
Bohn Stafleu van Loghum

Ingelogd

U bent succesvol ingelogd.

01-12-2017 | Uitgave 4/2017

Omgaan met ernstig probleemgedrag bij pleegkinderen: Effectiviteit van parent management training oregon voor pleegouders

Tijdschrift: Kind & Adolescent Praktijk > Uitgave 4/2017

Auteurs: Dr. A. M. Maaskant, Dr. F. B. Van Rooij, Drs. L. Jansen, prof. Dr. G. J. Overbeek, Em. prof. dr. J. M. A. Hermanns

In Nederland wonen ruim 22.500 kinderen in een pleeggezin (Pleegzorg Nederland, 2015). In ruim 60 procent van de plaatsingen kan het kind niet terug naar huis en is het de bedoeling dat het kind in het pleeggezin wordt opgevoed tot het volwassen is (pleegzorg als 'opvoedvariant'). Desalniettemin blijkt dat ruim een derde van de plaatsingen onbedoeld vroegtijdig wordt afgebroken (Van Rooij e.a., 2015). Een belangrijke voorspeller hierbij blijken gedragsproblemen van het pleegkind te zijn die leiden tot conflicten met de pleegouders. Meestal is daarbij sprake van een samenhang van genetische factoren, temperament en intelligentie van het kind. Het kind is vaak getraumatiseerd, vertoont hechtingsproblemen of kampt met loyaliteitsconflicten (Van den Bergh & Weterings, 2010).

Deze problemen zijn niet zomaar op te lossen. Pleegouders staan voor een intensieve taak en houden het niet altijd vol. De druk neemt vooral toe als er meer dingen tegelijk spelen die stress geven. Als een plaatsing uiteindelijk wordt afgebroken, heeft dat voor alle partijen vaak grote negatieve gevolgen. Het kind zelf ondervindt uiteraard de meeste schade. De kans wordt daardoor namelijk groter dat ook volgende plaatsingen mislukken en dat heeft een negatieve invloed op de ontwikkelingskansen van dat kind. Hoe meer plaatsingen pleegkinderen meemaken, hoe ernstiger de gevolgen voor hun ontwikkeling (meer emotionele- en gedragsproblemen, meer moeite in het aangaan van hechte relaties, meer problemen en uitval op school, meer aanrakingen met justitie et cetera.). Tot in de volwassenheid zijn deze negatieve effecten merkbaar. De vraag is dus: hoe kunnen we pleegouders effectief ondersteunen in het omgaan met ernstig probleemgedrag van hun pleegkind?

Afbreukrisico's

De afgelopen jaren heeft de Universiteit van Amsterdam samen met pleegzorgorganisaties De Rading, Juzt en Jeugdhulp Friesland onderzoek gedaan naar de mogelijke mechanismen die

voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen voorspellen en de vraag hoe we de risico's op deze afbreuk kunnen verkleinen.

In dit artikel bespreken en bediscussiëren we de resultaten van het onderzoek naar de effectiviteit van de opvoedinterventie *Parent Management Training Oregon* (PMTO) voor pleegouders met pleegkinderen met ernstige gedragsproblemen. Juist voor deze groep gaan we ervan uit dat het risico op afbreuk van de plaatsing verhoogd is. Aan de hand van een casus (gedeeltelijk gefingeerd) illustreren we hoe in de pleegzorg risico's als een complex spel van factoren op elkaar kunnen inwerken.



Box 1: De casus van Sven (1)

Sven is 9 jaar en woont sinds twee jaar bij zijn pleegouders Rob en Eva en hun dochter Maris van twaalf. Het toenmalige Bureau Jeugdzorg besloot dat Sven niet langer bij zijn moeder kon wonen. Er was al langere tijd sprake van fysieke en pedagogische verwaarlozing. Vader mishandelde zowel moeder als hun zoontje. Moeder zocht regelmatig tijdelijk onderdak bij haar moeder, maar ook bij verschillende kennissen, uit angst voor vader. Daar liet zij Sven dan achter als zij moest werken. Sven was in die tijd angstig en gilte veel.

Vader verliet het gezin toen Sven 4 jaar oud was. Vlak daarvoor waarschuwden de burens de politie. Er kwam een raadsonderzoek en er werd een gezinsvoogd aangesteld. Sven werd tijdelijk opgevangen door oma. Na een half jaar werd Sven teruggeplaatst naar moeder. Daar ging het na een korte opleving bergafwaarts. Moeder kon de verzorging en opvoeding van Sven niet aan. De jongen was enerzijds opstandig, anderzijds claimend en moeder trok steeds meer haar handen van hem af. De gezinsvoogd zette intensieve ambulante gezinsbehandeling in. Moeder deed haar best, maar zij had ook persoonlijke problematiek en de behandeling hielp slechts gedeeltelijk. Sven ging weer vaker naar oma, maar die kon zijn gedrag ook niet aan.

Zo werd besloten Sven uit huis te plaatsen. Hij kwam in een tijdelijk pleeggezin terecht. Sven raakte echter al vrij snel in conflict met de eigen kinderen in het gezin en de pleegouders konden niet langer voor Sven zorgen. Hij werd tijdens een crisis overgeplaatst naar een pleeggezin in afwachting van een residentiële groepsbehandeling. In dat pleeggezin bleek een onverwachte klik met pleegmoeder, die zelf opgegroeid was in een pleeggezin en de juiste snaar bij Sven wist te raken. Na een half jaar werd besloten Sven voor langere tijd in het pleeggezin te laten opgroeien, al bleef onduidelijk hoe lang precies.

Door middel van een *randomized controlled trial* (RCT) onderzochten we de effectiviteit van de intensieve en individuele PMTO-behandeling. We deden dat in de eerste plaats om opvoedstress van pleegouders te verminderen. Daarbij wilden we hun opvoedgedrag versterken en het probleemgedrag van hun pleegkind verminderen. Bovendien wilden we zo het aantal afgebroken plaatsingen verlagen.

PMTO is een intensieve ambulante behandeling (Forgatch, 1994) voor (pleeg)ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar (tegenwoordig ook wel tot 15 jaar), waarbij ouders opvoedvaardigheden krijgen aangeleerd om zo de gedragsproblemen van hun kinderen te verminderen. Om de effectiviteit te waarborgen, hanteert PMTO een uitgebreid kwaliteitssysteem, waaronder het gebruik van de *Fidelity of Implementation Rating Scale* (FIMP; Knutson e.a., 2003) die meet of een therapeut PMTO goed uitvoert.

PMTO is voor kinderen met ernstige gedragsproblemen een van de best onderzochte interventies. Zowel in de Verenigde Staten als in Noorwegen en IJsland is de behandeling effectief gebleken in vergelijking met controlegroepen. PMTO is gebaseerd op het *Social Interaction Learning model* van Gerald Patterson en gaat er vanuit dat het antwoord op de gedragsproblemen van een kind niet in het kind zelf ligt, maar in zijn sociale omgeving. Om een gedragsverandering te bereiken, moet een verandering plaatsvinden in de manier waarop de sociale omgeving op het kind reageert. De voornaamste taak van de PMTO-therapeut is om ouders te trainen – door middel van rollenspel en voordoen – in het gebruik van effectieve opvoedingsstrategieën. Denk aan aanmoediging geven, grenzen stellen, positieve betrokkenheid tonen, samen problemen oplossen en zicht en toezicht houden. De effectiviteit van PMTO voor pleegouders is in Nederland nooit eerder onderzocht.

Onderzoeksopzet

Het onderzoek vond plaats tussen 2011 en 2016 en richtte zich op de pleegouders van pleegkinderen (4 tot 12 jaar) die naar verwachting langdurig in hun pleeggezin zullen blijven (> 1 jaar). Alle PMTOtherapeuten die aan dit onderzoek meededen, waren gecertificeerd, of uitgenodigd voor certificering en daarmee in het eindstadium van het opleidingstraject. Alle therapeuten voerden al zelfstandig PMTO uit.

Door gebruik te maken van een screeningsprocedure met de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; $n = 606$), en het gestandaardiseerde telefonisch interview *Parent Daily Report* (PDR; $n = 225$), hebben we een steekproef geselecteerd van pleegouders ($n = 86$) die dagelijks ernstige gedragsproblemen ervaren bij hun pleegkind. Door middel van loting werden deze pleegouders toegewezen aan de interventiegroep die PMTO ontving of aan de controlegroep die *care as usual* (CAU-groep) ontving (tabel 1).

Tabel 1

Kenmerken van de onderzoeksgroep.

	PMTO ($n = 46$)		CAU ($n = 40$)	
	M $n(\%)$	SD	M $n(\%)$	SD
leeftijd pleegkinderen (jaren)	7,85	2,36	7,52	

	PMTO (n =46)		CAU (n =40)	
	M n(%)	SD	M n(%)	SD
				2,3 0
geslacht (jongens)	21 (46%)		20 (50%)	
culturele achtergrond (niet-Nederlands)	18 (39%)		8 (20%)	
leeftijd bij start plaatsing	3,46	3,12	3,60	2,8 3
duur huidige plaatsing	4,39	2,88	3,92	2,2 8
aantal eerdere plaatsingen (n)	0,96	0,79	1,05	1,1 3
leeftijd pleegouders (jaren)	46,55	6,91	48,82	7,7 9
ervaring pleegouders (jaren)	7,80	6,83	7,23	5,4 7
gezinstype (eenoudergezin)	0 (0)		7 (18%)*	
type plaatsing (bestandpleegzorg)	38 (83%)		34 (85%)	
andere kinderen in gezin (n)	1,67	1,84	1,33	1,4 9
opleidingsniveau pleegouders				
laag	2 (4%)		4 (10%)	
middel	7 (15%)		8 (20%)	
hoog	37 (80%)		28 (70%)	

* In de CAU-groep waren significant meer eenoudergezinnen ($p < 0,01$).

Care as usual/hield in ieder geval de afspraken met de pleegzorgbegeleider in, eens per drie tot zes weken. Indien gewenst of nodig, waren ouders in de CAUgroep vrij om meer intensieve of gespecialiseerde hulp in te zetten, zolang het maar geen PMTO was (zie Resultaten). Op deze

manier kunnen we uitspraken doen over de toegevoegde waarde van PMTO ten opzichte van het hulpaanbod zoals we dat al kennen in de pleegzorg. Met een gemiddelde van tien maanden na beginmeting, vulden 63 gezinnen de nameting in (30 PMTO, 33 CAU) en na nog eens vier maanden vulden ook 63 gezinnen (29 PMTO, 34 CAU) de follow-upmeting in (uitval 27 procent). Van alle gezinnen die de SDQ op de beginmeting invulden, bekeken we na gemiddeld 4,2 jaar ($SD = 1,1$ jaar) of het pleegkind nog in het gezin verbleef of dat de plaatsing was afgebroken.

Naast de inventarisatie van verschillende kind- en gezinskenmerken zijn de volgende gestandaardiseerde vragenlijsten gebruikt: de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index-Revised (NOSI-R) voor de opvoedstress van pleegouders, de *Parenting Behavior Questionnaire* (PBQ) voor het opvoedgedrag en de *Child Behavior Checklist* (CBCL) en de *Teacher Report Form* (TRF) voor de gedragsproblemen van het kind.

Om de effecten van PMTO ten opzichte van CAU te onderzoeken, gebruikten we het intention to treat (ITT)-principe. In dit ITT-design worden alle gezinnen die geïncludeerd zijn meegenomen, ook al vallen zij uit in de verdere studie. Voordeel van dit design is dat het een goede indruk geeft van de effectiviteit van een interventie in de 'echte praktijk' waarin ook altijd een deel van de cliënten de behandeling niet afmaakt. Een nadeel is dat het een stuk moeilijker is om de mogelijke doeltreffendheid van een interventie aan te tonen.

In dit artikel beperken we ons tot het bespreken van de belangrijkste resultaten; een volledig instrumenten en resultatenoverzicht met effectmaten kan worden opgevraagd via de eerste auteur.

Box 2: De casus van Sven (2)

Een jaar na Svens komst startte het gezin met PMTO. Hoewel de pleegouders goed contact met Sven hadden, wilden zij toch handvatten bij de aansturing van Sven. Hij vroeg zeer veel aandacht en kon zich uiterst afhankelijk opstellen in nieuwe situaties. Hij kon snel agressief en opstandig reageren, vooral na de bezoeken aan zijn moeder. Op school ging het op en af. Sven was slim en had een goede klik met zijn leerkracht, maar in mindere periodes verviel hij in stuurloos gedrag, liep van het schoolplein af en had een grote mond.

Door de PMTO-behandeling leerden de pleegouders in kleine stapjes hoe zij Sven positief konden benaderen en escalaties konden voorkomen. Duidelijke instructies geven waarbij zij op een kalme manier contact maakten met Sven had veel effect. Ook werd tegen de verwachting van pleegouders in duidelijk hoe belangrijk aanmoediging was voor Sven.

Hij kreeg meer zelfvertrouwen, eiste minder aandacht en ging minder de strijd aan. Daarnaast leerden pleegouders hoe belangrijk het is om zelf als opvoeder rustig te blijven.

Pleegmoeder merkte dat haar eigen verleden als pleegkind zowel een kracht als een valkuil was. Sven kon haar erg raken. In de behandelsessies oefende ze veelvuldig met het aannemen van een neutrale houding in gevoelige situaties. Ook kregen pleegouders handvatten om Sven te helpen wanneer hij in een boze bui terecht kwam. Bovendien bespraken pleegouders met de therapeut en de pleegzorgbegeleider hoe zij de bezoeken minder spanningsvol konden laten verlopen.

Tot slot besteedde de PMTO-therapeut veel aandacht aan de verwachtingen die pleegouders hadden van Sven en gaf zij uitleg over het verband tussen zijn gedragsproblematiek en trauma, hechtings-, en

loyaliteitsproblematiek. Aan het einde van de PMTO-behandeling (26 sessies) had Sven meer zelfvertrouwen, was hij minder claimend en liet hij zich beter aansturen. De pleegouders voelden zich voldoende toegerust om de stap met Sven weer zelfstandig te wagen.

Resultaten

Er waren bij de nulmeting geen verschillen tussen de PMTO- en CAU-groep op alle uitkomstmaten. Dit impliceert dat de PMTO- en de CAU-groep gezien kunnen worden als twee goed vergelijkbare groepen.

Gemiddeld kregen pleegouders 21,42 sessies PMTO (SD = 7,90). In 29 procent van de behandelingen deed alleen de pleegmoeder mee, in 71 procent beide pleegouders. In de PMTO-groep kregen 13 gezinnen (43 procent) naast PMTO nog een alternatief hulpaanbod voor pleegouders zelf (bijvoorbeeld maatschappelijk werk, psycholoog) en/of behandeling van het kind (zoals EMDR, speltherapie). In de CAU-groep kregen 21 gezinnen (63 procent) een alternatief hulpaanbod (voor pleegouders en/of het pleegkind). In vijf gezinnen was dit qua intensiteit met PMTO vergelijkbaar (Triple P, Parent Child Interaction Therapy, of Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding).

Vergeleken met CAU, waarbij de opvoedstress toenam, was die opvoedstress direct na afloop bij PMTO afgenomen. Voor opvoedgedrag zagen we dat PMTO pleegmoeders hielp om het tonen van warmte naar hun pleegkind vol te houden, terwijl het geven van warmte in de CAU afnam. PMTO had geen effect op andere soorten opvoedgedrag (bijvoorbeeld responsief zijn, straf geven). In beide onderzoeksgroepen rapporteerden pleegouders een significante afname van probleemgedrag van hun pleegkind. Dit wijst erop dat PMTO, vergeleken met CAU, geen toegevoegd effect heeft op het probleemgedrag van pleegkinderen, maar wel op de manier waarop pleegouders dat ervaren of daarmee omgaan. Tot slot vonden we dat de meerderheid van de pleegouders (78,6 procent) de PMTO-behandeling zelf effectief vond en beslist aan anderen zou aanraden (80 procent).

Uit de eerste follow-upmeting, vier maanden na de nameting, blijkt het kortetermijneffect van PMTO op de opvoedstress van pleegouders geen stand te houden. De afname van de gedragsproblemen was wel behouden gebleven, zowel in de PMTO-als in de CAU-groep, maar waren niet nog lager geworden.

Ook is nagegaan wat de effecten van PMTO waren op het percentage afgebroken plaatsingen. Na gemiddeld 4,2 jaar waren in de PMTO-groep 10 van de 46 pleegzorgplaatsingen (22 procent) afgebroken. In de CAU waren dat 5 van de 38 plaatsingen (13 procent). Dit verschil is niet significant en laat zien dat in ons onderzoek PMTO en reguliere hulp hetzelfde effect hadden op het percentage afbreuk. Van twee pleegkinderen uit de CAU-groep weten we niet of de plaatsing is afgebroken omdat het pleegzinn in verband met een verhuizing is overgegaan naar een andere organisatie. In de groep gezinnen die na de screening wel in aanmerking kwam voor deelname aan de RCT, maar dat niet wilden of konden (bijvoorbeeld omdat ze het te druk hadden, of al PMTO hadden gehad), werden 17 van de 44 plaatsingen (39 procent) afgebroken. Dit is significant meer vergeleken met de totale groep pleeggezinnen die wel hebben deelgenomen aan de RCT (n = 86, samen 18 procent afbreuk).





Onverwacht effect

PMTO is dus effectief in het verminderen van de opvoedstress van pleegouders meteen na de behandeling. Dit effect doofde echter na de behandeling weer uit. Het verwachte effect van PMTO, bovenop CAU, op het verbeteren van opvoedgedrag, bleef uit. Onverwacht verbeterden de gedragsproblemen van de pleegkinderen in beide groepen evenveel. Er was geen verschil in het percentage afgebroken plaatsingen tussen beide onderzoeksgroepen (18 procent), maar dit percentage lag wel lager dan voor de hoogrisicogezinnen die niet deelnamen aan het onderzoek (39 procent) en de gemiddelde cijfers uit andere onderzoeken (30 tot 50 procent). Het is dus mooi dat het risico op afgebroken plaatsingen in de gehele groep lijkt te zijn afgenomen. Lastig is alleen dat we niet precies weten waardoor dit komt. We bespreken drie belangrijke inzichten die de resultaten ons wél opleveren: 1) het effect van PMTO op opvoedstress, 2) het onverwachte effect in de CAU-groep en 3) de noodzaak om breder te kijken dan alleen naar gedragsproblemen.

Terwijl in beide groepen de gedragsproblemen afnamen, steeg de stress in de controlegroep en nam deze af in de PMTO-groep. Waar lag dat aan? PMTOtherapeuten zijn allereerst professionals die opgeleid zijn om een goede werkrelatie op te bouwen met (pleeg)ouders, weten hoe om te gaan met weerstand, en hoe hoop en vertrouwen te geven. Ze kunnen dus de werkzaamheid van de non-specifieke factoren van een interventie goed benutten. Daarnaast zijn de therapeuten uit ons onderzoek veelal opgeleid binnen de pleegzorg en hebben zij naast hun kennis over de pedagogische aanpak van gedragsproblemen, ook verstand van de specifieke achtergrond daarvan (denk aan hechtingsproblemen, traumatisering, moeizaam contact met biologische ouders et cetera). Zoals de casus Sven laat zien, is er vrijwel nooit 'alleen' sprake van moeilijk gedrag van het kind, maar gaat het meestal om een optelsom van factoren die stress geven. PMTO-therapeuten trainen de pleegouders hoe om te gaan met het lastige gedrag, maar besteden ook aandacht aan andere stressoren in het pleeggezin. Vermoedelijk voelen pleegouders zich gesteund, begrepen en daadwerkelijk geholpen door deze combinatie, waardoor hun gevoel van stress afneemt. Dat blijkt ook uit het feit dat in ons onderzoek tachtig procent van de pleegouders zelf tevreden was over het effect van hun PMTO-behandeling.

Dat het effect op hun stressniveau weer uitdoofde na beëindiging van de PMTO-behandeling, zien we vaker. Reviews van Barlow en collega's (2003; 2012) toonden aan dat oudertrainingen op korte termijn nuttig kunnen zijn om het psychosociaal welbevinden van de ouders te verbeteren, maar dat dit effect over het algemeen niet blijft bestaan op langere termijn. Hoe houden we dat effect op stress dus langer vast? Momenteel vindt bij pleegouders die PMTO hebben gevolgd een kwalitatieve vervolgstudie plaats om beter zicht te krijgen op eventuele veranderingen in het gevoel van stress na beëindiging van PMTO. Dit zal helpen om uit te zoeken hoe het behaalde effect voortaan beter bestendig kan worden. Verder onderzoek zal ook uitwijzen of de inzet van een aantal boostersessies na verloop van tijd of groepsbijeenkomsten voor PMTO-pleegouders, zinvol is.

‘Care as usual’ niet zo ‘usual’?

We hadden niet verwacht dat de gedragsproblemen en het aantal afgebroken plaatsingen ook in de controlegroep af zou nemen. Misschien was de *care as usual* toch niet zo *usual*. In onze CAU-groep kreeg twee derde van de gezinnen naast de reguliere pleegzorgbegeleiding nog een heel scala aan andere vormen van hulp (voor het pleegkind, de pleegouders of voor alle drie). Ook in de PMTO-groep zelf kreeg bijna de helft van de gezinnen nog een andere vorm van hulp. Omdat we een hoog-risicogroep geselecteerd hebben, is het ook logisch dat relatief veel hulp in deze groep is aangeboden. Dit is nu eenmaal de praktijk en laat zien dat we een realistische onderzoeksgroep hebben geselecteerd. In een relatief kleine onderzoeksgroep als de onze is het vervolgens niet meer mogelijk uit te maken welk effect nu nog door welke behandeling werd veroorzaakt en wordt het moeilijker de meerwaarde van PMTO aan te tonen. Immers, het is veel makkelijker om het effect van een behandeling aan te tonen ten opzichte van een groep die helemaal geen of minimale behandeling krijgt, dan ten opzichte van een groep die een andere (intensieve) behandeling krijgt (Weisz e.a., 2015). Een recent Vlaams pleegzorgonderzoek (Van Holen e.a., 2015) toonde aan dat deelname aan een controleconditie leidde tot een toename van pleegzorgbegeleiding en het zoeken van externe hulp. In ons onderzoek zou het ook kunnen dat door deelname aan het onderzoek, de uitleg over de noodzaak ervan en het invullen van de vragenlijsten, pleegouders anders naar hun pleegkind zijn gaan kijken en meer hulp zijn gaan zoeken. Dit kan vervolgens ook in de CAU-groep een positief effect gehad hebben op de gedragsproblemen van de pleegkinderen en de stabiliteit van de plaatsingen.

Box 3: De casus van Sven (slot)

Een aantal maanden na de behandeling bleek de stress bij Svens pleegouders weer te zijn toegenomen. Het onduidelijke toekomstperspectief van de jongen speelde opnieuw op nadat moeder de gezinsvoogd had verzocht tot een uitbreiding van de bezoeksregeling en een onderzoek naar mogelijkheid tot terugplaatsing van Sven bij haar. Dit voornemen had zij ook met haar zoon gedeeld, tegen uitdrukkelijk verzoek van de gezinsvoogd in. Sven reageerde met claimend gedrag naar de pleegouders en begon de strijd weer aan te gaan: een logische terugval. Hoewel de pleegouders het gedrag van Sven, dankzij de PMTO-technieken, makkelijker aankonden, bleek het toch lastig om voortdurend rustig te blijven. Daarnaast constateerden pleegouders dat Sven last had van herbelevingen van traumatische gebeurtenissen uit het verleden.

In een follow-upafspraak (‘boostersessie’) werd gekeken hoe de pleegouders van Sven de PMTO-technieken konden blijven vasthouden in periodes van terugval, zoals die er binnen pleegzorg altijd zijn. De PMTO-therapeut besloot hen een periode lang wekelijks te bellen om hen hierop specifiek te coachen. De pleegouders konden hierdoor hun rust, positiviteit en duidelijkheid weer vasthouden. Ook hielp dat zij een cursus ‘Omgaan met getraumatiseerde kinderen’ volgden.

Voor Sven werd schrijftherapie voor kinderen met traumatische ervaringen ingezet. De bezoeken met moeder werden niet opgevoerd en de gezinsvoogd ging gesprekken met haar aan over de acceptatie van de pleegzorgplaatsing.

Omdat gedragsproblemen zo’n belangrijke voorspeller zijn van afgebroken plaatsingen, hebben wij onze onderzoeksgroep geselecteerd op aanwezigheid van deze gedragsproblemen. We bleken echter ook enkele gezinnen te selecteren die inderdaad aangaven een ‘lastig’ kind te hebben, maar die daarmee wel raad wisten en weinig behoefte aan hulp hadden. Hebben deze gezinnen het mogelijke effect van PMTO gedrukt? We weten inmiddels dat het met name de optelsom van

verschillende risicofactoren is, ongeacht de specifieke inhoud ervan, die leidt tot een verhoogd afbreukrisico (Van Rooij e.a., 2015). Misschien heeft PMTO nu eenmaal geen extra waarde vergeleken met andere hulp, maar het zou ook kunnen dat de screening op enkel de aanwezigheid van gedragsproblemen te smal is geweest. Wil PMTO, ten opzichte van andere hulp, effectiever kunnen zijn, dan moet misschien sprake zijn van gedragsproblemen én opvoedproblemen én moeten ouders daar veel stress van hebben. Hulp moet zich dan niet alleen richten op het behandelen van gedragsproblemen, maar ook op de verschillende risicofactoren die spelen. Het systematisch screenen en monitoren van risicofactoren en daar vervolgens effectief op interveniëren, staat in de praktijk nog in de kinderschoenen.

Tikje gekunstelde onderneming

Met de inzet van alle betrokken partijen is het gelukt om deze RCT in de pleegzorg tot een goed einde te brengen. De wetenschappelijke waarde van een RCT is groot, omdat het een sterk onderzoeksdesign is om de effectiviteit van een interventie te toetsen. Het vergelijken van een interventie met het reguliere aanbod binnen een klinische onderzoeksgroep, zoals wij in ons onderzoek hebben gedaan, doet recht aan de echte praktijk. De resultaten dragen daardoor bij aan de kwaliteit en de professionalisering van de pleegzorg in Nederland.

Maar het onderzoek kent ook beperkingen. Het selecteren van een onderzoeksgroep door middel van randomisatie is in de praktijk een vrij gekunstelde onderneming die de externe validiteit onder druk zet. De gezinnen die wilden deelnemen aan de RCT verschilden misschien wel van de gezinnen die dat niet wilden. Er waren bijvoorbeeld gezinnen die wel veel gedragsproblemen ervoeren en in aanmerking kwamen voor deelname aan het onderzoek, maar het te druk hadden om mee te willen of kunnen doen. In deze groep blijkt de afbreuk achteraf hoger. Mogelijk hebben wij dus toch een te 'lichte' risicogroep geselecteerd in de RCT, of een zeer gemotiveerde groep ouders, en dat beperkt de generaliseerbaarheid van onze resultaten naar alle pleeggezinnen met gedragsmoeilijke pleegkinderen.

Daar komt bij dat wij geen zicht hebben op de hulp die pleeggezinnen hebben ontvangen in de periode tussen de follow-upmeting en de meting 4,2 jaar later, waarin we keken of de plaatsing was afgebroken of niet. Het kan zo zijn dat CAU-gezinnen in die periode PMTO hebben gehad. Of dat de PMTO-gezinnen daarna nog een ander hulpaanbod hebben gehad. Wat ook meespeelt, was dat niet alle PMTO-therapeuten volledig waren gecertificeerd. Een relatief jonge groep therapeuten kan effect hebben gehad op de resultaten. Tot slot hadden wij een vrij kleine onderzoeksgroep met relatief hoge uitval. Al was de power van onze studie voldoende, dit verhoogt de kans dat we een effect dat er in werkelijkheid wel is, ten onrechte niet hebben aangetoond.

'Wrap around care'

Terug naar de centrale vraag hoe we pleegouders zo ondersteunen dat de druk op de plaatsing afneemt. Welke inzichten levert ons onderzoek op? De problematiek van pleegkinderen is divers en meestal gecompliceerd en de behoefte van pleegouders aan ondersteuning is minstens zo uiteenlopend. Zolang we niet precies weten welke interventie voor welk probleem het meest effectief is, is het belangrijk dat pleegouders begeleid worden door iemand door wie ze zich daadwerkelijk gesteund voelen en die maatwerk kan leveren. Die, net zoals een PMTO-therapeut, zelf praktische hulp kan bieden, maar ook een werkrelatie kan opbouwen, kennis heeft van andere problemen die kunnen spelen en systematisch de risico's en stressoren monitort. Pleegouders kunnen zelf aangeven waarbij zij extra hulp willen en met de begeleider wordt gekozen welke behandeling dan het meest passend is. Hiermee

gaan we toe naar een vorm van *wrap around care* die voor complexe doelgroepen, waaronder ook de pleegzorg (Kinsley & Schlosser 2013) in toenemende mate effectief blijkt.

Andere artikelen Uitgave 4/2017



» [Naar de uitgave](#)

BookReview

Gezien en gelezen

Ten Geleide

De kracht van vaktherapie

Proefschrift

The development of children in foster care

Nader onderzoek gewenst?

De dwangstoornis: optellen en aftrekken in de dsm

OriginalPaper

Snel in actie komen bij een vermoeden van autisme: de beste aanpak om ass bij jonge kinderen vast te stellen

psychobelletrie

Diversiteit: het mozaïek ligt nog erg los

Version: 201712141053-80