (Baker, Arnold & Meagher, 2011; Korrelboom, Huijsbrechts, Zirar & Hoffman, 2007).

Over de gevolgen van no-show is weinig bekend, maar verondersteld wordt dat no-show leidt tot minder effectieve behandelresultaten. Een onderzoek naar de effecten van no-

show lieten zien dat psychiatrische patiënten die hun follow-up sessie misten sociaal lager functioneerden, meer mentale problemen hadden en na 12 maanden meer kans liepen om opnieuw opgenomen te worden dan patiënten die wel kwamen opdagen (Killaspy, Banerjee, King & Lloyd, 2000). Bovendien is gebleken dat tot 50% van de patiënten in de geestelijke hulpverlening die een afspraak mist uiteindelijk voortijdig stopt met de behandeling (Mitchell & Selmes, 2007). Dit maakt dat no-show in de geestelijke gezondheidszorg een reëel gevaar vormt voor het mislukken van de behandeling en voortijdige afsluiting van de therapie (*drop-out*). Een belangrijk punt aangezien met betrekking tot cognitieve gedragstherapie gebleken is dat jeugdzorg kampt met een hoge prevalentie van drop-outs van 35% tot 55% procent (Bados, Balaguer & Saldaña, 2007). De gevolgen van discontinuïteit worden verder beschreven aan de hand van twee constructen: compliance en therapietrouw.

Ten eerste wordt discontinuïteit in de literatuur toegeschreven aan de mate van *compliance*, de navolging van de cliënt ten opzichte van de behandeling zoals het uitvoeren van het huiswerk. Therapietrouw is een tweede verklaring voor discontinuïteit en kan gezien worden als een overkoepelende benaming voor no-show, compliance en therapeutcompetentie ineen, waarbij therapeutcompetentie aangehaald wordt als de invloedrijkste factor met betrekking tot discontinuïteit (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen & Denekens, 2001). In eerste instantie bleek huiswerk-compliance een consistente predictor voor de effectiviteit van de behandeling (Kazantis, Deane & Ronan, 2004; Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas & Patterson, 2010; LeBeau, Davies, Culver & Craske, 2013), maar vervolgonderzoek toonde aan dat de kwaliteit van het huiswerk, beïnvloed door de therapeut, een betere voorspeller was voor behandelresultaat (Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Ten slotte kwam uit onderzoek naar voren dat de samenwerking van de therapeut en de cliënt met betrekking tot huiswerkevaluatie de relatie tussen huiswerk-compliance en behandelresultaat bovendien versterkte (Mausbach et al., 2010). Dit komt overeen met onderzoek waaruit bleek dat

competentie van therapeuten, met name behandelintegriteit met betrekking tot het nabespreken van huiswerk, lijkt te zijn geassocieerd met een verhoogde cliënt-compliance (Weck, Richtberg, Esch, Hofling & Stangier, 2013). Ook met betrekking tot PMTO is gebleken dat een hoge behandelintegriteit gemeten aan de hand van de Fidelity of Implementation Rating System (FIMP), het 10-punts kwaliteit meetinstrument van PMTO, gerelateerd was aan betere uitkomsten op kindniveau (Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2005). Deze resultaten geven aan dat therapeuten de mate van compliance kunnen vergroten, waarmee de kans op een effectieve behandeling toeneemt.

Efficiënt en kosteneffectief werken wordt mogelijk niet alleen beïnvloed door discontinuïteit, maar ook door behandelduur. Al eerder is gebleken dat behandelduur invloed heeft op effectiviteit van de behandeling. Onderzoek naar de relatie tussen de behandelduur en de effectiviteit staat in de literatuur bekend als '*dose-effect relationship*' (Reardon, Cukrowicz, Reeves & Joiner, 2002), maar onderzoeksresultaten zijn niet consistent. De meest invloedrijke studie was van Howard en collega's (1986), waarbij een duidelijke verbetering in het gedrag van de cliënt werd gevonden bij toename van het aantal sessies. Smith, Glass en Miller (1980) vonden in een meta-analyse echter slechts een kleine relatie tussen aantal gevolgde sessies en behandelresultaat. Twee andere meta-analyses, gericht op cognitieve gedragstherapie en een interventie voor depressie lieten bovendien helemaal geen verbetering zien (Robinson, Berman & Neimeyer, 1990; Miller & Berman, 1983). Barkham en collega's (2006) onderzochten dose-effect relatie en ontdekten dat behandelresultaat niet versterkt wordt door toename in het aantal sessies. In tegendeel, gebleken is dat er sprake zou zijn van een *reverse dose-effect*, waarbij gesteld werd dat effectiviteit van een behandeling juist afneemt naarmate het aantal sessies toeneemt (Andrade, Lambert & Bickman, 2000). Maar ook hierover spreken onderzoeksresultaten elkaar tegen. Reardon en collega's (2002) maakten onderscheid tussen behandelduur en het aantal bezochte sessies. Het bleek dat inderdaad een

reverse dose-effect trend werd gevonden, als behandelduur en het aantal bezochte sessies gezien werd als twee aparte voorspellers voor behandelresultaat. Echter zodra behandelduur en het aantal bezochte sessies werden samengenomen, bleek dat behandelduur enkel predicatief was voor behandelresultaat bij cliënten die minder sessies bijwoonden (minder dan 11 sessie) en niet bij degenen die meer sessies bijwoonden. (11 of meer sessies). De uiteenlopende onderzoeksresultaten lijken aan te geven, dat de relatie tussen behandelduur en sessie nog onduidelijk is.

Aangezien behandelduur, met of zonder impact op de effectiviteit, in ieder geval invloed heeft op de kosten efficiëntie van jeugdzorginstellingen, is het interessant om te onderzoeken welke factoren invloed hebben op behandelduur. Het Sociaal Economische Status (SES) niveau zou geen invloed uit te oefenen op de duur van de behandeling en ook leeftijd of geslacht van de patiënt was niet van invloed op de behandelduur (Bernaldo-de-Quirós Aragón et al., 2013). Volgens Ballesteros, Fernandez, & Javier Labrador (2013) hangt de duur van een behandeling ten eerste af van het aantal technieken dat wordt geïntroduceerd tijdens de behandeling en de mate van complexiteit van de problematiek (Ballesteros et al., 2013; Bernaldo-de-Quirós Aragón, Labrador Encinas, Estupiñá puig & Fernández-Arias, 2013). Ten tweede is een relatie tussen discontinuïteit en behandelduur ook aannemelijk, maar onderzoek naar deze relatie is tot nu toe uitgebleven. Het is mogelijk dat discontinuïteit, bijvoorbeeld door no-show, druk uitoefent op de behandelingsduur. Het inhalen van no-shows leidt tot het inplannen van extra sessies, waardoor de behandeling niet alleen duurder wordt, maar ook langer doorloopt. Hoewel dit geen direct effect heeft op het behandelresultaat, zijn de bijkomende kosten uiterst relevant voor de behandelpraktijk.

De hoofdvraag van dit onderzoek is welke invloed discontinuïteit heeft op de effectiviteit en de behandelduur van PMTO. De effectiviteit van PMTO werd in dit onderzoek gespecificeerd tot afname van externaliserend gedrag van het kind en opvoedingsbelasting

van ouders, gemeten aan de hand van zelfrapportage-vragenlijsten. Verwacht werd dat discontinuïteit een afname van behandel-effect en een toename van behandelduur voorspelt. Bovendien werd ook de relatie tussen behandelduur en effectiviteit onderzocht, waarbij werd verwacht dat toename in behandelduur ook leidt tot een afname in behandel-effect. Daarnaast gaf de literatuur aan dat therapeutcompetentie, invloed heeft op navolging van de behandeling. In dit onderzoek is de invloed van competentie op de mate van discontinuïteit onderzocht, waarbij competentie gespecificeerd is op basis van de mate van ervaring en behandelintegriteit. Ten slotte werd binnen dit onderzoek onderzocht wat de invloed is van kind- en omgevingsfactoren, te weten leeftijd, ernst van de problematiek en gezinssamenstelling op discontinuïteit. Verwacht werd dat deze factoren deels voorspellend waren voor de mate van discontinuïteit in de behandeling.

Methode

Participanten

De steekproef was tweeledig, met (pleeg)gezinnen en PMTO-therapeuten. Ten eerste namen 481 (pleeg)gezinnen die tussen 2012 en 2014 in Nederland een PMTO-behandeling hadden gevolgd, deel aan het onderzoek. Indicatie voor deelname aan PMTO was ernstig externaliserend gedrag bij ten minste één kind binnen het gezin (CBCL score op externaliserende problematiek en/of totale problematiek boven het 90^e percentiel), mogelijk in combinatie met hyperactiviteit (ADHD) of internaliserende problematiek (Albrecht, 2015). De aangemelde kinderen waren tussen de 2 en 16 jaar ($M = 7.33$, $SD = 2.71$). Gezinsgrootte liep uiteen van 1 tot 6 kinderen, maar in de meeste gezinnen was naast het aangemelde kind sprake van 1 broer of zus (45%). PMTO-behandeling vond plaats binnen de instelling waarin de PMTO-therapeut werkzaam was. In enkele gevallen werd PMTO-behandeling gegeven op

een andere locatie zoals op school of bij het gezin thuis. Frequenties van demografische gegevens van deze groep zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1.

Frequenties demografische gegevens PMTO (pleeg)gezinnen

	N	%
<i>Geslacht kind</i>		
Jongen	296	61.5
Meisje	185	38.5
<i>Opleidingsniveau (pleeg)moeder</i>		
Laag	107	35.5
Midden	186	61.8
Hoog	8	2.7
<i>Opleidingsniveau (pleeg)vader</i>		
Laag	90	40.5
Midden	122	55.0
Hoog	10	4.5
<i>Gezinssamentelling</i>		
Biologisch tweeoudergezin	202	47.0
Biologisch eenoudergezin	112	10.0
Samengesteld gezin	73	26.0
Pleeggezin	43	17.0

Ten tweede namen 49 PMTO-therapeuten deel aan het onderzoek. Gemiddeld genomen hadden therapeuten 4 jaar PMTO-werkervaring ($SD = 1.71$, range: 0-8) en scoorde zij op de FIMP een 7.5 ($SD = .62$, range: 6.0-8.6) voor behandelintegriteit. De therapeuten waren werkzaam tussen 2012 en 2014 in verschillende instellingen ($N = 7$) verspreid over Nederland, voor frequenties per regio zie tabel 2. Voor de therapeuten gold dat allen een relevante HBO-opleiding of WO-opleiding hebben afgerond en vervolgens een 15-daagse PMTO-opleiding hebben gevolgd. Van de therapeuten waren 44 tussen 2006 en 2012

gecertificeerd als PMTO-behandelaar, 5 therapeuten waren ofwel in opleiding ofwel tijdens de opleiding gestopt. Zowel (pleeg)gezinnen als therapeuten hebben toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek.

Tabel 2.

Aantal PMTO-therapeuten per regio

	N	%
Friesland	14	57.0
Drenthe	9	29.5
Overijssel	7	5.2
Utrecht	6	5.0
Gelderland	4	2.7
Noord-Holland	2	0.4
Zuid-Holland	1	0.2

Procedure

Scores op de vragenlijsten waren voor dit onderzoek afkomstig uit het computerprogramma BergOp (Kroes & Van Moll, 2013). Bij aanvang van de behandeling vulden ouders twee zelfrapportage-vragenlijsten in. De *Child Behavior Checklist (CBCL)* werd ingevuld om het probleemgedrag en de vaardigheden van het kind in kaart te brengen en de *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL)* om zicht te krijgen op de ervaren opvoedingsbelasting van ouders. Bij afronding van de behandeling werden de vragenlijsten nogmaals afgenomen. Alle (pleeg)gezinnen die aan PMTO deelnamen waren doorverwezen door de huisarts, Bureau Jeugdzorg of een GGZ- en jeugdzorginstelling. Informatie over het behandelingsproces en achtergrondinformatie van het gezin werd door therapeuten bijgehouden en waren afkomstig uit de databank van PMTO Nederland. Data met betrekking tot de therapeut waren tevens afkomstig uit de PMTO Nederland databank. Elke

therapiesessie werd opgenomen en hier ge-upload. Het functioneren van de therapeuten werd tijdens de opleiding en daarna jaarlijks op basis van een opgenomen therapiesessie gescoord aan de hand van het beoordelingsinstrument de FIMP (zie meetinstrumenten).

Interventie

PMTO is een oudertraining gericht op het verminderen van ernstige gedragsproblemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar. Door middel van onder andere rollenspellen wordt (pleeg)ouders een vijftal opvoedingsvaardigheden aangeleerd: stimuleren door aanmoediging, grenzen stellen, zicht en toezicht, met elkaar problemen oplossen en positieve betrokkenheid. Elke sessie is opgebouwd uit vaste onderdelen. De sessie wordt geopend met het opschrijven en doornemen van de sessieagendapunten. Vervolgens vindt een evaluatie van de thuisopdracht plaats en wordt voortgebouwd op wat deze opdracht ouders heeft opgeleverd. Daarna wordt een nieuwe opvoedvaardigheid geïntroduceerd en geoefend. Ten slotte wordt de sessie afgesloten met een nieuwe thuisopdracht. Naast de vaste onderdelen kan de inhoud van de sessie beïnvloed worden door actuele problemen en situaties die ouders willen bespreken. Rollenspellen worden ingezet voor specifieke situaties die op het gezin van toepassing zijn. Te allen tijde wordt gefocust op het vergroten van de kracht van zowel ouders als kind. PMTO is een intensieve training die gemiddeld bestaat uit 15 - 25 wekelijkse sessies van 60 minuten. Tussendoor vindt wekelijks contact plaats in vorm van een 15 minuten telefoon of e-mail. Tijdens dit contact wordt geëvalueerd hoe het gaat met algemene zaken, met de huiswerkopdracht en wordt waar nodig bijgestuurd of aangemoedigd. Meer informatie over PMTO is te vinden in de database van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) (Zwikker & Everdingen, 2008).

Meetinstrumenten

Child Behavior Checklist (CBCL)

Externaliserend en internaliserende problematiek van het kind werd gemeten met de daarvoor ontwikkelde Child Behavior Checklist (CBCL) vragenlijst. Aan de hand van deze lijst scoorde ouders het probleemgedrag en vaardigheden van het kind op een driepuntschaal, waarbij 0 'helemaal niet', 1 'een beetje of soms' en 3 'duidelijk of vaak'. In dit onderzoek zijn beide versies van de CBCL gebruikt: de CBCL 1,5-5 en de CBCL 6-18, afhankelijk van de leeftijd van het kind. De CBCL 1,5-5 bevat 99 items onderverdeeld in 3 schalen:

Internaliserende problematiek (emotioneel reageren, lichamelijke klachten, teruggetrokkenheid en slaapproblemen), Externaliserende problematiek (aandachtsproblemen en agressief gedrag) en Totale problematiek (zowel internaliserende als externaliserende problematiek). In de CBCL 6-18 wordt onderscheid gemaakt in vaardigheden (20 items), emotionele en gedragsproblemen (118 items) en andere problemen (2 items, open). De kwaliteit van de CBCL 1,5-5 en de CBCL 6-18 is niet beoordeeld (Egberink, Janssen & Vermeulen, 2009-2014), maar op basis van onderzoek naar de CBCL 4-18, kan gesteld worden dat de CBCL een valide meetinstrument is voor externaliserende en internaliserende problematiek (Verhulst, Koot, Akkerhuis & Veerman, 1990).

Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL)

De opvoedingsbelasting van ouders werd gemeten aan de hand van de OBVL. De OBVL is een gestructureerde aanvullende vragenlijst en wordt door ouders ingevuld over één kind op basis van een 4-punts Likertschaal, waarbij score 1 'geldt niet', 2 'geldt een beetje', 3 'geldt behoorlijk' en 4 'geldt helemaal'. De totale vragenlijst beslaat 34 items, onderverdeeld in vijf schalen: Problemen opvoeder-kind relatie (6 items), Problemen met opvoeden (7 items), Depressieve stemmingen (7 items), Rolbeperking (6 items) en Gezondheidsklachten (8 items).

Uit onderzoek bleek begripsvaliditeit goed en de interne consistentie voldoende tot goed. De Cronbach's alpha varieerde voor de schalen tussen .74 en .87. Normtabellen zijn opgesteld aan de hand van drie normgroepen; 0 t/m 3 ($N = 484$), 4 t/m 11 ($N = 364$) en 12 t/m 18 ($N = 580$) (Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen & Veerman, 2012).

Fidelity of Implementation Rating System (FIMP)

FIMP is een beoordelingsinstrument waarmee therapeuten worden beoordeeld op therapietrouwe uitvoering van PMTO. Aan de hand van een opgenomen sessie, worden therapeuten beoordeeld op basis van vijf domeinen: PMTO kennis, structuur, trainersvaardigheden, procesvaardigheden en algemene kwaliteit. Binnen elk domein kan een score behaald worden van 0 tot 9, waarbij een score van 0 t/m 3 staat voor 'vergt nadere aandacht', een score 4 t/m 6 voor 'acceptabel' en een score van 7 t/m 9 staat voor 'goed werk' (Albrecht, 2009). Onderzoek laat zien dat observatie van de uitvoering van deze vijf domeinen sensitief is voor verandering tijdens de PMTO-behandeling en dat zowel opvoedingsvaardigheden als uitkomsten op kindniveau hiervan profiteren (DeGarmo et al., 2004; Martinez Jr. & Forgatch, 2001). Geconcludeerd wordt dat FIMP een valide instrument is voor het meten van behandelintegriteit binnen PMTO.

Uitkomstmaten

Discontinuïteit

Discontinuïteit was in het huidige onderzoek onderzocht aan de hand van de mate van onderbrekingen in de behandeling. Van een onderbreking werd gesproken als de periode tussen twee sessies langer dan 10 dagen was zonder face-to-face contact. Bij codering werd dus niet meegewogen of tussen de sessies door telefonisch of emailcontact wel/niet had plaatsgevonden. De periode tussen de sessies werd berekend aan de hand van de data waarop

de sessies hadden plaatsgevonden. In dit onderzoek was geen onderscheid gemaakt tussen redenen voor onderbreking, zoals afmelding zonder/met notificatie, ziekte of vakantie.

Therapeutcompetentie

Therapeutcompetentie was gedefinieerd aan de hand van twee variabelen; werkervaring en behandelintegriteit. Werkervaring is gedefinieerd op basis van het aantal jaar waarin de therapeut actief is als PMTO-behandelaar en werd berekend vanaf het jaar waarin de PMTO-opleiding werd gestart. Behandelintegriteit was gemeten aan de hand van de FIMP score op algehele kwaliteit.

Gezinssamenstelling

Gezinssamenstelling was onderverdeeld in 1 'biologisch twee-ouder gezin', 2 'pleeggezin', 3 'biologisch één-ouder gezin' en 4 'samengesteld gezin'.

Opleidingsniveau

Opleidingsniveau van ouders was ingedeeld in de categorieën hoog (universitaire opleiding), midden (Hoger Beroepsonderwijs (HBO) of Middelbaar Beroepsonderwijs (MBO) en laag (Voorgezet Onderwijs (VO) of geen afgeronde opleiding).

Statistische analyse

Alle data-analyses waren uitgevoerd met IBM SPSS (*Statistical Packages for the Social Sciences*) Statistics versie 22. Preliminare analyse was uitgevoerd voor exploratie van de dataset. *Repeated measures* ANCOVA was gebruikt voor het in kaart brengen van het behandel-effect en de invloed van discontinuïteit en behandelduur. Vervolgens was de relatie tussen discontinuïteit en behandelduur onderzocht door middel van lineaire regressie. De

invloed van instelling, therapeutcompetentie, opleidingsniveau ouders, leeftijd kind, sekse kind, gezinssamenstelling en gezinsgrootte op mate van discontinuïteit was ten slotte onderzocht door middel van ofwel regressie- ofwel covariantieanalyse, afhankelijk van de codering van de variabelen.

Resultaten

Preliminaire analyse

Preliminaire analyse is uitgevoerd en correlaties van variabelen zijn te zien in tabel 3. Ruwe scores op de CBCL en de OBCL waren getransformeerd naar t-scores. Naar aanleiding van preliminaire analyse is gebleken dat niet aan de assumptie van normaliteit kon worden voldaan. Alle verklarende variabelen lieten, ook na omscoring van z-scores en Log-transformatie, een scheve verdeling zien naar rechts. Aangezien scheve verdeling van de dataset kan leiden tot foutieve resultaten, is besloten aan de hand van de power van de steekproef te kiezen voor variantieanalyse, waarbij de assumptie van normaalverdeling minder strikt is. Wel moet genoteerd worden dat de resultaten met voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. Met missende data is omgegaan door middel van *exclude cases pairwise*, waarbij participanten enkel waren uitgesloten van de analyses als sprake was van missende data op de specifieke variabelen. Screening van de dataset leverde enkele extreme scores op. Scores werden extreem bevonden wanneer ze buiten de range van percentielscore tussen 25 en 75 vielen met G factor is 2.20 (Hoaglin & Iglewicz, 1987). Deze scores zijn verwijderd uit de dataset en niet meegenomen in de verdere analyse. Dit betrof enkele scores op de vragenlijsten ($N = 35$), respectievelijk OBVL ($N = 8$), CBCL externaliserend ($N = 13$) en CBCL totaal ($N = 13$) en behandelduur ($N = 1$).

Tabel 3.

Correlaties verklarende en afhankelijke variabelen

	1	2	3	4	5	6	7	8
OBVL								
1. Voormeting	1	-	-	-	-	-	-	-
2. Nameting	.47**	1	-	-	-	-	-	-
CBCL externaliserend								
3. Voormeting	.22**	.10	1	-	-	-	-	-
4. Nameting	.137	.38**	.52**	1	-	-	-	-
CBCL totaal								
5. Voormeting	.32**	.23*	.76**	.51**	1	-	-	-
6. Nameting	.158*	.42**	.39**	.89**	.53**	1	-	-
7. Discontinuïteit (in aantal onderbrekingen)	.09	.14*	.00	.00	-.04	-.01	1	-
8. Behandelduur (in aantal sessies)	.09	.17*	-.01	.02	-.07	-.03	-.71**	1

Noot. OBVL = opvoedingsbelasting vragenlijst; CBCL = child behavior checklist.

* $p < .05$ ** $p < .01$

Behandeleffect

In totaal waren van 192 gezinnen zowel begin als eindmeting beschikbaar op in ieder geval één meetinstrument. Beschrijvende statistiek per informant is te vinden in tabel 4.

Verschillen tussen begin- en eindmeting waren significant op basis van de OBVL, $F(1, 175) = 347.01, p = .00$, de CBCL externaliserend, $F(1, 147) = 25.89, p = .00$, en de CBCL totaalscore, $F(1, 148) = 23.74, p = .00$. Post-hocanalyse was uitgevoerd aan de hand van drietal paarsgewijze T-toetsen, zie tabel 5.

Tabel 4.

Beschrijvende statistiek per informant

	Biologisch gezin						Pleeggezin						Totaal		
	Moeder			Vader			Moeder			Vader			N	M	SD
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD			
OBVL 1.	250	90.8	14.0	139	79.6	22.7	31	86.3	15.7	27	78.5	24.6	292	87.0	16.5
OBVL 2.	168	70.8	29.2	102	63.3	30.9	13	74.9	26.4	11	75.5	24.2	192	69.0	16.5
CBCL Ext. 1.	218	91.0	12.0	107	87.2	14.2	31	83.1	25.6	26	85.5	18.6	262	89.2	27.9
CBCL Ext. 2.	146	73.2	25.3	80	64.4	27.4	15	80.8	15.5	8	90.5	8.8	168	71.6	13.3
CBCL Tot1.	214	89.7	13.4	111	81.0	19.6	31	84.1	22.1	26	85.7	21.0	262	86.7	25.3
CBCL Tot. 2.	146	68.2	27.1	80	58.2	29.5	15	83.1	15.6	8	92.3	8.8	168	67.2	16.0

Noot. OBVL = Opvoedbelasting Vragenlijst; CBCL Ext. = Child Behavior Checklist score externaliserende subschaal; CBCL Tot. = Child Behavior Checklist totaalscore; 1 = beginmeting; 2 = eindmeting.

Tabel 5.

Paired-sample T-toets van begin- en eindmeting PMTO op basis van CBCL en OBVL

Paar	Groep	M	SD	95% BI	t	df	Sign.	ES
1.	OBVL 1 OBVL 2	86.80 68.57	15.12 27.46	14.63 - 21.81	10.02	178	.00	.38
2.	CBCLext. 1 CBCLext. 2	88.88 71.80	12.86 24.71	13.7 - 20.49	9.91	149	.00	.40
3.	CBCLtotaal. 1 CBCL totaal. 2	86.98 67.01	15.45 27.19	15.25 - 22.69	10.08	150	.00	.41

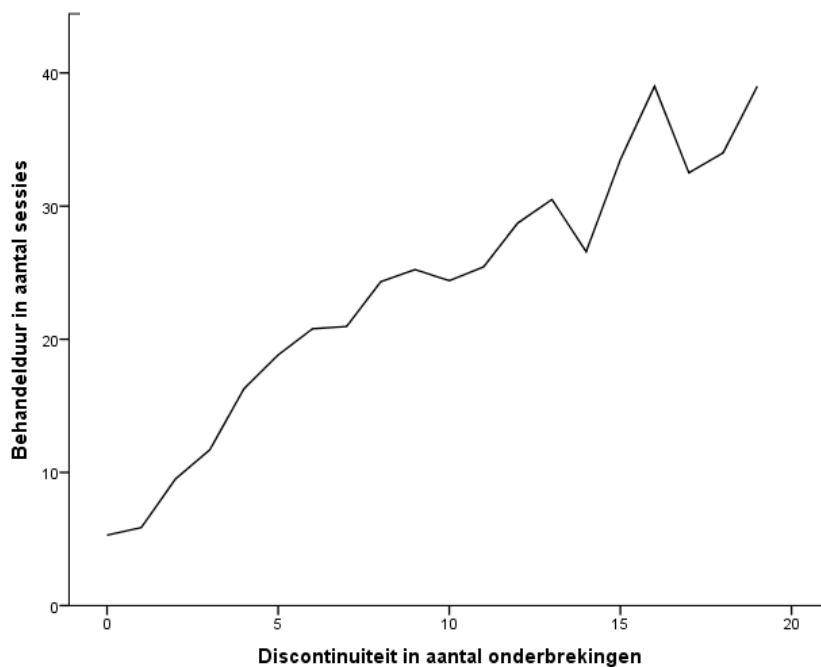
Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval; ES = effectmaat; OBVL = Opvoedbelasting Vragenlijst; CBCL Ext. = Child Behavior Checklist score externaliserende subschaal; CBCL Tot. = Child Behavior Checklist totaalscore; 1 = beginmeting; 2 = eindmeting.

Discontinuïteit

Het aantal onderbrekingen in de behandeling liep uiteen van 0 tot 19. Gemiddeld was er sprake van 6 onderbreking per behandeling. Slechts 3% van de behandeling was vrij van

onderbreking en in 5% van de behandelingen was sprake van meer dan 12 onderbrekingen. Uit de analyse van de t-scores van de OBVL en de CBCL-externaliserend en -totaalscore, is gebleken dat, tegen de verwachting in, discontinuïteit geen significante invloed heeft op de begin- en eindmeting. Hieruit kon geconcludeerd worden dat het aantal onderbrekingen in de behandeling geen significante invloed heeft op het effect van de behandeling.

Daarnaast bleek het aantal onderbrekingen in de behandeling een significant positief effect heeft op het aantal sessies, $B = 1.83$ $t(1) = 13.31$, $p = .00$. Een positief effect houdt hierbij in dat een hogere frequentie van onderbrekingen correspondeert met een hoger totaal aantal sessies. Gebleken is dat per onderbreking de behandeling toeneemt met 1.83 sessies. Een weergave van de resultaten is te zien in figuur 1.



Figuur 1. Positief verband tussen discontinuïteit (in aantal onderbrekingen) en behandelduur (in sessies).

Behandelduur

Van de 192 gezinnen die beschikten over een eindmeting liep de behandeling uiteen van 4 tot 41 sessies. Gemiddeld duurde de behandeling 20 sessies. In totaal bestond 25% - 75% van de behandelingen uit 15 tot 25 sessies. Tegen de verwachting in is verder uit de *repeated measure ANCOVA* geen aanwijzing gevonden dat behandelduur invloed heeft op de relatie tussen begin- en eindmeting gemeten aan de hand de OBVL, de CBCL externaliserend of de CBCL totaal. Geconcludeerd werd dat behandelduur geen invloed had op behandel-effectiviteit.

Voorspellers discontinuïteit

Uit de analyses is gebleken dat geen verschillen bestaan in de frequentie van onderbrekingen met betrekking tot geslacht of leeftijd kind, opleidingsniveau ouders, gezinssamenstelling, aantal broers/zussen en competentie therapeut (ervaring en/of behandelintegriteit). Uit de resultaten blijkt dat wel sprake is van een significant verschil in mate van discontinuïteit met betrekking tot de instellingen $t(6) = 2.30, p = .03$. Aangezien variantenverschillen tussen de groepen groot waren, dient dit resultaat wel met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Geconcludeerd kan worden dat op basis van deze resultaten wel sprake is van verschil in frequentie van discontinuïteit tussen instellingen, maar geen factoren bekend zijn die de mate van no-show voorspellen.

Discussie

In lijn met eerdere bevindingen blijkt PMTO ook in dit onderzoek effectief wat betreft het verminderen van externaliserend gedrag en opvoedingsbelasting. In dit onderzoek is verder gekeken naar de invloed van discontinuïteit in het behandeltraject op de duur en effectiviteit van de behandeling. Op de effectiviteit van de behandeling blijkt discontinuïteit,

maar daarnaast ook behandelduur, niet van invloed te zijn. Het aantal onderbrekingen is wel van invloed op de behandelduur, waarbij geldt dat hoe meer onderbrekingen in een behandeltraject, hoe meer sessies een behandeltraject duurt. Ten slotte zijn op basis van dit onderzoek tegen de verwachting in geen kind- (leeftijd en geslacht), omgevings- (opleidingsniveau van ouders, gezinssamenstelling en gezinsgrootte) of therapeutfactoren (ervaring en behandelingsintegriteit) gevonden die voorspellend zijn voor de mate van discontinuïteit.

In tegenstelling tot de verwachting is uit de analyse niet naar voren gekomen dat het aantal onderbrekingen in de behandeling, variërend van 0 tot 19, verband had met de afname in de klachten met betrekking tot externaliserend gedrag of opvoedingsbelasting. Op basis hiervan wordt geconcludeerd dat onderbreking van de behandeling geen gevaar met zich meebrengt voor de effectiviteit van de PMTO-behandeling.

Over de impact van discontinuïteit op zichzelf is in de literatuur weinig bekend is, maar wel is informatie bekend over de onderliggende factoren van discontinuïteit, zoals therapietrouw, compliance en no-show. De onderliggende factoren in aanmerking genomen lijkt de literatuur tegenstrijdig met de gevonden resultaten. In onderzoek van LeBau en collega's (2013) bleek compliance, in het bijzonder huiswerk-compliance, wel voorspellend voor het behandelresultaat. Het uitvoeren van het huiswerk zoals bedoeld, zorgt voor een continuïteit van de behandeling en maakt het gemakkelijker om nieuwe vaardigheden te generaliseren. Bovendien werd dit verband tussen huiswerk-compliance en behandelresultaat versterkt als sprake was van een hoge mate van therapietrouw. Dit houdt in dat het positieve effect van het doen van huiswerk ten opzichte van het behandelresultaat het grootst is als daarnaast ook sprake is van een goede relatie tussen de cliënt en de therapeut (Mausbach et al., 2010).

Een mogelijke verklaring voor de discrepanties tussen voorgaand onderzoek en de resultaten van dit onderzoek is dat discontinuïteit in dit onderzoek gespecificeerd werd als onderbreking van de continuïteit in het algemeen, terwijl voorgaand onderzoek uitgegaan was van specifieke onderliggende factoren van discontinuïteit zoals motivatie en therapeutrelatie. Dit zou een verklaring kunnen zijn omdat in het coderen van discontinuïteit geen rekening gehouden is met verschillende motieven om de behandeling te onderbreken, zoals vakantie, ziekte, no-show, compliance of therapeutrelatie. Dit leert ons dat, afgaande op voorgaand onderzoek, mogelijke voorspellers voor de effectiviteit van behandeling wellicht meer te maken hebben met onderliggende factoren zoals motivatie en therapeutalliantie en niet zozeer met onderbrekingen in de behandeling op zichzelf. Bovendien is in dit onderzoek niet gecontroleerd of ouders, ondanks het missen van een sessie, wel of niet hun huiswerk uitvoerden, waardoor niets gezegd kan worden over de motivatie of compliance van ouders. Regelmatige onderbrekingen in de behandeling hoeven dus op zichzelf geen probleem te zijn om goede effecten te behalen. Het zal afhangen van wat de reden is van de onderbrekingen welke impact dit heeft op de effectiviteit.

Zoals verwacht leidt toename in het aantal onderbrekingen in de behandeling tot een toename van de behandelduur, waarbij per onderbreking een toename van bijna twee sessies te zien was. Deze bevinding is op verschillende manieren te verklaren. Ten eerste is het mogelijk dat een langere tussenpoos tussen twee sessies ervoor zorgt dat het langer duurt om de besproken technieken van de voorgaande sessies tijdens de sessies te evalueren, simpelweg omdat het aanleren van die technieken langer geleden is en de therapeut meer tijd kwijt is aan het opfrissen van de vaardigheden. Bovendien bestaat ook de kans, aangezien ouders een langere periode hadden om huiswerk uit te voeren en nieuwe technieken te proberen, dat meer situaties zich hebben voorgedaan die relevant zijn voor de training en nabesproken dienen te worden. Beide redeneringen leiden ertoe dat het nabespreken van het huiswerk en de

voorgaande sessie, het eerste onderdeel van de sessie, meer tijd vergt en dus leidt tot uitloop van de sessie. Ten tweede is het mogelijk dat door de uitloop minder tijd besteed kan worden aan het aanleren van de nieuwe vaardigheden, waardoor ouders meer moeite hebben om zich die vaardigheden eigen te maken en deze te generaliseren naar de thuissituatie. Een gevolg hiervan kan zijn dat de therapeut in de volgende sessie meer tijd kwijt is aan het corrigeren en bijsturen. Zowel uitloop van het bespreken van het huiswerk, als minder tijd hebben voor het aanleren van nieuwe vaardigheden en technieken betekent dat de sessies minder efficiënt benut worden en de therapeut dus uiteindelijk meer sessies nodig heeft om hetzelfde effect te bereiken. Geconcludeerd kan worden op basis van dit onderzoek dat het aantal onderbrekingen in de behandeling, mogelijk door minder efficiënte sessies en/of minder goede voorbereiding van nieuwe vaardigheden, voorspellend zijn voor de behandelduur.

Uit de resultaten is verder gebleken dat de duur van de behandeling niet voorspellend was voor behandel-effect. Dit betekent dat er geen verband bestaat tussen het aantal sessies dat nodig is om de behandeling af te ronden en de uiteindelijke effectiviteit van de behandeling. Zoals vermeld in de inleiding, bestonden tegenstrijdige onderzoeksresultaten met betrekking tot *dose-effect*, zoals de relatie tussen behandelduur en behandel-effect in de literatuur genoemd wordt. In de literatuur waren zowel positieve, neutrale als negatieve (ofwel een *reverse dose-effect*) verbanden beschreven (Andrade, Lambert & Bickman, 2000). De verschillen tussen de onderzoeken geven mogelijk een verklaring voor de resultaten van het huidige onderzoek. Zo blijkt dat onderzoek waarbij een dose-effect gevonden werd, voornamelijk gericht was op de gezondheidszorg voor volwassenen, terwijl gebleken is dat resultaten van het onderzoek naar dose-effect gericht op kinderen en adolescenten veel meer neigen naar geen effect of een *reverse dose-effect* (Weisz et al., 1992; 1995). Deze informatie laat zien dat dose-effectrelaties mogelijk verschillen ten opzicht van verschillende doelgroepen.

Een andere verklaring waarom in het huidige onderzoek geen dose-effectrelatie gevonden is, ligt in het feit dat het dose-effect waarschijnlijk gecompliceerder is dan in dit geval onderzocht is. Reardon en collega's (2002) vonden in eerste instantie een relationele trend tussen toename van het aantal sessies en afname van behandelingseffect, maar merkten bij nader onderzoek op dat dit effect alleen gevonden werd bij kortdurende behandelingen (tot 11 sessies). PMTO is met gemiddeld 15 sessies geen kortdurende behandeling, waardoor mogelijk geen dose-effect relatie gevonden is. Daarnaast toonde ook het onderzoek van Freedman en collega's (1998) de complexiteit van dose-effect. Zij toonden aan dat er verschil bestaat tussen de invloed van frequentie en duur van de behandeling, als gekeken wordt naar invloeden op behandelingseffectiviteit. Uit de resultaten kwam naar voren dat frequentie van invloed was op de daadwerkelijke afname van de symptomen, terwijl behandelduur meer te maken had met de tevredenheid van cliënten over de behandeling en niet met afname van symptomen. Aangezien de uitkomstmaat van dit onderzoek de mate van afname externaliserende problematieksymptomen waren, lijkt het uitblijven van dose-effectrelatie in lijn met de uitkomsten van het onderzoek van Freedman en collega's (1998).

Het uitblijven van de verwachte resultaten van zowel discontinuïteit als behandelduur op effectiviteit kan ten slotte nog een andere reden hebben. PMTO is een geprotocolleerde *evidence-based* behandeling en effectiviteit is in eerste instantie gebaseerd op de inhoud van de behandeling en niet op de vorm (continuering of behandelduur). Dit is in lijn met onderzoek waaruit naar voren kwam dat het wel / niet behandelen van verschillende opvoedstrategieën door de therapeut significant invloed had op het behandelingseffect (Lubberts, 2013). Hoewel de invloed van specifieke opvoedvaardigheden sterk verschilde naar gelang de leeftijd van het kind en ernst van de problematiek, levert dit onderzoek evidentie dat behandelingseffect bij PMTO niet afhangt van lengte of continuïteit, maar mogelijk van het aantal en type ingezette technieken tijdens de behandeling. Bovendien wordt PMTO niet afgerond

na een vaststaand aantal sessies. De behandeling wordt in overleg afgerond, wanneer ouders en therapeut het gevoel hebben dat ouders de opvoedstrategieën en technieken onder de knie hebben. Dit betekent dat bij alle afgesloten behandelingen ouders min of meer eenzelfde positief verschil scoren op de vragenlijst tussen voor- en nameting, ondanks verschillen in continuïteit en het aantal sessies. Het feit dat alle ouders afronden wanneer ze zich competent genoeg voelen met betrekking tot het inzetten van opvoedvaardigheden, kan leiden tot lage spreiding in effectiviteit en verklaart mogelijk waarom het aantal sessies of discontinuïteit geen invloed hebben op het uiteindelijke verschil tussen voor en nameting.

Ten slotte kan gesteld worden dat geen bewijs gevonden is dat kind- (leeftijd en geslacht), omgeving- (opleidingsniveau van ouders, gezinssamenstelling en gezinsgrootte) of therapeutfactoren (ervaring en behandelingsintegriteit) verband houden met de mate van discontinuïteit in de behandeling. Wel is gevonden dat de frequentie van discontinuïteit verschilt per instelling, wat mogelijk betekent dat de verschillende instellingen andere (effectievere) technieken inzetten om discontinuïteit tegen te gaan. Het feit dat gezinssamenstelling niet voorspellend is voor het aantal onderbrekingen in de behandeling lijkt overeen te komen met andere onderzoeksresultaten. Hoewel Baker, Arnoldt en Meagher (2011) aantoonden dat eenoudergezinnen moeite hadden met logistiek, tijdstekort en het voldoen aan de eisen van de therapie, bleek uit ander onderzoek dat alle ouders moeite hebben met logistieke problemen, zoals afspraken niet kunnen combineren met werk (Ronald, 1990). In combinatie met het huidige onderzoek kan geconcludeerd worden dat alle gezinnen mogelijk de behandeling onderbreken door logistieke problemen en dit niet verschilt voor specifieke gezinssamenstellingen. Voorgaand onderzoek geeft echter wel aan dat andere kind-, omgeving- en therapeutfactoren de mate van onderbrekingen in de behandeling deels beïnvloeden (Fenger, Mortensen, Poulsen & Lau, 2010). Hierbij moet genoteerd worden dat voorgaand onderzoek voornamelijk gericht was op risicofactoren voor *no-show*, terwijl in het

huidige onderzoek gefocust werd op discontinuïteit in het algemeen. Zoals eerder beschreven verschillen deze uitgangspunten, wat een mogelijke reden is dat geen kind-, omgeving- of therapeutfactoren gevonden zijn als voorspellers van de mate van discontinuïteit.

Beperkingen van het huidige onderzoek waren in eerste instantie het gebruik van een ongelijk verdeelde steekproef. Ondanks dat hiermee rekening is gehouden in de keuze van de uitgevoerde analyses, dienen gevonden resultaten hierdoor met enige voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Een andere beperking van het onderzoek is eliminatie van onafgeronde behandelingen uit de dataset. Dit heeft deels geleid tot een minder rechtvaardige representatie van de doelgroep en daarnaast tot het ontbreken van interessante informatie over de relatie tussen discontinuïteit en drop-outs. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het bestuderen van verschillen tussen ouders die de behandeling afmaken en drop-outs met betrekking tot discontinuïteit. Discontinuïteit lijkt verder op basis van dit onderzoek op zichzelf minder informatie te geven over behandel-effectiviteit en vermoed wordt dat het gaat om de motieven die ten grondslag liggen aan onderbrekingen in de behandeling dan wel de gevolgen van de onderbrekingen, zoals of het ouders lukt om nog huiswerk te maken. Het systematisch registreren van onderliggende motieven van discontinuïteit lijkt dan ook een goede volgende stap om meer zicht te krijgen op de factoren die van invloed zijn op de effectiviteit van PMTO. Bovendien blijkt dat de frequentie van onderbrekingen verschillen per instelling en het in kaart brengen van de verschillende strategieën die door instellingen ingezet worden om onderbrekingen tegen te gaan, geeft mogelijk waardevolle informatie over het tegengaan van discontinuïteit.

Ondanks enkele beperkingen van het onderzoek en de verschillen tussen de resultaten ervan met de literatuur en de verwachtingen, is de uitkomst van dit onderzoek positief. Op basis van de resultaten kan gesteld worden dat PMTO effectief is ondanks veelvoorkomende praktijkfactoren zoals onderbrekingen in de behandeling. Bovendien hebben ook ouders die

mogelijk meer tijd nodig hebben om zich de opvoedvaardigheden eigen te maken uiteindelijk baat bij PMTO. Implicaties voor de praktijk op basis van dit onderzoek zijn dan ook met name gericht op de kosteneffectiviteit en niet zozeer op de kwaliteitsborging van de zorg. Op grond van het feit dat in 97 procent van de behandeltrajecten sprake was van één of meer onderbrekingen en de bezuinigingen die tot 2017 zullen plaatsvinden in de jeugdzorg in aanmerking nemende, wordt sterk aangeraden om onderbrekingen in de behandeling actief te verminderen om de kosteneffectiviteit te verhogen. Aan de hand van dit advies kan gesteld worden dat het huidige onderzoek een waardevolle aanvulling is voor de praktijk en aansluit bij het maatschappelijke belang om meer inzicht te hebben in effectiviteit en kostenefficiëntie binnen de jeugdzorg.

Literatuurlijst

- Albrecht, G. (2015) *Parent Management Training Oregon Model (PMTO)*. Databank Effectieve Interventies. Duivendrecht: PI Research.
- Albrecht, G. (2009). *PMTO zo uitvoeren dat het effectief is: één hulpmiddel voor opleiding, supervisie en kwaliteitsborging*. In Gerris, JRM & Engels, RCME (red.), *Professionele kwaliteit in Jeugdzorg en Jeugdonderzoek*. Assen, Van Gorcum.
- Andrade, A. R., Lambert, E. W., & Bickman, L. (2000). Dose effect in child psychotherapy: Outcomes associated with negligible treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 161-168.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592.
doi:10.1002/jclp.20368
- Baker, C. N., Arnold, D. H., & Meagher, S. (2011). Enrollment and Attendance in a Parent Training Prevention Program for Conduct Problems. *Prevention Science*, 12(2), 126-138. doi:10.1007/s11121-010-0187-0
- Ballesteros, F., Fernandez, P., & Javier Labrador, F. (2013). Factors that influence the prolongation of empirically supported psychological treatments. *Anales De Psicología*, 29(1), 94-102. doi:10.6018/analesps.29.1.139361
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 160-167. doi:10.1037/0022-006x.74.1.160
- Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(5), 356-370. doi:10.1097/00004703-200010000-00006

- Bernaldo-de-Quirós Aragón, M., Labrador Encinas, F. j., Estupiñá puig, F. j., & Fernández-Arias, I. (2013). La duración de los tratamientos psicológicos: diferencias entre casos de corta, media y larga duración. [Duration of Psychological Treatments: Differences among Cases of Short, Medium and Long Term]. *Universitas Psychologica*, *12*(1), 21-30.
- Chariatte, V., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P.-A., & Suris, J.-C. (2008). Missed Appointments in an Outpatient Clinic for Adolescents, an Approach to Predict the Risk of Missing. *Journal of Adolescent Health*, *43*(1), 38-45.
doi:10.1016/j.jadohealth.2007.12.017
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, *5*(2), 73-89. doi:10.1023/B:PREV.0000023078.30191.e0
- Egberink, I. J. L., Janssen, N. A. M., & Vermeulen, C. S. M. (2009-2014). *COTAN Documentatie* (www.cotandocumentatie.nl). Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Fenger, M., Mortensen, E. L., Poulsen, S., & Lau, M. (2011). No-shows, drop-outs and complementers in psychotherapeutic treatment: Demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(3), 183-91. doi: 10.3109/08039488.2010.515687
- Forgatch, M. S., Bullock, B. M., Patterson, G. R., & Steiner, H. (2004). From theory to practice: Increasing effective parenting through role-play. *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach*, 782-813.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the oregon model of parent

- management training. *Behavior Therapy*, 36(1), 3-13. doi:10.1016/s0005-7894(05)80049-8
- Freedman, N., Hoffenberg, J. D., Vorus, N., & Frosch, A. (1998). The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 741-772.
- Hoaglin, D. C., & Iglewicz, B. (1987). Fine-tuning some resistant rules for outlier labeling. *Journal of the American Statistical Association*, 82(400), 1147-1149. doi:10.2307/2289392
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2004). Assessing compliance with homework assignments: Review and recommendations for clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 60(6), 627-641.
- Killaspy, H., Banerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. *British Journal of Psychiatry*, 176, 160-165.
- Korrelboom, C. W., Huijbrechts, I. P. A. M., Zirar, D., & Hoffman, T. O. (2007). Wie zijn de no-shows en waarom blijven zij weg?. *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 49(9), 623-628.
- Koster, Y. de. (2014). Eerste kamer akkoord met jeugdwet. *Binnenlands Bestuur*, 2014. Geraadpleegd van <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/eerste-kamer-akkoord-met-jeugdwet.9204026.lynkx>
- Kroes, G., & van Moll, G. C. M. (2013). *BergOp: een database voor de opslag van behandelingsevaluatie-en-registratiegegevens: computer software en handleiding*. Geraadpleegd van <http://hdl.handle.net/2066/63028>

- Lacy, N. L., Paulman, A., Reuter, M. D., & Lovejoy, B. (2004). Why We Don't Come: Patient Perceptions on No-Shows. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 541-545.
doi:10.1370/afm.123
- LeBeau, R. T., Davies, C. D., Culver, N. C., & Craske, M. G. (2013). Homework Compliance Counts in Cognitive-Behavioral Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 171-179. doi:10.1080/16506073.2013.763286
- Leeuwen, E. van, Albrecht, G. (2008). *Parent Management Training Oregon*. Amsterdam Zuid-Oost: PI Research.
- Lehmann, T. N. O., Aebi, A., Balandrauz Olivet, M., & Stalder, H. (2007). Missed appointments at a Swiss university outpatient clinic. *Public Health*, 121, 790 - 799.
- Lubberts, E. (2013). *Voor wie werk PMTO (niet)?*. (Unpublished master's thesis). Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Martinez Jr, C. R., & Forgatch, M. S. (2001). Preventing problems with boys' noncompliance: effects of a parent training intervention for divorcing mothers. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 416.
- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V., & Patterson, T. L. (2010). The Relationship Between Homework Compliance and Therapy Outcomes: An Updated Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 429-438.
doi:10.1007/s10608-010-9297-z
- Miller, R. C., Berman, J. S. (1983). The efficacy o cognitive behavior therapies: a quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, 39-53.
- Mitchell, A. J., & Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 423-434. doi: 10.1192/apt.bp.106.003202

- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(4), 607-621. doi:10.1037/0022-006x.76.4.607
- Peeters, F. P. M. L., & Bayer, H. (1999). 'No show' for initial screening at a community mental health centre. *Community Mental Health Journal, 23*, 76 - 78.
- Reardon, M. L., Cukrowicz, K. C., Reeves, M. D., & Joiner, T. E. (2002). Duration and regularity of therapy attendance as predictors of treatment outcome in an adult outpatient population. *Psychotherapy Research, 12*(3), 273-285. doi:10.1093/ptr/12.3.273
- Reed, A., Snyder, J., Staats, S., Forgatch, M. S., DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., . . . Schmidt, N. (2013). Duration and Mutual Entrainment of Changes in Parenting Practices Engendered by Behavioral Parent Training Targeting Recently Separated Mothers. *Journal of Family Psychology, 27*(3), 343-354. doi:10.1037/a0032887
- Robinson, L., Berman, J., & Neimeyer, R. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin, 108*, 30-49.
- Ronald, K., Garber & Tornusciolo. (1990). Improving first appointment attendance rates in child psychiatry outpatient clinics. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*(4), 657-669.
- Schmidt, N. B., & Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cbt for panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 13-18.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Sigmarsdottir, M., Degarmo, D. S., Forgatch, M. S., & Gudmundsdottir, E. V. (2013). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*(6), 468-476. doi:10.1111/sjop.12078
- Veerman, J. W., & Yperen, T. A. van. (2008). *Meer zicht op effectiviteit van jeugdzorg. Eindverslag van het project 'Zicht op Effectiviteit*. NJI. Nijmegen.
- Verhulst, F. C., Koot, J. M., Akkerhuis, G. W., & Veerman, J. W. (1990). *Praktische Handleiding voor de CBCL (Child Behavior Cecklist)*. Assen: Van Gorcum.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 26*(5), 331-342. doi:10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
- Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL) Handleiding*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen/Praktikon.
- Weck, F., Richtberg, S., Esch, S., Hofling, V., & Stangier, U. (2013). The Relationship Between Therapist Competence and Homework Compliance in Maintenance Cognitive Therapy for Recurrent Depression: Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Behavior Therapy, 44*(1), 162-172.
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboraory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 688-701.
- Weisz, J. R., Weiss, B., & Donenberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: effects of child and adolescents psychotherapy. *American Psychologist, 47*, 1578-1585.
- Wouden, S. van der, Rijnders, P. B. M., & Trijsburg, R. W. (1994). No-show: een verkenning van het fenomeen van de niet verschijnende patiënt. *Gedrag & Gezondheid, 22*, 89-93.

Zwikker, M. & Everdingen, J. (2008). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Parent Management Training Oregon (PMTO)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.