



Evaluatie Kenniscentrum PMTO

Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van het
Kenniscentrum PMTO

Coleta van Dam
Harm Damen

Evaluatie Kenniscentrum PMTO

Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van het
Kenniscentrum PMTO

Praktikon BV
Postbus 6909
6503 GK Nijmegen

www.praktikon.nl tel. 024-3615480
praktikon@acsw.ru.nl fax. 024-3611152

© 2012 Praktikon

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.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Inleiding	7
	1.1 PMTO	7
	1.2 Implementatie PMTO in Nederland	9
	1.3 Kenniscentrum PMTO	10
	1.4 Onderzoeksvragen	11
Hoofdstuk 2	Onderzoeksopzet	12
	2.1 Onderzoeksproces	12
	2.2 Waarderingsonderzoek	12
	2.3 Onderzoek naar de ontwikkeling van cliënten	14
Hoofdstuk 3	Resultaten	19
	3.1 Implementatie en ontwikkeling PMTO	19
	3.2 Systeem van kwaliteitsbewaking	21
	3.3 Kwaliteitsbewaking in de praktijk	24
	3.4 Structurele financiering	30
	3.5 Gestelde doelen Kenniscentrum	31
Hoofdstuk 4	Samenvatting en conclusie	34
	4.1 Samenvatting van de onderzoeksresultaten	33
	4.2 Conclusie en aanbevelingen	37
	Referenties	40
	Bijlage 1	42
	Colofon	47

Hoofdstuk 1. Inleiding

In 2006 is met steun van het Ministerie van VWS de interventie Parent Management Training Oregon (PMTO) in Nederland geïntroduceerd. Om verdere implementatie en uitvoering van PMTO goed uit te kunnen voeren, is er in 2009 met subsidie van ZonMW door PI-Research een Kenniscentrum PMTO (in het vervolg Kenniscentrum) opgericht. Voornaamste taken van het Kenniscentrum zijn implementatie, opleiding en kwaliteitsborging van de interventie PMTO in Nederland. PI-Research heeft Praktikon gevraagd het functioneren van het Kenniscentrum te evalueren. Praktikon is een onafhankelijke organisatie voor onderzoek en ontwikkeling in de jeugdzorg en het speciaal onderwijs.

In dit rapport gaan we in op de achtergronden, opzet en resultaten van het evaluatieonderzoek naar het functioneren van het Kenniscentrum. Dit eerste hoofdstuk beschrijft de achtergrond en implementatie van de interventie PMTO, de positie en doelstellingen van het Kenniscentrum en de onderzoeksvragen die we stellen om het functioneren van het Kenniscentrum te evalueren. In hoofdstuk 2 wordt het onderzoeksproces en de gebruikte methoden om de onderzoeksvragen te beantwoorden, beschreven. In hoofdstuk 3 worden de resultaten weergegeven en in hoofdstuk 4 worden deze samengevat en bediscussieerd.

1.1 PMTO

1.1.1 Achtergrond PMTO

PMTO is een ambulante behandeling voor ouders van kinderen tussen de 4 en 12 jaar die ernstig externaliserend probleemgedrag (oppositieel opstandig en agressief gedrag) vertonen. Het is een vorm van mediatietherapie, waarbij ouders specifieke vaardigheden leren om beter met hun kinderen om te gaan. PMTO is in de Verenigde Staten ontwikkeld door het Oregon Social Learning Centre (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004). Het theoretisch model dat ten grondslag ligt aan PMTO is het Social Interactional Learning model van Patterson (1982, 2005). Dit model gaat ervan uit dat gedragsproblemen bij kinderen niet veroorzaakt worden door het kind zelf, maar door de interactie van het kind met zijn sociale omgeving en in het bijzonder met zijn ouders. Bij kinderen met gedragsproblemen zijn er vaak negatieve interactiepatronen tussen ouders en kind ontstaan. Patterson onderscheidt drie negatieve interactiepatronen. Een (1) *negatieve wisselwerking* waarbij ouders op hetzelfde niveau reageren als het kind, (2) *escalatie* waarbij discussie tussen ouder en kind eindigt in ruzie, en (3) *bekrachtiging van negatief gedrag*, waarbij het kind iets afdwingt door zich negatief te gedragen en ouders dat bekrachtigen door toe te geven. Door ouders opvoedingsstrategieën aan te leren, kunnen zij ervoor zorgen dat hun kind zich goed ontwikkelt en opgewassen is tegen stressoren uit de omgeving. In het Social Interactional Learning model fungeren ouders als buffer tegen de negatieve invloed van contextuele factoren. Als het ouders lukt om de opvoedingsstrategieën veelvuldig in te zetten kunnen zij de schadelijke effecten van bijvoorbeeld echtscheiding, lage SES en eigen problematiek, op het functioneren van het kind voorkomen (Van Leeuwen & Albrecht, 2008).

1.1.2 Doelgroep PMTO

PMTO is zoals gezegd bedoeld voor ouders van kinderen (4 tot 12 jaar) met ernstig externaliserend probleemgedrag. Het gaat dan om oppositioneel opstandig en agressief gedrag, al dan niet in combinatie met hyperactiviteit. Er kan ook sprake zijn van een combinatie met internaliserend probleemgedrag, spijbelgedrag en/of middelengebruik. Het probleemgedrag blijkt uit hoge scores op de Child Behavior Checklist of Teacher Report Form (CBCL, TRF, Achenbach & Rescorla, 2001). Vaak voldoet het kind ook aan de DSM-criteria voor een psychiatrische stoornis, dit is echter geen voorwaarde. Om deel te mogen nemen aan PMTO dient het kind gedeeltelijk thuis te wonen, waarbij minimaal één vaste verzorger aanwezig is. Contra-indicaties zijn: verslavingsproblematiek, psychotisch en/of ernstig depressief gedrag bij ouder(s) waardoor zij niet kunnen functioneren in hun ouderrol, ouder(s) die verwaarlozend zijn in de basale levensbehoeftes van het kind, actueel seksueel misbruik van het kind waarbij de dader in huis woont, een ernstige stoornis in het autistisch spectrum bij het kind of suïcidaal gedrag bij het kind (Van Leeuwen & Albrecht, 2008; Zwikker & van Everdingen, 2008).

1.1.3 Behandeling PMTO¹

PMTO is een individuele behandeling met wekelijkse sessies van een uur, waarbij de ouders naar de instelling komen. Daarnaast is er wekelijks telefonisch contact tussen ouders en PMTO-therapeut van rond een kwartier. Tijdens de behandeling leren ouders vijf opvoedingsstrategieën en vier ondersteunende strategieën (zie Tabel 1).

Tabel 1. De pijlers van PMTO: vijf opvoedstrategieën en vier ondersteunende strategieën

Opvoedstrategieën

1. het kind stimuleren door aanmoediging
2. effectief grenzen stellen
3. samen probleem oplossen
4. zicht en toezicht houden op het kind
5. positief betrokken zijn bij het kind

Ondersteunende strategieën

1. duidelijke instructies geven
 2. emotie-regulatie (rustig blijven in stressvolle situaties)
 3. bijhouden van gedrag (registreren en observeren)
 4. communicatie (gesprekstechnieken om communicatie met het kind positief te houden)
-

Het aanleren van opvoedings- en ondersteunende strategieën gaat voornamelijk door middel van rollenspelen en thuisopdrachten waarbij ouders thuis de nieuw aangeleerde strategieën oefenen en registratieopdrachten uitvoeren. De rationale achter deze werkwijze is dat ouders op deze wijze zelf ontdekken wat niet goed werkt en van daar uit bepalen wat effectiever is en zich dit eigen maken. In iedere PMTO-sessie stellen ouders met de therapeut een agenda van de bijeenkomst op. Daarin wordt in ieder geval aandacht besteed aan de evaluatie van de thuisopdracht, aan het oefenen van

¹ De beschrijving van de behandeling PMTO is gebaseerd op Zwikker en Van Everdingen (2008).

een strategie, en aan een nieuwe thuisopdracht. Actuele problemen of onderwerpen die ouders aandragen kunnen op de agenda worden gezet. Het oefenen van strategieën door middel van rollenspelen neemt een belangrijke plaats in gedurende de behandeling. Tijdens de PMTO-sessie worden meerdere versies van rollenspelen met ouders gespeeld en geëvalueerd. De therapeut stuurt dit proces door het stellen van specifieke, leidende vragen. Daardoor ontdekken ouders zelf wat de belangrijkste kenmerken zijn van een nieuwe opvoedingsstrategie en overtuigen zij zichzelf van de werking ervan. Vervolgens gaan ouders thuis oefenen met de opvoedingsstrategie in een specifieke situatie. De therapeut neemt gedurende de week telefonisch contact op met ouders en ondersteunt en motiveert hen bij het uitvoeren van de thuisopdracht.

De PMTO behandeling start vrijwel altijd met de ondersteunende strategie 'duidelijke instructies geven'. Dit is een strategie die ook van belang is bij de opvoedingsstrategieën 'het stimuleren van het kind door aanmoediging' en 'grenzen stellen'. Het aanleren van de opvoedingsstrategie 'stimuleren van het kind door aanmoediging', gaat ook altijd vooraf aan de opvoedingsstrategie 'effectief grenzen stellen'. Op deze manier leren ouders eerst het negatieve interactiepatroon van afdwingend gedrag te doorbreken en grenzen te stellen binnen de context van aanmoediging. De kans dat een kind positief reageert op grenzen stellen wordt daardoor vergroot. Ook in geval dat ouders voortijdig de behandeling afbreken, hebben zij niet alleen geleerd om hun kind effectief te straffen, maar ook om hun kind positief te benaderen. De verdere invulling van de behandeling is afhankelijk van de vooraf opgestelde doelen en actuele gebeurtenissen tijdens het traject.

De duur van de PMTO-behandeling hangt onder andere af van de opvoedingsvaardigheden die ouders bij aanvang hebben, de complexiteit van de problematiek van het kind, de aanwezigheid van overige gezinsproblemen, de motivatie van ouders en van de verhouding tussen draagkracht en draaglast bij ouders. Het aantal sessies varieert van 8 tot 30, met een gemiddelde van 21 sessies².

1.2 Implementatie PMTO in Nederland

In het kader van de Operatie Jong kreeg de Inventgroep in 2004 opdracht van het Ministerie van VWS om voorstellen te doen voor vroegtijdige signalering van gedrags- en opvoedingsproblemen bij kinderen en effectief gebleken interventies daartegen. In 2005 bracht de Inventgroep (Hermanns, Öry & Schrijvers, 2005) haar advies uit. Zij adviseerden om een aantal in het buitenland effectief gebleken interventies in Nederland te implementeren. Eén van deze voorgestelde interventies was PMTO. In de VS en in Noorwegen is de effectiviteit van PMTO veelvuldig aangetoond; gedragsproblemen van de kinderen zijn verminderd en opvoedingsstrategieën van ouders verbeterd (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Met steun van het Ministerie van VWS is PMTO vanaf 2006 in Nederland geïmplementeerd. Inmiddels wordt PMTO uitgevoerd binnen 13 instellingen³ in de jeugdzorg en Jeugd-GGZ en zijn 104 therapeuten in opleiding of reeds gecertificeerd⁴. Vanaf juni

² Gemiddeld aantal sessies van therapeuten na certificering. Gebaseerd op de opleidingsdatabase PMTO, periode 2006-2011.

³ Yorneo, Jeugdhulp Friesland, Lindenhout, Pactum Deventer, Pactum Harderwijk, Juzt, De Bascule, Dimence, De Rading Utrecht, De Rading Amersfoort, Cardea, FortaGroep, GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen.

⁴ Stand van zaken op 1-11-2011, Kenniscentrum PMTO.

2009 loopt er een Randomized Controlled Trial (RCT) waarmee de effectiviteit van PMTO in Nederland wordt onderzocht (zie Thijssen & De Ruiter, 2010).

De implementatie van PMTO in Nederland is onderzocht door TNO (Bekkema, Mikolajczak & Wiefferink, 2008). Uit dat onderzoek kwam naar voren dat de implementatie van PMTO in Nederland succesvol is verlopen, maar dat instellingen ondersteuning nodig hebben bij het implementeren van een behandelmodule die zoveel eisen stelt aan systematische gegevensverzameling en kwaliteitsborging. Directeuren van instellingen die PMTO uitvoeren hebben daarom in 2008 aan PI-Research gevraagd een Kenniscentrum PMTO op te richten.

1.3 Kenniscentrum PMTO

Het Kenniscentrum PMTO is in 2009 gestart met subsidie van ZonMW. Het belangrijkste doel van het Kenniscentrum PMTO is Nederlandse jeugdzorginstellingen ondersteuning bieden bij de invoering van PMTO. De kernactiviteiten van het Kenniscentrum PMTO zijn:

1. Implementatie van PMTO in nieuwe instellingen
2. Opzetten en onderhouden van een systeem van kwaliteitsbewaking om implementatie, uitvoering en uitkomsten te monitoren
3. Zorgdragen voor continuering van de kwaliteit van de uitvoering en uitkomsten in bestaande instellingen,
4. Verwezenlijken van structurele financiering voor de hiervoor genoemde punten.

Deze activiteiten moeten ertoe leiden dat PMTO in de toekomst in Nederland in reguliere instellingen voor jeugdzorg onder de juiste omstandigheden op de juiste manier wordt uitgevoerd en dat de juiste resultaten worden bereikt. Via het systeem van kwaliteitsbewaking wordt dit gecheckt en zo nodig bijgestuurd.

Bovenstaande kernactiviteiten van het Kenniscentrum zijn uitgewerkt in de volgende taken:

1. Scholing: opleiding, certificering en hercertificering⁵ van PMTO-therapeuten
2. Kwaliteitsborging: zorgen dat PMTO zo effectief mogelijk wordt uitgevoerd
3. Ontwikkeling: verdieping en verbreding van de PMTO-methodiek
4. Uitwisseling: communicatie over PMTO in Nederland en overleg met PMTO organisaties in het buitenland
5. Verspreiding: bevorderen van de toegankelijkheid van PMTO in Nederland
6. Lobby-en voor structurele financiering: PMTO bekostigen via de reguliere bekostigingsstructuren

In de subsidieaanvraag (ZonMW) voor het opzetten van het Kenniscentrum PMTO is een aantal doelstellingen geformuleerd die op 1 april 2012 (36 maanden na oprichting van het Kenniscentrum) behaald moeten zijn. Deze doelstellingen zijn:

1. Er zijn in Nederland tenminste 15 instellingen die voldoen aan de eisen zoals opgesteld in de Readiness Checklist en die PMTO (gaan) uitvoeren.

⁵ PMTO-therapeuten gebruiken in de praktijk de term licentieverlenging. Maar omdat het om een beoordeling gaat, wordt in dit rapport de term hercertificering gehanteerd.

2. PMTO is erkend als effectieve interventie door de Erkenningscommissie (niet-justitiële) Jeugdinterventies (Nji).
3. De PMTO opleiding is erkend door de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie.
4. Er zijn 130 PMTO therapeuten opgeleid waarvan 60 gecertificeerd.
5. Er is een systeem voor verzameling, beoordeling en uitwisseling van DVD's.
6. Er is een monitorsysteem gericht op continue evaluatie van proces en uitkomsten.
7. In samenwerking met ISII/OSLC is een onderzoek naar 'failure cases' uitgevoerd.
8. Er ligt een, door de uitvoerende instellingen gedragen, 10-jaren plan over de richting waarin PMTO zich gaat ontwikkelen.
9. Er zijn overlegstructuren binnen PMTO en uitwisseling met ontwikkelaars van andere oudertrainings en evidence-based programma's.
10. Er is een conferentie georganiseerd waarbij ook buitenlandse PMTO deelnemers worden uitgenodigd.
11. Het overleg dat al gestart is met Zorgverzekeraars Nederland, VWS en de provincies over structurele financiering wordt gecontinueerd.

1.4 Onderzoeksvragen

Conform de eis van ZonMW moet het functioneren van het Kenniscentrum worden onderzocht. PI-Research heeft Praktikon gevraagd dit evaluatieonderzoek uit te voeren. Het accent daarbij ligt op de vier kernactiviteiten van het Kenniscentrum (implementatie PMTO, opzetten en onderhouden kwaliteitssysteem, waarborgen kwaliteit en regelen structurele financiering).

Om het functioneren van het Kenniscentrum te evalueren zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld. Deze haken aan bij de eerder genoemde kernactiviteiten; het accent in dit onderzoek ligt op onderzoeksvraag 2, dit is de rode draad in het onderzoek.

1. Implementatie van PMTO in Nederland
 - 1a In hoeverre is de PMTO-methodiek in Nederland voldoende verspreid?
 - 1b Welke activiteiten zijn er door het Kenniscentrum uitgevoerd om de PMTO-methodiek verder te ontwikkelen?
2. Opzetten en onderhouden en waarborgen kwaliteitssysteem
 - 2a Waaruit bestaat het systeem voor kwaliteitsbewaking?
 - 2b Hoe werkt het kwaliteitssysteem in de praktijk en hoe wordt het gewaardeerd?
 - Ten aanzien van de opleiding en scholing van PMTO-therapeuten
 - Ten aanzien van de kwaliteitsborging na de opleiding
 - Ten aanzien van de kwaliteit van het primair proces.
3. In hoeverre is er een structurele financiering voor het Kenniscentrum PMTO verwezenlijkt?
4. In hoeverre zijn de elf doelstellingen van het Kenniscentrum gerealiseerd?

Hoofdstuk 2. Onderzoeksopzet

2.1 Onderzoeksproces

Het onderzoek naar het functioneren van het Kenniscentrum is gehouden van februari tot en met december 2011. Voor de duur van het onderzoek is een projectteam samengesteld bestaande uit twee onderzoekers van Praktikon, het hoofd van het Kenniscentrum PTMO en twee opleiders PMTO, beiden werkzaam bij een instelling in de jeugdzorg of jeugd-GGZ die PMTO uitvoert. Belangrijke functies van het projectteam waren het verhelderen van het kwaliteitssysteem, het bewaken van de rode draad van het onderzoeksproces en het duiden van de onderzoeksresultaten.

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen 1a, 1b, 3 en 4 (1a. In welke mate is PMTO voldoende verspreid in Nederland?; 1b. Welke activiteiten heeft het KC uitgevoerd om de PMTO-methodiek verder te ontwikkelen?; 3. In hoeverre is er een structurele financiering voor het KC PMTO verwezenlijkt?; 4. In hoeverre zijn de elf doelstellingen van het KC gerealiseerd?) is gebruik gemaakt van feitelijke informatie die vanuit het Kenniscentrum beschikbaar was. Dit betreft digitale, mondelinge en schriftelijke informatie.

Ter beantwoording van onderzoeksvraag 2a (Waaruit bestaat het systeem voor kwaliteitsbewaking?) zijn twee expertmeetings georganiseerd met de leden van het projectteam (respectievelijk op 22 februari en 22 maart 2011). In deze expertmeetings zijn interactieve methoden gebruikt om met de aanwezige gezamenlijke kennis van de deelnemers te komen tot een analyse van de structuur en inrichting van het kwaliteitssysteem. De resultaten van deze bijeenkomsten zijn verwerkt in een visueel model van het kwaliteitssysteem. In de resultatensectie wordt dit model verder toegelicht.

Feitelijke informatie rondom de opleiding en scholing van PMTO-therapeuten en kwaliteitsborging na de opleiding is verkregen middels relevante artikelen en factsheets van de website PMTO. Deze informatie is gecompleteerd middels mondelinge en schriftelijke informatie van twee leden van het projectteam (hoofd Kenniscentrum en opleider PMTO).

Ter beantwoording van onderzoeksvraag 2b (Hoe werkt het kwaliteitssysteem in de praktijk en hoe wordt het gewaardeerd?) is een waarderingsonderzoek gehouden en zijn beschikbare gegevens geanalyseerd over de kwaliteit van de uitvoering van de methodiek (FIMP-vaardigheden⁶). Ook is de ontwikkeling van cliënten in het primaire proces geanalyseerd. In onderstaande wordt op de opzet van dit deel van het onderzoek nader in gegaan.

2.2 Waarderingsonderzoek

2.2.1 Respondenten

In het waarderingsonderzoek is middels een enquête nagegaan hoe de verschillende onderdelen van het kwaliteitssysteem en de taken van het Kenniscentrum door relevante stakeholders wordt

⁶ Fidelity of Implementation Rating System, observatiesysteem dat bij PMTO gebruikt wordt om de kwaliteit van de uitvoering van de methodiek te beoordelen, zie ook paragraaf 2.3.2

gewaardeerd. De onderzoeksgroep bestond uit alle PMTO-therapeuten, supervisors en managers (inclusief directeuren) van de betreffende PMTO-locaties. Er zijn in totaal 105 vragenlijsten verstuurd; 23 naar managers, 18 naar supervisors en 64 naar PMTO-therapeuten. In totaal 92 vragenlijsten zijn ingevuld geretourneerd (89%); bij managers is de respons 78%, bij supervisors 94% en bij therapeuten 89%. Therapeuten zijn gemiddeld 2,7 jaar als PMTO therapeut werkzaam, supervisors gemiddeld 2,9 jaar als supervisor. Managers zijn gemiddeld 9,2 jaar als zodanig werkzaam.

2.2.2 Meetinstrument

In overleg met het projectteam zijn relevante concepten, onderwerpen en vragen voor het waarderingsonderzoek geselecteerd. Deze zijn door de onderzoekers verder geoperationaliseerd in open en gesloten vragen. De open vragen bestonden uit nadere toelichtingen op direct daaraan voorafgaande gesloten vragen. Vervolgens zijn er drie versies van de enquête ontwikkeld: één voor managers, één voor supervisors en één voor therapeuten. In Tabel 2 wordt per informanttype weergegeven hoeveel items de enquête bevatte en welke concepten zijn gemeten. In Bijlage 1 is ter illustratie de vragenlijst voor supervisors weergegeven.

Tabel 2. Concepten waarderingsonderzoek

	Managers	Supervisors	Therapeuten
<i>Aantal items</i>	23	34	20
Concepten waarderingsonderzoek			
Taken kenniscentrum	x	x	x
Website PMTO	x	x	x
Opleiding PMTO-therapeut		x	x
Waarborgen kwaliteit PMTO-therapeut			x
Implementatie PMTO	x	x	
Ondersteuning voor supervisors		x	
Ervaren problemen op gebied van doelgroep, interventie en resultaten	x	x	
Landelijke gegevensverzameling PMTO	x	x	

2.2.3 Procedure en respons

Respondenten werden via e-mail uitgenodigd om de enquête digitaal in te vullen. Daarvoor is gebruik gemaakt van het digitale Database systeem BergOp. Zij kregen drie weken de tijd om de vragenlijst in te vullen. In die drie weken hebben respondenten die de enquête nog niet hadden ingevuld, twee keer een herinneringsmail ontvangen, er is één keer een tussentijds responscijfer naar alle respondenten gestuurd en er is één keer een overzicht naar de supervisors van een betreffende PMTO-locatie gestuurd met daarin de namen van de personen die de vragenlijst nog niet hadden ingevuld. Als beloning voor het invullen van de vragenlijst werden twee taarten in het vooruitzicht gesteld: één voor het PMTO-team met de hoogste respons en één voor het gehele team met de hoogste respons (inclusief de managers). Uiteindelijk hebben 10 van de 12 PMTO-teams een 100% respons behaald; zij ontvingen allen een taart.

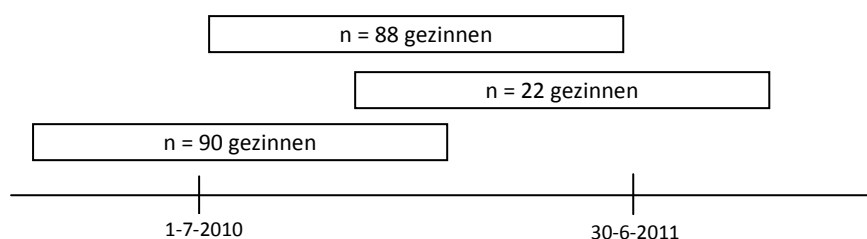
2.3 Onderzoek naar de ontwikkeling van cliënten

2.3.1 Ontwikkeling problematiek cliënten

De analyse van het primair proces is uitgevoerd op reeds door de PMTO-locaties verzamelde gegevens. Bij aanvang en einde behandeling van PMTO worden systematisch vragenlijsten afgenomen waaronder de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001; Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996) en de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index Revised (NOSI-R; De Brock, Vermulst, Gerris, Veerman, & Abidin, 2005)⁷ (zie 2.3.2). Gegevens van deze vragenlijsten zijn geanalyseerd om uitspraken te kunnen doen over kenmerken van de doelgroep en de bereikte resultaten. Vanwege de toegankelijkheid van de data zijn de gegevens van vijf van de twaalf PMTO-locaties gebruikt om de analyses uit te voeren. Bij de overige zeven PMTO-locaties waren de data minder toegankelijk omdat ze ofwel verwerkt worden in een ander databaseprogramma, ofwel omdat er alleen papieren versies van vragenlijsten zijn, ofwel omdat de locatie recentelijk gestart is met PMTO en daarom de dataverzameling nog niet helemaal op orde heeft.

Respondenten

De totale onderzoeksgroep bestaat uit alle gezinnen die in de periode 1 juli 2010 tot en met 30 juni 2011 een PMTO-behandeling zijn gestart en/of hebben beëindigd bij één van de vijf PMTO-locaties, daarbij vragenlijsten hebben ingevuld en waarvoor geldt dat de PMTO behandeling minimaal zes weken heeft geduurd. Het gaat om 200 gezinnen waarvan 88 gezinnen in deze periode hun behandeling zijn gestart én hebben afgerond; 22 gezinnen in deze periode hun behandeling zijn gestart, maar nog niet hebben beëindigd, en 90 gezinnen in deze periode hun behandeling hebben afgerond, die zij vóór 1 juli 2010 zijn begonnen (zie Figuur 1). De gegevens van de gezinnen die de PMTO behandeling in deze periode zijn gestart (N=110) zijn gebruikt om de kenmerken van de doelgroep te rapporteren. De gegevens van de gezinnen die de PMTO behandeling in deze periode hebben beëindigd (n=178) zijn gebruikt voor de rapportage van de bereikte resultaten.



Figuur 1. Samenstelling respondenten

De totale onderzoeksgroep van 200 gezinnen bestaat voor 65% uit jongens en 35% uit meisjes. De gemiddelde leeftijd bij opname is 7 jaar en 11 maanden (minimum 3 jaar, maximum 13 jaar). De gemiddelde behandelduur van de 178 afgesloten behandelingen is 7 maanden, met een minimum van 1 maand en een maximum van 18 maanden; de modale behandelduur is 2-9 maanden; 72% van

⁷ De NOSI-R is een gereviseerde versie van de NOSI; De Brock, Vermulst, Gerris, & Abidin, 1992

de behandelingen bevindt zich in deze range. Het aantal bijeenkomsten is gemiddeld 19, met een minimum van 1 en een maximum van 45; de modale range is 9 – 24 sessies; 58% van de behandelingen bevindt zich in deze range.

Meetinstrumenten

De Child Behavior Checklist (CBCL) is de Nederlandse vertaling van de CBCL van Achenbach & Rescorla (2001). De CBCL/6-18 bevat 113 door ouders te beantwoorden vragen over emotionele en gedragsproblemen bij jeugdigen in de leeftijd van 6-18 jaar. Een aantal probleemschalen is te groeperen rond twee hoofddimensies: Internaliseren (o.a. Angstig/Depressief en Teruggetrokken gedrag) en Externaliseren (o.a. Regelovertredend gedrag en Agressief gedrag). Tevens is er voor alle normgroepen een Totale probleemscore te berekenen die geldt als globale index voor de mate van de emotionele en gedragsproblematiek.

De Nijmeegse Ouderlijke Stress Index –Revised (NOSI-R;) is een experimentele, verkorte versie van de oorspronkelijke NOSI uit 1992 zoals ontwikkeld door De Brock, Vermulst, Gerris en Abidin (1992). Met de NOSI-R kan de stressbeleving van ouders in de opvoeding van hun kinderen vastgesteld worden. De NOSI-R bestaat uit 80 items en onderscheidt 13 potentiële stressbronnen (schalen) die aanleiding kunnen vormen voor het daadwerkelijk ervaren van stress door de ouders. Deze 13 schalen zijn onderverdeeld in een ouderdomein en een kinddomein. Het ouderdomein als geheel brengt tot uitdrukking in welke mate de ouder zich (niet) berekend voelt op de opvoedingstaak, en zich daarin inadequaats en gespannen voelt. Binnen dit domein worden zeven schalen onderscheiden: Competentie, Rolrestrictie, Hechting, Depressie, Gezondheid, Sociale isolatie en Huwelijksrelatie. Het kinddomein bestrijkt de bijdrage van bepaalde (karakter)eigenschappen van het kind aan de stress in de ouder-kind relatie. Binnen dit domein worden zes schalen onderscheiden: Aanpassing, Stemming, Afleidbaarheid, Veeleisendheid, Positieve bekrachtiging en Acceptatie.

Procedure en respons

De ouders vullen de CBCL en NOSI-R in bij start en einde van de PMTO behandeling. De respons op de lijsten op beide meetmomenten geeft een indicatie voor de zeggingskracht van de resultaten. Tevens geeft de respons een indruk over de implementatie van het meetsysteem in de praktijk. Hoe hoger de respons hoe waarschijnlijker dat de in dit rapport gepresenteerde uitkomsten representatief zijn voor de te meten effectiviteit van de PMTO behandeling. In Tabel 3 is de respons op de vragenlijsten per meetmoment en over alle meetmomenten weergegeven.

Tabel 3. Respons per vragenlijst en meetmoment

Lijst	Aanvang			Afsluiting			Aanvang-Afsluiting ¹		
	Aantal cliënten	Aantal ingevuld	%	Aantal cliënten	Aantal ingevuld	%	Aantal cliënten	Aantal ingevuld	%
CBCL	110	99	90	178	85	48	178	83	47
NOSI	110	83	76	178	81	46	178	79	44

¹ De responspercentages verschillen per instelling. Ze lopen uiteen van 15% tot 60%.

Als richtlijn voor de representativiteit van de resultaten geldt in het algemeen dat een percentage van 80% of hoger als goede respons wordt beschouwd; voor herhaalde metingen is een responspercentage van 70% voldoende. Responspercentages lager dan 60% worden in het algemeen als onvoldoende beschouwd. (Veerman & Roosma, 2008, p. 304).

Statistische analyses

Interpretatiekader T-scores en deviatiescores

De CBCL wordt weergegeven in T-scores, dit zijn getransformeerde ruwe score in een normale verdeling met een gemiddelde van 50 en een standaarddeviatie van 10. De betekenis van de T-scores: T-scores kleiner dan 60 liggen in het normale gebied, T-scores van 60 tot en met 63 liggen in het grensgebied (borderline range), T-scores groter dan 63 liggen in het probleemgebied (klinische range). Voor de NOSI-R worden de scores weergegeven in zogenaamde deviatiescores.

Deviatiescores zijn met behulp van beschikbare normgegevens (gemiddelde en standaarddeviatie) van een vragenlijst omgerekende ruwe schaalscores naar standaardscores (zscores), waarbij een score van 0 de algemene bevolking zonder noemenswaardige problemen representeert en alle scores die, afhankelijk van de aard van de schalen, afwijken van deze nullijn een maat voor de ernst van de problemen aangeven. Bij een (gemiddelde) deviatiescore die onder de grens van 1,04 ligt spreken we van geen noemenswaardige problemen. Ligt de deviatiescore tussen 1,04 en 1,28 dan spreken we van ‘milde’ problemen en bij een deviatiescore groter dan 1,28 (= 90e percentiel) spreken we van aanzienlijke of ernstige problemen. Zie Tabel 4 voor de interpretatie van T-scores en deviatiescores.

Tabel 4. Interpretatiekader T-scores en deviatiescores

T-score	Deviatiescore	Percentielscore	Label	Betekenis
< 60	< 1,04	< 85 ^e percentiel	Geen noemenswaardige problemen	Geen zorgen van betekenis
60-63	1,04 – 1,28	85 ^e – 90 ^e percentiel	Milde problemen	Problematiek verdient aandacht
> 63	> 1,28	> 90 ^e percentiel	Aanzienlijke/ernstige problemen	Problematiek verdient behandeling

Effectgroottes

Een effectgrootte (= Effect size, of ES) is een internationaal gehanteerde maat om de effectiviteit van een zorgprogramma aan te geven. Een effectgrootte zegt iets over welke verandering er gemiddeld per onderzocht aspect verwacht mag worden als de zorg volgens de in de methodiek beschreven werkwijze wordt uitgevoerd. De ES is een maat voor “positieve” of “negatieve” verandering. Een positieve ES duidt op een afname van de klachten/problemen of een toename van positief gedrag, een ES om en nabij 0 duidt op afname noch toename, een negatieve ES duidt op een toename van de klachten/problemen of een afname van positief gedrag. In de loop der jaren is een soort conventie ontstaan over de verschillende waarden die de ES kan aannemen. Zo wordt een effectgrootte tussen de 0,20 en de 0,49 aangeduid als een klein effect, van een middelgroot effect wordt gesproken als de effectgrootte tussen de 0,50 en 0,79 ligt en bij een effectgrootte van 0,80 of groter is er sprake van een groot effect. In Tabel 5 staat de bijbehorende betekenis van de ES.

Tabel 5. Interpretatiekader effectgroottes

ES	Betekenis
groter of gelijk aan 0,80	Groot effect
Van 0,50 t/m 0,79	Middelgroot effect
Van 0,20 t/m 0,49	Klein effect

Reliable Chance Index (RCI)

Om voor een individueel kind of gezin te berekenen of het verschil tussen twee meetmomenten (Aanvang en afsluiting) klinisch betekenisvol en betrouwbaar is, is gebruik gemaakt van de Reliable Change Index (Jacobson & Truax, 1991). De RCI wordt berekend door het verschil tussen de ruwe score bij aanvang en bij afsluiting te delen door de standaardmeetfout van het verschil. De standaardmeetfout van het verschil wordt bepaald door de standaardmeetfout en de test-hertest betrouwbaarheid (of interne consistentie) van een instrument. Vanuit statistisch oogpunt wordt de RCI verondersteld normaal verdeeld te zijn met een gemiddelde van 0 en een standaarddeviatie van 1. De RCI's zijn hiermee z-scores die getoetst kunnen worden. Als criterium voor een niet toevallige verandering wordt in dit onderzoek een z-score van 1,64 gehanteerd. Bij een RCI groter dan 1.64 kan er met 95% zekerheid van uitgegaan worden dat de verandering niet op toeval berust. We toetsen in dit onderzoek eenzijdig (alleen op verbetering) met een onzekerheidsmarge van 5%. Deze marge biedt een goede garantie dat het berekende verschil ook daadwerkelijk een betrouwbaar verschil is en niet is toe te schrijven aan "toeval" of "ruis" (in dit geval de onbetrouwbaarheid van het meetinstrument). Het verschil tussen de score bij aanvang en bij afsluiting moet in voldoende mate boven deze "ruis" uitkomen om te kunnen spreken van een betrouwbare verandering.

2.3.2 FIMP-vaardigheden

Om zicht te krijgen op de kwaliteit van de uitvoering van de PMTO-methodiek zijn gegevens van het observatiesysteem FIMP (Fidelity of Implementation Rating System) geanalyseerd. De FIMP is een belangrijk middel binnen het kwaliteitssysteem van PMTO. Het is een observatiesysteem waarmee beoordeeld kan worden in welke mate een therapeut het PMTO-model uitvoert zoals bedoeld. De FIMP is ontwikkeld door het Oregon Social Learning Centre (Knutson, Forgatch, & Rains, 2003; Knutson, Forgatch, Rains & Sigmarsdottir, 2009). De FIMP bestaat uit vijf dimensies, zie Tabel 6.

Tabel 6. De vijf FIMP dimensies (Knutson, Forgatch, Rains & Sigmarsdottir, 2009)

1. <i>PMTO kennis.</i> De therapeut beheerst het theoretisch model van PMTO en handelt volgens de PMTO principes
2. <i>Structuur.</i> De therapeut is bekwaam in het leiden van de sessie zonder dominant te zijn. Hij/zij reageert responsief op punten die de ouders inbrengen.
3. <i>Didactische vaardigheden.</i> De therapeut heeft een goede balans gevonden in het gebruik van zowel verbale als activerende strategieën om ouders de PMTO vaardigheden aan te leren.
4. <i>Procesvaardigheden.</i> De therapeut gebruikt verschillende therapeutische vaardigheden om een veilig en ondersteunend leerklimaat te creëren .
5. <i>Algehele ontwikkeling:</i> de therapeut heeft een goede therapeutisch relatie met het gezin, weet het gezin te binden aan PMTO en heeft oog voor factoren in gezin en omgeving die van invloed zijn op de behandeling

Op iedere dimensie wordt een aantal elementen (variërend van 4 tot 25 elementen) onderscheiden die in een competente uitvoering van PMTO terug te vinden zijn. Alle bijeenkomsten van een PMTO behandeling worden opgenomen. Aan de hand van deze opnames wordt het handelen van de therapeut geanalyseerd op de vijf dimensies en voorzien van een score. Deze score varieert van 0 t/m 9 en is onderverdeeld in 3 categorieën: 'vraagt nadere aandacht' (0-3), 'acceptabel' (4-6) en 'goed werk' (7-9).

De FIMP wordt gebruikt in de opleiding en supervisie van therapeuten. Binnen de opleiding wordt aan de hand van de FIMP, therapeuten geleerd wat een goede uitvoering van PMTO inhoudt; binnen de supervisie wordt de FIMP gebruikt om de programma-integriteit van therapeuten te bevorderen (Albrecht, 2009).

Om gecertificeerd PMTO-therapeut te worden, moet iedere therapeut opnames van vier sessies inleveren. Deze opnames worden beoordeeld door onderling betrouwbare FIMP-ers, personen die opgeleid zijn om de opnames te beoordelen, aan de hand van de vijf FIMP-dimensies. Voor iedere FIMP dimensie wordt een gemiddelde score berekend over deze vier sessies. Als de therapeut op de vijf dimensies gemiddeld een 6.0 scoort (en geen enkele dimensie een 4.0 of lager scoort) krijgt hij/zij een licentie. De FIMP scores die verkregen zijn in het kader van de certificering zijn in het huidige onderzoek gebruikt om zicht te krijgen op de kwaliteit van de uitvoering van PMTO. Van de 104 therapeuten die sinds 2006 met de PMTO-opleiding zijn gestart, zijn inmiddels 51 therapeuten gecertificeerd. Dertien therapeuten zitten nog in het certificeringstraject. Zij hebben wel opnames ingestuurd, maar zijn nog niet gecertificeerd. Van deze in totaal 64 therapeuten zijn de scores op de vijf FIMP dimensies beschikbaar. Deze scores zijn aangeleverd door het Kenniscentrum.

Hoofdstuk 3. Resultaten

3.1 Implementatie en ontwikkeling PMTO

3.1.1 Verspreiding en implementatie PMTO in Nederland

Verspreiding

Sinds de start van het Kenniscentrum is PMTO geïmplementeerd in 13 organisaties: Yorneo, Jeugdhulp Friesland, Lindenhout, Pactum Deventer, Pactum Harderwijk, Juzt (voorheen Tender), De Bascule, Dimence, De Rading Utrecht, De Rading Amersfoort, Cardea, FortaGroep, GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen. PMTO wordt nu in de meeste provincies in Nederland aangeboden behalve in de provincies Zeeland, Flevoland en Limburg. Er zijn 104 therapeuten opgeleid, 17 supervisors en 9 opleiders. De opleiders zijn ook tot FIMP-er⁸ opgeleid.

Om de bekendheid van de PMTO-methodiek in Nederland verder te verspreiden geeft het Kenniscentrum lezingen en workshops op landelijke en regionale symposia en congressen. Tevens verzorgen ze colleges en werkgroepbijeenkomsten voor verschillende universiteiten en hogescholen, door het hele land, met name binnen de opleidingen Pedagogiek en Psychologie. Ook verzorgen ze scholing over PMTO voor verschillende post-academische opleidingen tot GZ-psycholoog en NVO Generalist.

Er is een aantal publicaties verschenen in Nederlandse tijdschriften en interviews op radio, televisie en in de krant. Vanuit het Kenniscentrum is aan deze vormen van communicatie en PR bijgedragen door het zelf (mee)schrijven of geven van interviews of door het organiseren van het contact tussen journalisten en PMTO therapeuten en gezinnen. De producten worden benut door deze op de website te plaatsen en door ze op te nemen in het informatiepakket dat het Kenniscentrum verspreidt.

Website

Een belangrijk middel in de interne en externe communicatie van PMTO vormt de website (www.pmt.nl). De website biedt informatie aan ouders en professionals en kent een afgeschermd gedeelte voor PMTO-therapeuten. In dit gedeelte kunnen therapeuten ervaringen uitwisselen. Aan de respondenten van het waarderingsonderzoek is gevraagd hoe vaak zij de website bezoeken, hoe zij de website waarderen en welke verbeteringen nog kunnen worden doorgevoerd.

De website van het Kenniscentrum wordt door supervisors en therapeuten gemiddeld eens per twee weken bezocht; managers bezoeken de website zeer sporadisch. De website wordt vooral geraadpleegd voor algemene informatie over PMTO en de nieuwsberichten. De website wordt gewaardeerd met rapportcijfer 7,4; supervisors waarderen hem meer (7,8) dan therapeuten (7,4) en managers (7,1). Respondenten waarderen vooral de vormgeving van de website en informatie die er gevonden kan worden. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven dat de website op deze punten nog

⁸ Een FIMP-er is een persoon die is opgeleid om de opnames van PMTO sessies te beoordelen aan de hand van de FIMP-dimensies (zie ook paragraaf 2.3.2).

verbeterd kan worden. Er worden suggesties gedaan om de website uit te breiden met forums en chatruimtes voor therapeuten en ouders, ervaringen van ouders en e-learning voor ouders en therapeuten.

Knelpunten bij implementatie

In het waarderingsonderzoek is aan de managers en supervisors gevraagd of zij knelpunten hebben ervaren bij de implementatie van PMTO in hun eigen organisatie. Van de managers geeft 83% (N=15) aan dat zij knelpunten hebben ervaren; van de supervisors 59% (N=10). Tezamen zijn door deze 25 personen, 39 knelpunten genoemd. Deze zijn te rubriceren in vier categorieën. In Tabel 10 worden deze categorieën weergegeven. Door zowel managers als supervisors worden de meeste knelpunten ervaren ten aanzien van de randvoorwaarden in de eigen organisatie (44%), gevolgd door PMTO gerelateerde voorwaarden (23%), te weinig instroom van gezinnen (23%) en de dataverzameling voor kwaliteitsmeting en onderzoek (10%).

Tabel 10. Knelpunten bij implementatie PMTO.

Knelpunten	Totaal		Managers	Supervisors
	N	%	N=25	N=14
1. Te weinig instroom van gezinnen	9	23%	24%	21%
2. Randvoorwaarden in eigen organisatie (b.v. administratieve ondersteuning; ICT-problemen; financiën; uren PMTO per medewerker; inbedding in organisatie; beschikbaarheid werkruimtes)	17	44%	36%	57%
3. Pmto gerelateerde voorwaarden (b.v. benodigde uren voor PMTO; opleidingstraject is lang; frequentie supervisie; voorwaarden PMTO)	9	23%	28%	14%
4. kwaliteitsmeting/onderzoek (b.v. RCT onderzoek moeizaam; logistieke problemen mbt vragenlijsten)	4	10%	12%	7%
	39	100%	100%	100%

Vervolgens geven de meeste respondenten (managers 93%; supervisors 80%) aan dat de knelpunten inmiddels zijn opgelost of dat er wordt gewerkt aan een oplossing daarvan. De meeste problemen (90% volgens managers, 58% volgens supervisors) hebben zich intern opgelost. Ofwel men heeft gerichte acties uitgezet om problemen op te lossen, zoals de logistiek aanpassen, actieve PR voor het werven van gezinnen, ofwel de problemen hebben zich in de loop der tijd vanzelf opgelost door ervaring en overleg. Een aantal problemen zijn in overleg met externen opgelost; volgens de managers is dat bij 10% van de oplossingen het geval geweest; volgens de supervisors in 42% van de gevallen.

Volgens managers heeft het Kenniscentrum in 10% van de gevallen een bijdrage geleverd aan de oplossing van de genoemde knelpunten, volgens supervisors is dat in 70% van de gevallen. Het Kenniscentrum heeft vooral bijgedragen aan de oplossing van het probleem door informatie, advies en overleg.

3.1.2 Ontwikkelingen PMTO-methodiek

Om de methodiek PMTO verder te ontwikkelen zijn er verschillende activiteiten uitgevoerd door het Kenniscentrum: 1) versterken van de kwaliteit van de uitvoer van de methodiek; 2) versterken van de methodiek; 3) ontwikkelen van de methodiek voor specifieke doelgroepen.

Ter versterking van de kwaliteit van de uitvoering van de methodiek zijn voor therapeuten boosterdagen (bijscholingsdagen) en een systeem van licentieverlenging voor gecertificeerde therapeuten ontwikkeld. In 2008 is de eerste boosterdag georganiseerd, deze heeft vervolgens ieder jaar plaatsgevonden. Deze boosterdagen worden door vrijwel alle therapeuten gevolgd. Iedere boosterdag heeft een thema (positieve betrokkenheid; boostersessies; omgaan met weerstand; vergroten van veiligheid). Voor ieder thema zijn materialen ontwikkeld om de implementatie te bevorderen. Het systeem van licentieverlenging voor gecertificeerde therapeuten bestaat uit het deelnemen aan de jaarlijkse boosterdag en het jaarlijks inleveren van opnames van twee sessies. Deze opnames dienen over een vantevoren vastgesteld onderwerp te gaan. Deze worden beoordeeld door FIMP-ers. De uitvoering van de PMTO-methodiek moet dan van voldoende kwaliteit zijn, een gemiddelde score van 6.0 op de FIMP dimensies. Therapeuten krijgen eveneens schriftelijke feedback bij deze beoordeling. Voor supervisors, opleiders en FIMP-ers zijn ter versterking van de kwaliteit van de uitvoer van de methodiek, een getest Nederlands draaiboek voor de PMTO-opleiding en een opleidingstraject voor supervisors ontwikkeld en er is een overleg- en scholingsstructuur voor supervisors, opleiders en FIMP-ers opgezet. Voor de opnames van de sessies van de therapeuten heeft het Kenniscentrum een uploadsysteem laten ontwikkelen. Met dit systeem kunnen therapeuten op hun eigen locatie hun opgenomen therapie sessie uploaden naar de opleidingsdatabase. Voorheen werden de sessies op DVD opgenomen en per post opgestuurd naar het Kenniscentrum. Dat bracht veel kosten en een onveilige manier van datatransport met zich mee. Het uploadsysteem is een veiliger manier van datatransport en maakt het voor therapeuten en supervisors mogelijk om de sessies via het internet te kunnen terugkijken (voor zelfreflectie- en supervisie doeleinden).

Om de methodiek zelf verder te versterken wordt vooral gezocht naar verdieping in plaats van uitbreiding. Dit komt terug in de boosterdagen waarin bepaalde thema's verder worden uitgediept. De handleiding van de methodiek is eveneens uitgebreider beschreven en er zijn aanvullende ondersteunende materialen ontwikkeld.

Het Kenniscentrum heeft de PMTO methodiek doorontwikkeld voor gebruik bij specifieke en andere doelgroepen. Zo is de methodiek verder verfijnd voor het werken met pleeggezinnen en gezinshuisouders en voor het werken met ouders met een kind met een verstandelijke beperking. Daarnaast is de methodiek verder ontwikkeld voor een andere leeftijdsgroep, kinderen van 13 jaar en ouder.

3.2 Systeem van kwaliteitsbewaking

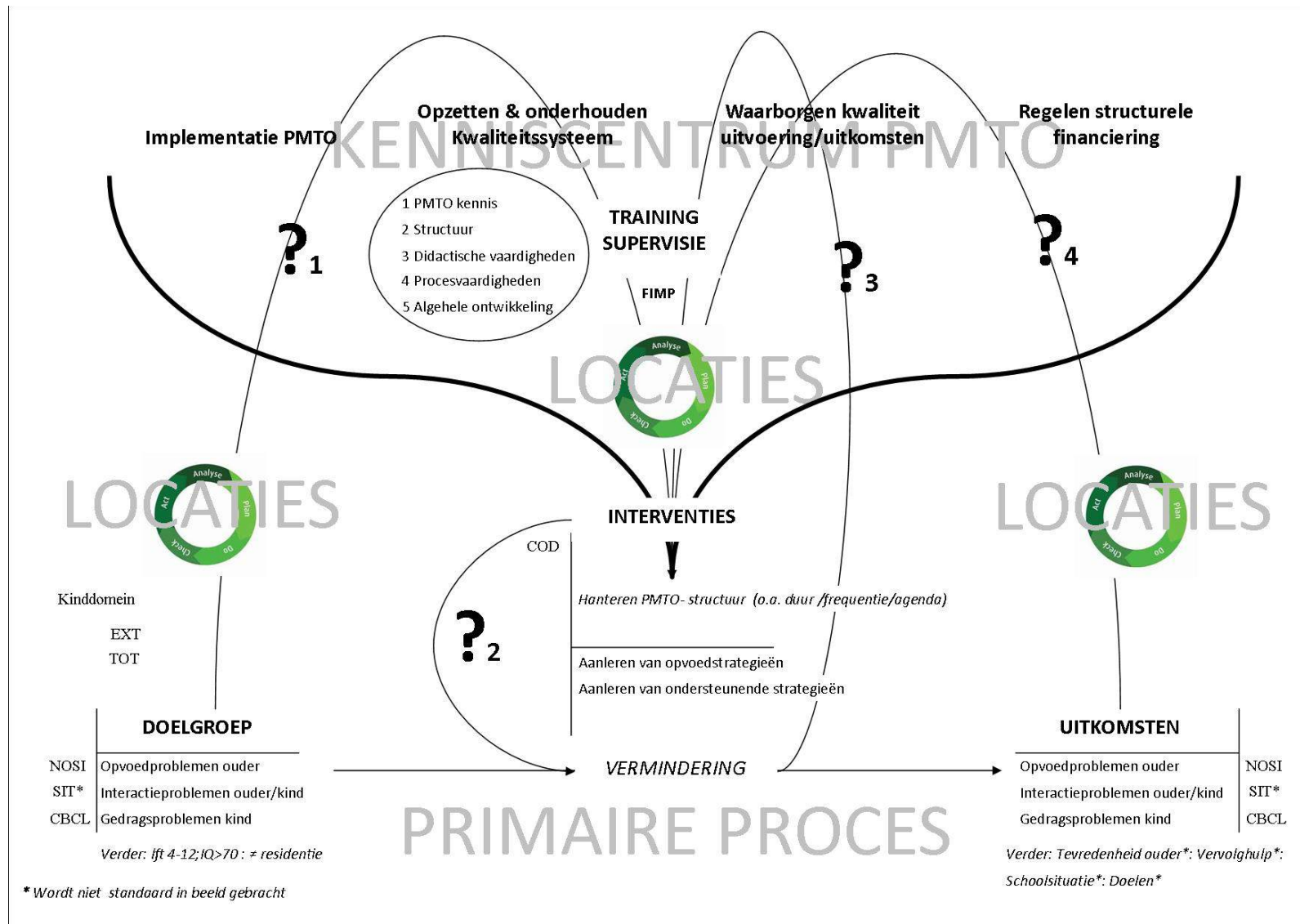
Tijdens twee expertmeetings is het bestaande kwaliteitssysteem van PMTO visueel in kaart gebracht. (Figuur 2). In deze figuur is te zien dat er in het systeem van kwaliteitsbewaking drie niveau's zijn te onderscheiden: het primair proces (behandeling door therapeuten), het locatieniveau en het niveau van het Kenniscentrum. Op het niveau van het Kenniscentrum zijn de vier taakstellingen van het kenniscentrum weergegeven. Deze taakstellingen concentreren zich vooral op de kwaliteitsborging

van de methodiek, en dan specifiek de interventie, ook wel treatment integrity genoemd. De activiteiten van het Kenniscentrum die daarbij horen zijn opleiding, supervisie, boosterdagen, certificering. Deze activiteiten zijn op het niveau van het Kenniscentrum georganiseerd en op het niveau van de PMTO-locaties.

De FIMP (Fidelity of Implementation Rating System) is een belangrijk middel binnen het kwaliteitssysteem van PMTO (zie ook paragraaf 2.3.2). Met dit observatiesysteem kan beoordeeld worden in welke mate een therapeut het PMTO-model uitvoert zoals bedoeld. De FIMP wordt gebruikt in de opleiding en supervisie van therapeuten. Binnen de opleiding wordt aan de hand van de FIMP, therapeuten geleerd wat een goede uitvoering van PMTO inhoudt; binnen de supervisie wordt de FIMP gebruikt om de programma-integriteit van therapeuten te bevorderen (Albrecht, 2009).

Op locatieniveau staan plan- do – check –act cycli weergegeven; iedere locatie analyseert zelf zijn eigen problemen, pakt ze aan en lost ze op. Ook resultaten ten aanzien van doelgroep, uitkomsten en interventie worden door sommige locaties gebruikt om verbeteracties in te zetten. Er zijn structurele informatiestromen tussen locaties en het Kenniscentrum over doelgroep, interventie en uitkomsten. Tussen de PMTO-locaties en het Kenniscentrum zijn contracten afgesloten dat de locaties periodiek gegevens afstaan aan het Kenniscentrum zodat ze feedback terug kunnen krijgen. Het is echter de vraag of deze informatiestromen in de praktijk ook functioneren (?₁, ?₃, ?₄). Door het Kenniscentrum wordt stevig ingezet op de treatment integrity. De aanname is dat een goede uitvoer van de PMTO-methodiek leidt tot de gewenste resultaten. Deze aanname is echter nog niet getoetst (?₂).

Op het primair proces niveau wordt informatie verzameld over doelgroep en uitkomsten door middel van de gestandaardiseerde vragenlijsten CBCL, TRF, NOSI-R en Parent Daily Report (PDR). De SIT, Structured Interaction Task, wordt nog niet standaard bij alle gezinnen afgenomen. Tevens worden alle bijeenkomsten opgenomen, geregistreerd en voorzien van een reflectie van de therapeut in de opleidingsdatabase. De opnames kunnen worden gebruikt om de FIMP-vaardigheden te scoren. De opleidingsdatabase is primair voor het opleidingstraject (zelfreflectie, supervisie) van de therapeuten, maar wordt tevens gebruikt om algemene gegevens met betrekking tot de PMTO-behandeling te verkrijgen, zoals behandelduur en instroom van het aantal gezinnen.



Figuur 2. Kwaliteitssysteem PMTO

3.3 Kwaliteitsbewaking in de praktijk

3.3.1 Opleiding en scholing PMTO-therapeuten

Uitvoering

De opleiding tot PMTO-therapeut duurt 18 dagen verdeeld over 5 blokken: 2 blokken van 4,5 dag en 3 blokken van 3 dagen. De blokken worden over een periode van 10 maanden gegeven. Nadat de eerste twee blokken gevolgd zijn, beginnen de therapeuten met minimaal drie gezinnen een PMTO-behandeling. Van alle sessies worden opnames gemaakt. Deze worden allemaal door de therapeut teruggekeken. Tevens worden van alle sessies aantekeningen gemaakt in de opleidingsdatabase. Op deze manier is het voor de opleider en de supervisor mogelijk om alle PMTO-gezinnen binnen zijn/haar locatie te volgen.

Gedurende de opleiding ontvangt de therapeut interne en externe supervisie. De interne supervisie bestaat uit wekelijkse bijeenkomsten tussen de therapeuten en de interne supervisor. Deze bijeenkomsten vervullen eveneens de functie van het reguliere teamoverleg. Iedere bijeenkomst brengen twee therapeuten een opname in met een daaraan gekoppelde vraag (b.v. hoe betrek ik deze ouder actiever bij de behandeling?). Het team bekijkt het fragment en gaat dan met elkaar na wat de goede vaardigheden van de therapeut zijn en wat hij/zij nog meer kan doen. Deze besprekingen vinden plaats aan de hand van de FIMP-dimensies. Vervolgens wordt de betreffende situatie geoefend. De externe supervisie start nadat de therapeut met zijn eerste gezinnen is begonnen. Gedurende het opleidingstraject zijn er voor de therapeuten 14 externe supervisiebijeenkomsten van 2 uur. In de weken dat deze plaatsvinden, komen zij in plaats van de interne supervisiebijeenkomst. De externe supervisor is tevens opleider en verbonden aan het Kenniscentrum. De bijeenkomsten zijn per opleidingsgroep georganiseerd en gericht op verbinding tussen opleiding en praktijk. Aan de hand van thema's worden door de therapeuten opnames en vragen ingebracht. Waar in de interne supervisie de behandeling van een specifiek gezin centraal staat, staat in de externe supervisie de PMTO-methodiek meer centraal. In de praktijk is dit verschil subtiel, bij beide vormen van supervisie staat het methodisch handelen van de therapeut centraal. Therapeuten krijgen gedurende de opleiding eenmaal telefonische feedback en 9-12 keer schriftelijke feedback over de gezinnen die ze in behandeling hebben. De feedback wordt zes-negen keer door de opleider gegeven, twee keer door de interne supervisor en één keer door de externe supervisor.

Nadat de therapeut de opleiding heeft afgerond kan hij/zij worden uitgenodigd om te starten met de behandelingen waarop hij/zij kan certificeren. Dat kan pas als de opleiders een positief oordeel hebben gegeven over de FIMP-vaardigheden van de therapeut. Om te kunnen certificeren, moet hij/zij van twee nieuw te starten gezinnen de opnames van elk twee sessies inleveren. Deze sessies moeten gaan over vantevoren vastgestelde onderwerpen. Vervolgens worden de vier bijeenkomsten door een FIMP-er beoordeeld op basis van scores op de FIMP-dimensies. Als de therapeut op de vijf dimensies gemiddeld een cijfer van 6.0 scoort (en geen enkele dimensie een 4 of lager scoort), krijgt hij/zij een licentie.

Waardering opleiding therapeuten

Aan therapeuten en supervisors is gevraagd hoe zij de opleiding tot PMTO-therapeut en de verschillende onderdelen daarvan waarderen. In Tabel 5 is te zien dat therapeuten de opleiding met een gemiddeld rapportcijfer van 8,0 waarderen; supervisors gemiddeld met een 8,3. De opleidingsblokken en workshops PMTO wordt door 54% van de therapeuten als meest helpend gezien in de opleiding tot PMTO-therapeut, gevolgd door de interne supervisie (20%). De (eenmalige) telefonische feedback wordt door 49% van de therapeuten als minst helpend gezien, gevolgd door reflectie middels verslaglegging in de database (25%).

Tabel 5. Rapportcijfer opleiding PMTO-therapeut

Rapportcijfer opleiding geheel	Gem	N		
Supervisors	8,29	17		
Therapeuten	8,00	55		
Totaal	8,07	72		
Per onderdeel			Meest helpend	Minst helpend
a. Opleidingsblokken/ workshops PMTO	7,98	56	54%	4%
b. Interne supervisie	7,91	56	20%	--
c. Externe supervisie	7,94	48	7%	6%
d. Schriftelijke feedback	7,67*	57	4%	14%
e. Telefonische feedback	7,42**	26	--	49%
f. Terugkijken DVD fragmenten van therapie sessies	7,96	57	13%	2%
g. Reflectie middels verslaglegging in opleidingsdatabase			2%	25%
			100%	100%

*Sign verschil met opleidingsblokken ($p=.060$) en terugkijken DVD fragmenten ($p=.046$)

**Sign verschil ($p<.01$) met opleidingsblokken. Niet met de overige onderdelen. Komt waarschijnlijk doordat het aantal respondenten dat dit onderdeel heeft ingevuld, laag is.

3.3.2 Kwaliteitsborging na de opleiding

Uitvoering

Nadat de therapeut zijn licentie heeft behaald, moet deze licentie jaarlijks verlengd worden. Daarvoor moeten therapeuten deelnemen aan de jaarlijkse booster dagen, wekelijks deelnemen aan de interne supervisiebijeenkomsten, en jaarlijks beoordeeld worden op hun FIMP-vaardigheden. Deze beoordeling wordt gedaan door de FIMP-ers. Zij beoordelen een opname van een sessie over een vastgesteld onderwerp, aan de hand van de vijf FIMP-dimensies. Om de licentie te verlengen moet de gemiddelde score van de therapeut op de vijf FIMP-dimensies, net als bij de certificering, minimaal 6.0 zijn en mag geen enkele dimensie een 4.0 of lager scoren.

Supervisors volgen een tweedaagse scholing tot supervisor en komen daarna maandelijks bijeen onder leiding van het Kenniscentrum. Nadat de supervisor de opleiding tot PMTO-therapeut heeft afgerond, is er nog vier-zes keer per jaar supervisorenoverleg. Tijdens deze bijeenkomsten is ruimte voor inhoudelijke kwesties en implementatievraagstukken.

Er zijn negen opleiders PMTO; vier van het Kenniscentrum en vijf vanuit de praktijkinstellingen. De opleiders zijn ook allemaal supervisors en FIMP-ers. Om als FIMP-ers

onderling en met het Oregon Social Learning Center betrouwbaar te blijven, is er maandelijks overleg tussen de FIMP-ers en jaarlijks overleg met het OSLC. In deze (telefonische) bijeenkomsten wordt geoefend, afgestemd en gediscussieerd aan de hand van gescoorde fragmenten (Albrecht, 2009). Daarnaast hebben de opleiders zes keer per jaar een opleidersdag, waarbij ook aandacht wordt besteed aan hun supervisorentaken. De opleiders nemen geen deel aan de supervisorenbijeenkomsten.

Waardering

Om na te gaan op welke wijze PMTO-therapeuten hun eigen kwaliteit waarborgen, is hen eerst gevraagd zichzelf een rapportcijfer te geven. Zij geven zichzelf als therapeut gemiddeld een 6,9 als rapportcijfer. Vervolgens is hen gevraagd wat zij nodig hebben om zichzelf volgend jaar een hoger cijfer te geven. De meeste respondenten geven aan dat zij 'nog meer ervaring op moeten doen' (32%). Daarnaast worden genoemd 'de methodiek goed uit blijven voeren' (18%), 'intervisie en supervisie' (17%) 'certificering (15%) 'persoonlijke ontwikkeling' (10%), 'tijdsdruk verminderen' (5%) en 'motivatie behouden'(2%).

Op de vraag hoe groot de rol van het Kenniscentrum is bij het waarborgen van hun eigen kwaliteit als PMTO-therapeut, geeft 34% van de therapeuten aan dat de rol van het Kenniscentrum groot tot zeer groot is. Volgens 46% is de rol van het Kenniscentrum daarbij gemiddeld, en 20% geeft aan dat die rol klein is. Op de vraag hoe het Kenniscentrum haar rol in de waarborging van de kwaliteit van therapeuten vormgeeft, hebben 47 therapeuten 79 antwoorden gegeven. Deze zijn gerubriceerd in vier categorieën. In Tabel 6 worden deze categorieën weergegeven. Belangrijkste manieren waarop het kenniscentrum haar rol vormgeeft, zijn de activiteiten in het kader van de kwaliteitsborging (46%), zoals opleiding, supervisie, boosterdagen; en de kennis en informatie die het Kenniscentrum over PMTO verstrekt (37%). Onderzoek (4%) en de opleiding PMTO (14%) worden minder vaak genoemd als kwaliteitswaarborging van therapeuten. Op de vraag in welke mate supervisie na de certificering bijdraagt aan het waarborgen van de kwaliteit van PMTO gaf 91% van de respondenten aan dat dat zeker het geval is; 9% gaf aan 'enigszins'.

Tabel 6. Vormgeving rol Kenniscentrum in de waarborging van de kwaliteit van therapeuten (N=47 therapeuten, 79 antwoorden)

	N	%
1. Opleiding PMTO	11	14%
2. Borgen kwaliteit in uitvoering (b.v. geven van feedback; random opnamen bekijken; supervisie intern en extern; boosters; studiedagen; hercertificering)	36	46%
3. Onderzoek	3	4%
4. Kennis en informatie over PMTO	29	37%
• <i>Informatie verstrekken over PMTO</i>	10	13%
• <i>Kennis over PMTO up to date houden (b.v. materiaalontwikkeling; nieuwe ontwikkelingen implementeren; aanpassen handleiding)</i>	19	24%
	79	100%

Van de 17 ondervraagde supervisors heeft 41% de tweedaagse scholing tot supervisor gevolgd⁹. Deze wordt gemiddeld met een 7,7 beoordeeld. Supervisors waarderen de maandelijkse supervisiebijeenkomsten met een 8,3. Vooral de intervisie wordt gewaardeerd aan deze bijeenkomsten (54%); evenals ervaringen uitwisselen (23%) en informatie overdracht en – uitwisseling (23%). Als verbeterpunten worden genoemd ‘meer aandacht voor inhoudelijke punten’ (46%) zoals het spanningsveld tussen therapeut en supervisor, het eigen therapeutisch proces en het verder uitwerken van de supervisiemethodiek. Andere verbeterpunten (54%) betreffen de vorm, zoals meer tijd, strakkere structuur, efficiënter. Op de vraag op welke wijze supervisors ondersteund worden door het Kenniscentrum geven zij aan dat zij ondersteund worden door de supervisiebijeenkomsten (48%), individueel advies en ondersteuning (30%), informatie (13%) en de supervisorscholing (9%). Goede punten van de ondersteuning door het Kenniscentrum zijn de beschikbaarheid van en het contact met het Kenniscentrum (41%), de supervisie en opleiding (41%) en de kennis en ontwikkeling van de PMTO-methodiek (18%).

3.2.3 Kwaliteit van het primair proces

Uitvoering

Doelgroep

Op basis van de reeds bij de vijf PMTO-locaties (zie paragraaf 2.3.3) verzamelde gegevens ten aanzien van probleemgedrag en opvoedingsbelasting kan nagegaan worden hoe de doelgroep van PMTO eruit ziet. In de periode 1 juli 2010 tot 1 juli 2011 zijn 110 gezinnen bij één van de vijf PMTO-locaties met hun behandeling gestart. Van 99 gezinnen is de gedragsproblematiek van het kind bij aanvang van behandeling gemeten, en van 83 gezinnen is de opvoedingsbelasting bij aanvang gemeten. In Tabel 7 worden de gemiddelde scores daarvan weergegeven.

Tabel 7. Probleemgedrag en opvoedingsbelasting bij aanvang van behandeling.

Probleemgedrag	N	Gemiddelde	SD	%PG
Totale problemen	99	66,72	9,00	71
Internaliseren	99	60,60	10,55	39
Externaliseren	99	68,63	8,65	77
Totale opvoedingsbelasting	83	2,17	1,40	72
Ouderdomein	83	1,53	1,57	51
Kinddomein	83	2,39	1,23	80

Toelichting: De scores op gedragsproblemen worden weergegeven in T-scores. Gemiddelde T-scores boven de klinische grens ($T > 63$) zijn vetgedrukt. De scores op opvoedingsbelasting worden weergegeven in deviatiescores. Gemiddelde deviatiescores boven de klinische grens ($> 1,28$) zijn vetgedrukt. %PG is het percentage cliënten dat op een probleemschaal in het probleemgebied (= klinische gebied) scoort.

Ouders ervaren forse gedragsproblemen bij hun kind; gemiddeld scoren zij op zowel externaliserende gedragsproblemen als totale gedragsproblemen van hun kind boven de klinische

⁹ De supervisorsopleiding bestaat sinds 2010 en is ontwikkeld door het Kenniscentrum. Bij de eerder opgeleide supervisors is deze kennis via andere structuren overgebracht, deels door het Kenniscentrum en deels door opleiders van ISII/OSLC.

grens. In 77% van de aangemelde gezinnen is sprake van ernstige externaliserende gedragsproblematiek bij het kind (kolom %PG). Er is in mindere mate sprake van internaliserende gedragsproblematiek; 39% van de ouders ervaart deze problemen in ernstige mate bij hun kind. Ouders ervaren ook een behoorlijke opvoedingsbelasting; 80% van de ouders ervaart ernstige opvoedingsstress ten aanzien van hun kind (kinddomein). Gemiddeld genomen ervaren ouders wat minder opvoedingsstress ten aanzien van hun eigen handelen (ouderdomein), maar de gemiddelde score is nog steeds in het klinische gebied.

Interventie

Om zicht te krijgen op de kwaliteit van de uitvoering van de PMTO-methodiek door therapeuten zijn de beschikbare FIMP-scores bekeken. Ten behoeve van hun certificeringstraject hebben 64 therapeuten opnames ingeleverd van PMTO-sessies. Deze opnames zijn door FIMP-ers beoordeeld op de vijf FIMP-dimensies. Van iedere therapeut is een gemiddelde score per dimensie berekend over de ingeleverde opnames. In Tabel 8 worden de gemiddelde scores en de minimaal en maximaal behaalde score per dimensie weergegeven. Therapeuten scoren gemiddeld relatief het hoogste (7,50) op de dimensie Procesvaardigheden en relatief het laagste op de dimensie Didactische vaardigheden (7,01). Alle gemiddelde scores vallen in de categorie 'goed werk'.

Tabel 8. Gemiddelde scores op FIMP-dimensies (N=64 therapeuten).

FIMP-dimensies	Gemiddelde	SD	Minimum	Maximum
<i>PMTO kennis.</i> Mate waarin therapeut het theoretisch model van PMTO beheerst en handelt volgens de PMTO principes	7,05	0,83	4,00	9,00
<i>Structuur.</i> Mate waarin de therapeut de sessie leidt zonder dominant te zijn en responsief reageert op punten die ouders inbrengen.	7,10	0,75	5,50	8,75
<i>Didactische vaardigheden.</i> Mate waarin de therapeut een balans heeft gevonden in het gebruik van verbale en activerende strategieën om ouders de PMTO vaardigheden aan te leren.	7,01	0,75	5,20	8,50
<i>Procesvaardigheden.</i> Mate waarin de therapeut verschillende therapeutische vaardigheden gebruikt om een veilig en ondersteunend leerklimaat te creëren .	7,50	0,62	6,00	9,00
<i>Algehele ontwikkeling:</i> mate waarin de therapeut een goede therapeutische relatie heeft met het gezin en het gezin weet te binden aan PMTO	7,23	0,66	5,50	9,00

Toelichting. Scores op de FIMP-dimensies zijn minimaal 0 en maximaal 9 en worden onderverdeeld in 3 categorieën: 'vraagt nadere aandacht' (0-3), 'acceptabel' (4-6) en 'goed werk' (7-9).

Uitkomsten

In de periode 1 juli 2010- tot 1 juli 2011 hebben 178 gezinnen hun PMTO-behandeling bij één van de vijf PMTO-locaties afgesloten. Daarvan is bij 83 gezinnen zowel bij aanvang als bij einde behandeling de gedragsproblematiek van het kind gemeten en bij 79 gezinnen is eveneens de opvoedingsbelasting gemeten. In Tabel 9 worden de resultaten ten aanzien van probleemgedrag bij aanvang en afsluiting behandeling weergegeven; in Tabel 10 de resultaten ten aanzien van de opvoedingsbelasting bij aanvang en afsluiting.

Bij afsluiting zijn op alle gebieden significante vooruitgangen geboekt. Op het gebied van totale gedragsproblemen en opvoedingsbelasting op het ouderdomein worden effectsizes van .70 en

.74 behaald. Dit zijn middelgrote effecten (ES tussen .50 en .79). Op het gebied van externaliserende gedragsproblemen, totale opvoedingsstress en opvoedingsstress ten aanzien van het kinddomein is sprake van grote effecten (ES .80 of hoger). Alleen op het gebied van internaliserende problemen is sprake van een klein effect (ES tussen .20 en .50). Vooral op het gebied van de opvoedingsbelasting heeft het merendeel van de cliënten een betrouwbare positieve verandering doorgemaakt (63% tot 75%).

Tabel 9. Veranderingen in probleemgedrag (N=83)

Aspect	Aanvang (T1)			Afsluiting (T2)				T1-T2		
	Gem	SD	%PG	Gem	SD	p	%PG	ES	%BV	%++
Totale problemen	66,83	8,57	71	60,13	10,44	<.01	41	0,70	51	27
Internaliseren	60,78	10,33	42	56,02	10,70	<.01	34	0,45	43	23
Externaliseren	69,24	8,37	77	61,53	9,98	<.01	43	0,84	53	29

Tabel 10. Veranderingen in opvoedingsbelasting (N=79)

Aspect	Aanvang (T1)			Afsluiting (T2)				T1-T2		
	Gem	SD	%PG	Gem	SD	p	%PG	ES	%BV	%++
Totale stress	2,32	1,05	85	1,23	1,36	<.01	43	0,90	75	39
Ouderdomein	1,64	1,33	63	0,64	1,39	<.01	29	0,74	63	23
Kinddomein	2,55	0,96	91	1,57	1,30	<.01	58	0,86	68	25

Toelichting Tabel 9 en 10

ES = Effectsize (effectgrootte). ES \geq .80 is groot effect, ES tussen .50 en .79 is middelgroot effect, ES tussen .20 en .49 is klein effect; %PG is het percentage cliënten dat op een probleemschaal in het probleemgebied (= klinische gebied) scoort; %BV is het percentage cliënten dat betrouwbaar veranderd is op basis van de RCI (Reliable Change Index). Als de RCI groter is dan 1,64 dan geldt de verandering als betrouwbaar en positief: de kans dat het gevonden verschil op toeval berust is dan kleiner dan 5%. %++ is het percentage cliënten dat verbeterd én klachtenvrij is. Naast de RCI die de verandering meet is rekening gehouden met de status van de klachten bij Afsluiting (T2). Als criterium voor Normaal geldt: T-score < 60 of deviatiescore < 1,04.

Eveneens is gekeken naar de samenhang in verandering tussen probleemgedrag en opvoedingsbelasting. In Tabel 11 worden deze correlaties weergegeven. Veranderingen op de gedragschalen hangen allen positief samen met verandering op de opvoedingsbelastingsschalen. Hoe groter de veranderingen in het probleemgedrag van het kind, hoe groter de verandering in opvoedingsbelasting van ouders en vice versa.

Tabel 11. Samenhang tussen verandering in probleemgedrag en opvoedingsbelasting

	Totale stress	Ouderdomein	Kinddomein
Totale problemen CBCL	,69*	,52*	,72*
Internaliseren	,47*	,32*	,52*
Externaliseren	,68*	,53*	,70*

* p < 0,01

Ervaren problemen in het primair proces

Aan managers en supervisors is gevraagd voor de eigen organisatie aan te geven in hoeverre de juiste doelgroep PMTO-gezinnen wordt bereikt, in welke mate de PMTO-methodiek wordt uitgevoerd zoals bedoeld in en welke mate de beoogde resultaten van PMTO worden bereikt. Op alle gebieden geven zowel managers als supervisors aan dat de juiste doelgroep en beoogde resultaten worden bereikt en de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld (gemiddelde score tussen 4,00 en

4,65 op een schaal van 1 tot 5). Van de respondenten (managers en supervisors) geeft 61% (N=20) aan dat er op het gebied van doelgroep, uitvoering methodiek PMTO en bereiken van de beoogde resultaten wel problemen zijn geweest. Door deze 20 respondenten zijn 31 problemen genoemd, deze zijn gerubriceerd in vier categorieën. In Tabel 12 worden deze problemen per categorie weergegeven. Zowel managers als supervisors rapporteren vooral problemen op het gebied van de instroom van gezinnen bij PMTO.

Tabel 12. Ervaren problemen op het gebied van doelgroep, interventie en uitkomsten (N=10 managers, N=10 supervisors; N= 31 antwoorden)

Genoemde problemen	Totaal		Managers	Supervisors
	N	%	N=15	N=16
1. Problemen met instroom (de juiste doelgroep bereiken; onvoldoende instroom, gezinnen zijn moeilijk te verkrijgen, RCT verkleint de instroom; bekendheid van module zowel intern in de organisatie als extern van BJZ, weinig tot geen PMTO indicaties van BJZ, intern angst voor nieuw ambulante programma).	17	55%	73%	38%
2. Opstartproblemen (In opleiding zijnde therapeuten, waardoor methodiek in het begin nog niet helemaal goed werd uitgevoerd; inschatting door therapeuten van zwaarte problematiek; gezinnen die afhaken; diagnostiek verloopt rommelig, vragenlijsten niet goed ingevuld).	6	19%	20%	18%
3. PMTO in de pleegzorg (Standaard PMTO sluit niet altijd aan in pleegzorg; wanneer PMTO in pleegzorg inzetten: preventief of curatief; effecten van PMTO zijn in pleegzorg anders dan bij 'reguliere' gezinnen; kindgedrag neemt niet af, maar pleegouders voelen zich capabeler om met het specifieke gedrag om te gaan).	4	13%	--	25%
4. Randvoorwaarden (Organisatie wil snijden in wekelijkse supervisie ivm financieel plaatje; lang traject voor certificering; geen goede ruimtes beschikbaar, afspeelapparatuur voor DVD's)	4	13%	7%	18%
	31	100%	100%	100%

Van de 31 genoemde problemen zijn er 28 inmiddels opgelost. Voor de meeste van deze 28 problemen (62%) is intern actief naar een oplossing gezocht; 35% van de problemen hebben zich vanzelf opgelost in de loop der tijd; voor één probleem (3%) is actief met het Kenniscentrum gezocht naar een oplossing. Bij 15% van de 28 genoemde problemen heeft het Kenniscentrum een bijdrage aan de oplossing van het probleem geleverd door middel van advies, coaching, overleg en informatieoverdracht.

3.4 Structurele financiering

Vanaf de start van PMTO in Nederland is er een stuurgroep PMTO opgericht die bestaat uit een vertegenwoordiging van de directeurs van de deelnemende instellingen. Voor de financiering van het Kenniscentrum na het ZonMW traject, heeft de stuurgroep voorzieningen getroffen, door in de afgelopen jaren 1.000 euro per opgeleide PMTO therapeut te reserveren voor de stuurgroep. Hiermee is een reserve opgebouwd waarmee in de jaren 2012-2013 de belangrijkste activiteiten van het Kenniscentrum kunnen worden geborgd. Hiertoe is 40.000 tot 50.000 euro per jaar nodig. In 2012 zal de stuurgroep een jaarlijks contributiebedrag vaststellen waarmee de Kenniscentrum activiteiten blijvend uit kunnen worden gefinancierd. Daarnaast is afgesproken dat het

opleidingstraject en de hercertificering van therapeuten door iedere instelling zelf betaald wordt. Voor speciale activiteiten die het Kenniscentrum wil uitvoeren, zoals onderzoek naar een bepaald onderwerp, zal het Kenniscentrum externe financiering moeten werven.

3.5 Gestelde doelen Kenniscentrum

In onderstaande wordt per doel beschreven in welke mate deze op 1 november 2011 al dan niet gerealiseerd is en wat de verwachting is dat behaald is op 1 april 2012.

- 1. Er zijn in Nederland tenminste 15 instellingen die voldoen aan de eisen zoals opgesteld in de Readiness Checklist en die PMTO (gaan) uitvoeren.*

Momenteel wordt PMTO uitgevoerd in 13 instellingen. Mede door de aanstaande fusie van twee instellingen die beide PMTO uitvoeren is de verwachting is dat het aantal van 15 instellingen op 1 april 2012 niet behaald zal zijn. Wel treffen meerdere instellingen voorbereidingen om PMTO te gaan implementeren. De kosten van de opleiding van een team van therapeuten (en supervisor) vragen om aanvullende gelden, die instellingen doorgaans extern moeten aanvragen.
- 2. PMTO is erkend als effectieve interventie door de Erkenningscommissie (niet-justitiële) Jeugdinterventies (Nji).*

PMTO is momenteel in de databank effectieve jeugdinterventies opgenomen onder de noemer, 'theoretisch goed onderbouwd'. Nadat de RCT-studie (Thijssen & De Ruiter, 2009) naar PMTO is afgerond zal naar verwachting PMTO als effectieve interventie erkend worden.
- 3. De PMTO opleiding is erkend door de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT).*

De opleiding zal niet erkend worden door de VGCT. Dit kan alleen als de opleiders allen geregistreerd zijn als cognitief-gedragstherapeut ('gewoon lid') bij de VGCT. Op dit moment is alleen de hoofdopleider geregistreerd lid. Daarnaast moeten de meeste opleiders geregistreerd zijn als supervisor bij de VGCT. Omdat aan deze registratie een eis vastzit van 0,3FTE aan directe cliëntencontacten, komt de hoofdopleider hier niet voor in aanmerking. Momenteel wordt gezocht naar een alternatieve structurele verbinding met bestaande beroepsverenigingen of beroepsregisters, daartoe lopen verschillende aanvragen.
- 4. Er zijn 130 PMTO therapeuten opgeleid waarvan 60 gecertificeerd.*

Er zijn op 1 november 2011 104 therapeuten opgeleid, waarvan er 51 zijn gecertificeerd. Omdat in november 2011 een nieuwe opleiding start, neemt dat aantal verder toe. Naar verwachting zal het aantal van 130 therapeuten in opleiding waarvan 60 gecertificeerd, op 1 april 2012 bij benadering behaald zijn.
- 5. Er is een systeem voor verzameling, beoordeling en uitwisseling van opnames.*

Vanaf de start zijn alle behandelingen opgenomen. Deze opnames stonden op DVD en werden per post opgestuurd naar het Kenniscentrum. De veiligheidsrisico's van rondslingerende en verloren DVD's alsmede de verwerkingskosten bij de instelling en het Kenniscentrum maakten het noodzakelijk om voor de langere termijn een veiliger en efficiënter systeem te laten ontwikkelen. Dit systeem is ontwikkeld en sinds 2010 operationeel. Bijeenkomsten worden opgenomen op een SD-kaartje. Dit SD-kaartje wordt op een beveiligde manier geupload naar

de opleidingsdatabase. Naar verwachting zijn in 2012 vrijwel alle DVD camera's aan vervanging toe en gaan alle instellingen over op het uploadsysteem.

6. *Er is een monitorsysteem gericht op continue evaluatie van proces en uitkomsten.*

Er zijn structurele informatiestromen tussen locaties en het Kenniscentrum over doelgroep, interventie en uitkomsten. Tussen de PMTO-locaties en het Kenniscentrum zijn contracten afgesloten dat de locaties periodiek gegevens afstaan aan het Kenniscentrum zodat ze feedback terug kunnen krijgen. Deze informatiestromen functioneren in de praktijk nog niet optimaal. Zo maken niet alle instellingen gebruik van hetzelfde databasesysteem waardoor gegevens niet eenvoudig samengevoegd kunnen worden. Ook worden gegevens niet in alle instellingen digitaal verwerkt. De verwachting is dat op 1 april 2012 de aanzet tot centrale verwerking en feedback georganiseerd is.

7. *In samenwerking met ISII/OSLC is een onderzoek naar 'failure cases' uitgevoerd.*

In 2010 is door een viertal opleiders een bezoek gebracht aan het Oregon Social Learning Center. Door Gerald Patterson en Marion Forgatch zijn zij geschoold in het uitvoeren van een 'failure case' onderzoek. Een failure case onderzoek is een onderzoek naar de behandelingen die niet het succes hebben opgeleverd wat gezien de gemiddelde effect size verwacht mag worden. Die gezinnen worden nader onderzocht: wat kenmerkt hen, hoe ziet de interactie eruit, welke externe factoren spelen mee, wat is in de behandeling wel en niet gelukt. Op deze manier worden hypothesen gegenereert over wat nodig is om PMTO voor een bredere doelgroep optimaal effectief te maken. Dit onderzoek wordt in 2012 uitgevoerd, als onderdeel van een promotieonderzoek naar de werkzame factoren voor PMTO.

8. *Er ligt een, door de uitvoerende instellingen gedragen, 10-jaren plan over de richting waarin PMTO zich gaat ontwikkelen.*

In samenspraak met de stuurgroep PMTO werkt het Kenniscentrum aan dit plan. Dit is op 1 april gereed.

9. *Er zijn overlegstructuren binnen PMTO en uitwisseling met ontwikkelaars van andere oudertrainingen en evidence based programma's.*

Er zijn goed functionerende overlegstructuren voor de supervisors, de opleiders en voor het FIMP-en door de opleiders. Ook het overleg tussen de stuurgroep PMTO en het Kenniscentrum is een goed functioneerde structuur, wat benut wordt om stappen te zetten in de ontwikkeling, borging en verspreiding van PMTO. De enige overlegstructuur die tot op heden ontbreekt is die met de direct leidinggevenden van de therapeuten, de teamleiders. Wel zijn er directe contacten met managers.

De uitwisseling met ontwikkelaars van andere oudertrainingen en evidence based programma's heeft op verschillende manieren plaatsgevonden. Voorbeelden hiervan zijn deelname aan een tweetal programmatafels, waarin ontwikkelaars/eigenaren van diverse programma's met elkaar spraken over samenwerking, deelname aan de klankbordgroep van de NIP/NVO richtlijn 'Gedragsproblemen' en ...

10. *Er is een conferentie georganiseerd waarbij ook buitenlandse PMTO deelnemers worden uitgenodigd.*

In november 2009 is een conferentie georganiseerd door het Kenniscentrum waarbij buitenlandse sprekers zijn uitgenodigd. Daarnaast heeft in mei 2011 de eerste internationale PMTO conferentie plaatsgevonden. De Nederlandse delegatie heeft een substantiële bijdrage geleverd aan deze conferentie, in de vorm van lezingen en workshops. Tijdens de conferentie, waar alle landen waarin PMTO wordt uitgevoerd waren vertegenwoordigd, zijn zowel

afspraken gemaakt voor een volgende conferentie als voor samenwerking en uitwisseling op andere momenten. Dit heeft voor Nederland een aantal concrete materialen en verdiepingen voor de methodiek opgeleverd.

11. *Het overleg dat al gestart is met Zorgverzekeraars Nederland, VWS en de provincies over structurele financiering wordt gecontinueerd.*

Dit overleg is gecontinueerd. Op zeker moment is duidelijk geworden dat eerst de uitkomsten van de RCT moeten worden afgewacht voor de mogelijkheden van structurele financiering via deze partijen verder kunnen worden onderzocht. Deze uitkomsten worden medio 2013 verwacht.

Hoofdstuk 4. Samenvatting en conclusie

Om de implementatie en uitvoering van PMTO in Nederland goed uit te kunnen voeren, is in 2009 met subsidie van ZonMW door PI Research een Kenniscentrum PMTO opgericht. Conform de eis van ZonMW moet het functioneren van het Kenniscentrum worden onderzocht. Om het functioneren van het Kenniscentrum te evalueren is een aantal onderzoeksvragen opgesteld. In paragraaf 4.1 worden de resultaten per onderzoeksvraag kort samengevat. In paragraaf 4.2 worden de resultaten bediscussieerd en worden enkele aanbevelingen gedaan.

4.1 Samenvatting van de onderzoeksresultaten

4.1.1 Implementatie van PMTO in Nederland

In hoeverre is de PMTO-methodiek in Nederland voldoende verspreid?

- PMTO is inmiddels geïmplementeerd in 12 organisaties in Nederland, er zijn 104 therapeuten opgeleid, 17 supervisors en 9 opleiders.
- De website van het Kenniscentrum is een belangrijk middel in de interne en externe communicatie van PMTO. Uit de enquête naar de waardering van het Kenniscentrum blijkt dat supervisors de website met een 7,8 beoordelen, therapeuten met een 7,4 en managers met een 7,1. Vooral de vormgeving en de informatie over PMTO worden gewaardeerd. Respondenten geven eveneens aan dat de website op deze punten nog verbeterd kan worden.
- Bij de implementatie van PMTO in de eigen organisatie geeft 83% van de managers en 59% van de supervisors aan dat zij daarin knelpunten hebben ervaren. Deze betreffen vooral de randvoorwaarden zoals administratieve ondersteuning, aantal uren PMTO per medewerker en inbedding van PMTO in de organisatie. De meeste problemen zijn inmiddels opgelost; volgens managers veelal intern, volgens supervisors heeft het Kenniscentrum daarbij in veel gevallen een rol gespeeld.

Welke activiteiten zijn er door het Kenniscentrum uitgevoerd om de PMTO-methodiek verder te ontwikkelen?

- Het Kenniscentrum heeft een overleg- en scholingsstructuur opgezet voor supervisors, opleiders en FIMP-ers en opleidingstraject voor supervisors ontwikkeld.
- Het Kenniscentrum heeft een uploadsysteem laten ontwikkelen waarmee therapeuten op de locatie hun opgenomen therapiesessie op een beveiligde manier uploaden naar de opleidingsdatabase. Het gebruik van beelden voor zelfreflectie, supervisie en beoordeling en onderzoek is hierdoor structureel gewaarborgd.
- Om de kwaliteit van therapeuten te waarborgen is de jaarlijkse hercertificering ingevoerd en worden jaarlijks bijscholingsdagen georganiseerd. Ook is het opleidingsdraaiboek voor de opleiding van therapeuten uitgewerkt, getest en bijgesteld.

- De PMTO-methodiek is verfijnd voor het werken met pleegouders, gezinshuisouders en ouders van kinderen met een verstandelijke beperking. Daarnaast wordt de methodiek momenteel aangepast voor de doelgroep 12 jaar en ouder. Er zijn verschillende werkboekmaterialen ontwikkeld rondom specifieke thema's als veiligheid en weerstand.

4.1.2 Waaruit bestaat het systeem voor kwaliteitsbewaking?

- Het systeem voor kwaliteitsbewaking bestaat uit drie niveaus: het Kenniscentrum, de locaties en het primair proces.
- Het Kenniscentrum richt zich vooral op de kwaliteit van de uitvoer van de methodiek PMTO. Het gaat dan om opleiding, certificering en hercertificering van therapeuten, supervisie en bijscholing. De FIMP speelt daarbij een belangrijke rol.
- Op primair proces niveau wordt informatie verzameld over doelgroep en uitkomsten aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten. Sommige locaties gebruiken deze gegevens om hun eigen verbeteracties in te zetten. Er zijn afspraken gemaakt dat locaties deze gegevens periodiek aanleveren aan het Kenniscentrum. Informatie over de interventie wordt verzameld in de opleidingsdatabase en middels opnames van alle bijeenkomsten.

4.1.3 Hoe werkt het kwaliteitssysteem in de praktijk en hoe wordt het gewaardeerd?

Opleiding en scholing van PMTO-therapeuten

- Een opleidingstraject voor PMTO-therapeuten duurt minimaal 10 maanden en bestaat uit een aantal opleidingsblokken, interne en externe supervisie en schriftelijke feedback. Gedurende het opleidingstraject heeft een therapeut al enkele gezinnen in behandeling. Na afronding van de opleidingsblokken wordt een therapeut uitgenodigd zich te certificeren als de opleiders aangeven dat de therapeut voldoende scoort op de FIMP-vaardigheden.
- Uit de enquête naar de waardering van het Kenniscentrum blijkt dat de opleiding tot PMTO-therapeut wordt gewaardeerd met gemiddeld een 8. De opleidingsblokken zijn het meest helpend, de (eenmalige) telefonische feedback wordt als minst helpend gezien.

Kwaliteitsborging na de opleiding

- Om de kwaliteit van de methodiek te blijven waarborgen moeten therapeuten zich jaarlijks hercertificeren. Aan de hand van een opname van een bijeenkomst wordt nagegaan of de therapeut nog voldoende scoort op de FIMP-vaardigheden. Eveneens moeten de therapeuten blijven deelnemen aan de interne supervisiebijeenkomsten. Supervisoren en opleiders komen afzonderlijk van elkaar, tweemaandelijks bijeen. Maandelijks is er overleg tussen de FIMP-ers (degenen die de bijeenkomsten beoordelen op FIMP-vaardigheden) om onderling betrouwbaar te blijven en jaarlijks is er afstemming met het OSLC in de VS.
- Uit de enquête naar de waardering van het Kenniscentrum blijkt dat volgens 34% van de therapeuten de rol van het Kenniscentrum in het waarborgen van de kwaliteit van PMTO-therapeuten groot is en volgens 46% gemiddeld. Belangrijkste manieren waarop het Kenniscentrum die rol vormgeeft zijn de activiteiten in het kader van die kwaliteitsborging,

zoals opleiding, supervisie, studiedagen; en de kennis en informatie die het Kenniscentrum over PMTO verstrekt.

- Uit de enquête blijkt voorts dat de supervisorenbijeenkomsten worden gewaardeerd met een 8,3; vooral de intervisie wordt gewaardeerd. Supervisoren voelen zich door het Kenniscentrum vooral ondersteund door de supervisorenbijeenkomsten en het individuele advies en de ondersteuning die het Kenniscentrum biedt.

Kwaliteit van het primair proces

- Op basis van de verzamelde gegevens over probleemgedrag en opvoedingsbelasting bij vijf PMTO-locaties blijkt dat de kinderen die bij PMTO worden aangemeld forse, met name externaliserende gedragsproblematiek laten zien; 77% van de gezinnen bevindt zich in het klinisch probleemgebied. Ouders ervaren daarnaast een hoge mate van opvoedingsbelasting; 72% van de ouders bevindt zich in het klinisch probleemgebied. Zij ervaren vooral veel belasting ten aanzien van hun kind en in mindere mate ten aanzien van hun eigen handelen.
- De kwaliteit van de uitvoer van de PMTO-methodiek door therapeuten, valt gemiddeld gezien in de categorie 'goed werk'.
- Bij afsluiting van de PMTO-behandeling zijn zowel ten aanzien van de gedragsproblematiek als ten aanzien van de opvoedingsbelasting significante vooruitgangen geboekt. Er is sprake van een groot effect bij externaliserende gedragsproblemen (ES .84); 43% van de gezinnen bevindt zich nog in het klinische probleemgebied een afname van 33%. Ook bij de totale opvoedingsbelasting is sprake van een groot effect (ES .90), 43% van de ouders bevindt zich nog in het klinisch probleemgebied, een afname van 29%.
- Uit de enquête naar de waardering van het Kenniscentrum komt naar voren dat 61% van de managers en supervisoren aangeeft dat er problemen zijn geweest ten aanzien van doelgroep, interventie en uitkomsten. Uit nadere beschouwing blijkt het vooral te gaan om problemen met de instroom en het bereiken van de juiste doelgroep voor PMTO. Deze problemen zijn inmiddels opgelost, ofwel omdat er in de organisatie actief naar een oplossing is gezocht, ofwel omdat de problemen zich in de loop der tijd vanzelf hebben opgelost.

4.1.4 In hoeverre is er een structurele financiering voor het Kenniscentrum PMTO verwezenlijkt?

- Instellingen zullen zelf het opleidingstraject en de jaarlijkse hercertificering van therapeuten bekostigen.
- De stuurgroep PMTO stelt in 2012 een jaarlijkse contributie vast voor alle organisaties die PMTO uitvoeren, om de organisatie-overstijgende activiteiten van het Kenniscentrum te financieren. In 2012 wordt dit gefinancierd uit de reserves van de stuurgroep zelf.
- Voor speciale activiteiten zoals onderzoek naar specifieke onderwerpen, zal externe financiering worden geworven.

4.1.5 In hoeverre zijn de doelstellingen van het Kenniscentrum gerealiseerd?

- De doelstellingen zoals die in de subsidie-aanvraag voor ZonMW zijn geformuleerd zijn op 1 november 2011 deels gerealiseerd. Naar verwachting zullen de meeste doelstellingen op 1 april 2012 zijn bereikt. Het gestelde doel ten aanzien van een monitorsysteem gericht op continue evaluatie van proces en uitkomsten zal nog extra aandacht behoeven.

4.2 Conclusies en aanbevelingen

Alle resultaten in het geheel overziend kan ten aanzien van het functioneren van het Kenniscentrum het volgende gesteld worden. Het kwaliteitssysteem PMTO heeft zich tot nu toe vooral gericht op de implementatie van PMTO en de kwaliteit van de uitvoer van PMTO: opleiding, supervisie, certificering en implementatie in organisaties. Bij het implementeren van een nieuwe methodiek is het ook een logische stap om eerst vooral aandacht te besteden aan een goede inbedding en een goede uitvoer van de methodiek. Het uitgangspunt daarbij is dat een goede uitvoer van de methodiek ook zal leiden tot de gewenste resultaten. De bevindingen uit het primair proces (CBCL en NOSI) ondersteunen deze hypothese. Er worden positieve resultaten geboekt: de gemiddelde scores bij afsluiting van behandeling op gedragsproblemen en opvoedingsbelasting liggen onder de klinische grens en er zijn grote effectsizes behaald; 0,70 voor gedragsproblemen, 0,84 voor externaliserende gedragsproblemen en 0,90 voor opvoedingsbelasting. Ter vergelijking, uit een langlopend onderzoek bij Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (IOG) (Veerman, De Meyer & Roosma, 2007) blijkt dat gemiddeld effectsizes van 0,64 voor gedragsproblemen en effectsizes van 0,68 voor opvoedingsbelasting worden behaald. Uit een meta-analyse van Veerman, Janssens en Delicat (2005) naar de effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp programma's, blijkt dat gemiddeld genomen effectsizes van 0,50 behaald worden. De effectsizes voor PMTO lijken in vergelijking met de intensieve pedagogische thuisbehandeling wat hoger te liggen.

Hoewel de link tussen methodiek en behaalde uitkomsten aan de hand van deze resultaten niet kan worden gelegd, is het wel aannemelijk dat er een verband is. De kinderen die worden aangemeld bij PMTO hebben bijna allemaal met ernstige tot zeer ernstige externaliserende problemen te kampen waardoor ouders aanzienlijke opvoedingsbelasting ervaren. Het is niet aannemelijk dat deze ernstige problematiek op grond van toevallige factoren zo substantieel zal veranderen als in de onderhavige uitkomsten is gebleken (Veerman & Van Yperen, 2008). Het lopende Randomized Controlled Trial (RCT)-onderzoek naar PMTO in Nederland, dat momenteel door de Universiteit van Maastricht wordt uitgevoerd, zal op termijn een antwoord kunnen geven op de vraag naar de effectiviteit van PMTO. Voorts blijkt uit onderzoek van Forgatch, Patterson en DeGarmo (2005) dat er een sterk verband is tussen de FIMP-scores van een therapeut en het effect van zijn behandelingen; hoe hoger de FIMP-scores van een therapeut, hoe groter de verandering in het ouder- en kindgedrag. In het onderhavige onderzoek was het niet mogelijk de FIMP-scores van therapeuten in verband te brengen met de behaalde behandeluitkomsten. Hoewel er van alle bijeenkomsten opnames zijn gemaakt, zijn enkel de opnames ten behoeve van het certificeringstraject van therapeuten gescoord op de FIMP-vaardigheden. Het scoren van opnames aan de hand van de FIMP-vaardigheden is arbeidsintensief en wordt tot nu toe alleen gedaan ten behoeve van de certificering of hercertificering. Uit de analyses van de opnames van 64 therapeuten

in hun certificeringstraject blijkt dat zij gemiddeld goede scores behalen op de afzonderlijke dimensies van de FIMP. In het kader van een lopend promotie-onderzoek zal de relatie tussen de FIMP-scores van therapeuten en de behaalde behandeluitkomsten wel nader onderzocht worden.

Om in de toekomst snel bij te kunnen sturen en om te onderzoeken waar het optimale evenwicht ligt tussen investering in de uitvoer van de methodiek en de bereikte resultaten is het van belang een goed en zo volledig mogelijk resultaatgericht kwaliteitssysteem te hebben. In zo'n kwaliteitssysteem is naast de uitvoering van de methodiek, ook aandacht voor het bereiken van de doelgroep, de behaalde uitkomsten en de relatie tussen daartussen. Cijfers hierover kunnen intern aanzetten tot verbeteracties en extern een rol spelen in de verantwoording naar financiers en cliënten. Dan wordt het ook mogelijk om een verband te leggen met de interventie. Uit het waarderingsonderzoek blijkt dat er op het gebied van doelgroep wel wat problemen zijn geweest, maar die zijn door de instellingen zelf opgelost. Ook ten aanzien van de het behalen van de gewenste resultaten met PMTO worden door de respondenten weinig problemen genoemd. Toch is het van belang dat het Kenniscentrum de vinger aan de pols kan houden wanneer zich in de toekomst op deze gebieden eventueel wel problemen zouden voordoen.

De basis voor zo'n resultaatgericht kwaliteitssysteem is er wel (de meeste instellingen werken met hetzelfde digitale databasesysteem (Bergop)), maar is tot nog toe onvoldoende van de grond gekomen. In de onderhavige studie was van vijf van de twaalf PMTO-locaties de dataverzameling zo georganiseerd dat zij goed toegankelijk was voor de onderzoekers. Van de overige locaties was ofwel de dataverzameling net opgestart, ofwel de dataverzameling was niet gedigitaliseerd ofwel er werd gebruikt gemaakt van een ander databasesysteem. Ook de respons van de vijf locaties waarvan de gegevens wel geanalyseerd konden worden is met name ten aanzien van de eindmeting aan de lage kant. De gemiddelde respons op de eindmeting is 44% voor de NOSI en 47% voor de CBCL; kijkend naar de afzonderlijke instellingen, varieert deze tussen de 15% en 60%. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen wordt een respons van 70% bij een herhaalde meting als voldoende beschouwd (Veerman & Roosma, 2008). Vanuit het Kenniscentrum zal naar de PMTO-locaties toe meer nadruk gelegd moeten worden op het belang van een goede dataverzameling om gefundeerde uitspraken te kunnen doen over de behaalde resultaten van PMTO.

Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat de verkregen resultaten snel teruggekoppeld worden naar het primaire proces en het beleid. In het primaire proces zouden uitkomsten van de afname van vragenlijsten een onderwerp van gesprek en tussentijdse evaluatie met de cliënt kunnen zijn. Op beleidsniveau zouden enkele kerncijfers over bereikte doelgroep, uitgevoerde behandelingen en behaalde uitkomsten regelmatig in een *factsheet* samengevat kunnen worden. Deze gegevens zijn zowel voor sturing op de afzonderlijke locaties als voor sturing vanuit het Kenniscentrum van belang. Voorstelbaar is dat, met toestemming van de locaties, de digitale database BergOp zo wordt ingericht dat het Kenniscentrum de gegevens periodiek kan 'aftappen' en de kerncijfers in een vast formaat kan rapporteren en bespreken.

In het waarderingsonderzoek is door managers een aantal keer de intensiteit van de PMTO-methodiek genoemd als ervaren knelpunt. Het gaat dan met name om de gestelde randvoorwaarden voor PMTO, en het intensieve opleidings- en kwaliteitsborgingssysteem van PMTO. Een goed functionerend effectief en efficiënt resultaatgericht kwaliteitssysteem, waarbij het Kenniscentrum snel feedback krijgt op doelgroep en uitkomstgegevens kan ook een bijdrage leveren aan het zoeken naar een optimaal evenwicht tussen investering in de methodiek en de gewenste resultaten. Zo zou bijvoorbeeld kunnen worden onderzocht of het mogelijk is het aantal supervisie-uren te verminderen en toch dezelfde kwaliteit en resultaat van behandeling te realiseren. Er zal gezocht moeten worden

naar een manier waarop het Kenniscentrum snel de juiste gegevens voorhanden krijgt. Dat zou kunnen door bijvoorbeeld het Kenniscentrum toestemming te geven om als superuser toegang te krijgen tot alle Bergopgegevens van PMTO. Daarnaast zal door managers van PMTO-locaties het belang van een resultaatgericht kwaliteitssysteem moeten worden onderschreven.

Referenties

- Abidin R.R. (1983). *Parenting Stress Index: Manual, Administration Booklet and Research Update*. Charlottesville: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School age Forms & Profiles*. Burlington: ASEBA.
- Albrecht, G. (2009). PMTO zo uitvoeren dat het effectief is: één hulpmiddel voor opleiding, supervisie en kwaliteitsborging. In: J. R. M. Gerris en R. C. M. E. Engels (red.), *Professionele kwaliteit in Jeugdzorg en Jeugdonderzoek* (pp. 99-108). Assen: Van Gorcum.
- Bekkema, N., Mikolajczak, J., & Wiefferink, K. (2008). Implementation study PMTO: the Netherlands (January 2006 – December 2007). Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Brock, A.J.L.L., de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992). *NOSI, Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Experimentele versie. Handleiding*. Lisse: Swets & zeitlinger.
- Forgatch, M.S., Bullock, B.M. & Patterson, G.R. (2004). From theory to practice: Increasing effective parenting through role-play. The Oregon Model of Parent Management Training (PMTO). In: H. Steiner, (Ed.): *Handbook of mental health interventions in children and adolescents. An Integrated Developmental Approach*. New York: Jossey-Bass.
- Hermanns, J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen*. Utrecht: Juliusgroep.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance. A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Knutson, N.M., Forgatch, M.S., & Rains, L.A. (2003). *Fidelity of implementation rating (FIMP): The training manual for PMTO*. Eugene, OR: Oregon Social Learning Center.
- Knutson, N. M., Forgatch, M. S., Rains, L. A ., & Sigmarsdottir, M. (2009). *Fidelity of Implementation Rating System (FIMP): The manual for PMTO (Revised ed.)*. Eugene, OR: Implementation Sciences International, Inc.
- Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (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*, 607-621.
- Patterson, G.R (1982). *A social learning approach: 3. Coercive family process*. Eugene: OR Castalia.
- Patterson, G. (2005). The Next Generation of PMTO Models. *The Behavior Therapist*, *28*, 25–32.
- Thijssen, J. & De Ruiter, C. (2010). Experimenteel effectonderzoek naar PMTO in Nederland. Streng bewaking van kwaliteit bij PMTO. *Jeugdenco Kennis*, *4*, 8-14.
- Van Leeuwen, E. & Albrecht, G. (2008). *Parent Management Training Oregon*. Amsterdam: PI-Research.
- Veerman, J.W., De Meyer, R.E., & Roosma, D. (2007). Effectonderzoek aan huis; opzet en uitkomsten van het onderzoek van de Hulp aan Huisprogramma's in Noord- en Oost-Nederland. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *46*, 155-168.
- 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., & Roosma, D. (2008). Onderzoekslogistiek in de praktijk. In: T. van Yperen & J.W. Veerman (red.), *Zicht op effectiviteit: Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 293-306). Delft: Eburon.

- Veerman, J. W., & Van Yperen, T. (2008). Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek? In: T. van Yperen & J.W. Veerman (red.), *Zicht op effectiviteit: Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 17-34). Delft: Eburon.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Vermulst, A.A., de Brock, A.J.L.L., Gerris, J.R.M., Veerman, J.W. (2011). *Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Meetinstrument voor de vaststelling van stress bij opvoeders. Een uitgebreide versie (NOSI-R) voor psychodiagnostische doeleinden en een verkorte versie (NOSIK-R) voor signaleringsdoeleinden. Voorlopige versie*. Nijmegen: Behavioural Science Institute/Praktikon.
- Zwikker, M. & J. van Everdingen (mei 2008). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Parent Management Training Oregon (PMTO)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Gedownload op 14/03/2011 van www.nji.nl

Voorbeeld vragenlijst waarderingsonderzoek Versie voor Supervisoren

Waarderingslijst PMTO Supervisoren

Instelling: Praktikon PMTO
 Cliënt: Evaluatieonderzoek Kenniscentrum PMTO Praktikon testomgeving
 Informant: Supervisor
 Invuldatum: 31-05-2011
 Module: PMTO 17-05-2011 Meetmoment: Aanvang

**Achtergrond/PMTO algemeen**

1. Hoe lang bent u werkzaam als PMTO-therapeut? (jaren/maanden)

2. Hoe lang bent u werkzaam als PMTO-supervisor? (jaren/maanden)

3. Bent u eveneens opleider PMTO?

- Ja
 Nee

Kenniscentrum algemeen

1. Wat zijn volgens u belangrijke taken van het Kenniscentrum PMTO? Noemt u er maximaal twee.

1.

2.

2. Heeft u zelf wel eens contact opgenomen met het KC om iets te vragen?

- Ja
 Nee

2a. Zo ja, met welke vra(a)g(en) heeft u dan contact opgenomen met het KC?

1.

2.

2b. Heeft u een bevredigend antwoord gekregen op uw vragen?

- Ja
 Nee

3. Met wat voor ander soort vragen zou u graag bij het KC terecht kunnen?

1.

2.

4. Kent u de PMTO-website?

- Ja
 Nee

5. Hoe vaak bezoekt u (gemiddeld) de PMTO-website?

- Meerdere keren per week
 1 keer per week
 1 keer per twee weken
 1 keer per maand
 1 keer per kwartaal
 Nauwelijks/nooit

6. Waar gebruikt u de website PMTO vooral voor?

- Informatie over PMTO
 Nieuwsberichten
 Publicaties downloaden
 Informatie uitwisseling met andere PMTO-therapeuten
 Anders, nl:

7. Welk rapportcijfer geeft u de website PMTO?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Wat is goed en wat kan beter?

Goed:

1.

2.

Kan beter:

1.

2.

Opleiding PMTO-therapeut

1. Welk rapportcijfer geeft u de opleiding tot PMTO-

therapeut?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Bent u bij de implementatie van PMTO binnen uw organisatie tegen knelpunten aangelopen?

- Ja
 Nee → ga verder bij vraag 1 van **Supervisie**

2a. Zo ja, kunt u een korte omschrijving geven van dit of deze knelpunten?

1.
 2.

2b. Zijn de knelpunten opgelost of wordt er gewerkt aan het oplossen ervan?

- Ja
 Nee
 Weet niet

2c. Zo ja, op welke wijze?

1.
 2.

2d. Heeft het KC bijgedragen aan of draagt het KC bij aan het oplossen van de door u genoemde knelpunten?

- Ja
 Nee
 Weet niet

2e. Zo ja, op welke wijze?

1.
 2.

Supervisie

1. Heeft u deelgenomen aan (een deel van) een twee-daagse scholing tot supervisor?

- Ja
 Nee

1a. Zo ja, hoe waardeert u deze scholing?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Hoe waardeert u de maandelijkse bijeenkomsten met andere supervisoren?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3a. Wat is goed aan deze maandelijkse bijeenkomsten en wat kan beter?

Goed:

1.
 2.

Kan beter:

1.
 2.

4. Ervaart u als supervisor problemen bij het geven van supervisie?

- Ja
 Nee → ga verder bij vraag 5

4a. Zo ja, kunt u een korte omschrijving geven van deze problemen m.b.t. doelgroep, methodiek en/of uitkomsten?

1.
 2.

4b. Is het probleem opgelost of wordt er gewerkt aan het oplossen daarvan?

- Ja
 Nee
 Weet niet

4c. Zo ja, op welke wijze is het opgelost?

1.
 2.

4d. Heeft het KC bijgedragen of draagt het KC bij aan het oplossen van deze problemen?

- Ja
 Nee
 Weet niet

4e. Zo ja, op welke wijze?

1.
2.

5. Op welke manier ondersteunt het KC u als supervisor?

6. Wat is goed en wat kan beter?

Goed:

1.
2.

Beter:

1.
2.

7. Als er in uw organisatie problemen zouden zijn met de supervisie, vindt u dat het KC dan een rol zou moeten spelen bij het oplossen daarvan?

- Ja
 Nee
 Weet niet

7a. Zo ja, kunt u kort omschrijven waaruit deze rol dan moet bestaan?

1.
2.

Resultaten

1. In welke mate wordt in uw organisatie de juiste doelgroep PMTO-gezinnen bereikt?

- Helemaal niet
 Niet
 Enigszins
 Wel
 Helemaal wel
 Bij mij onbekend

2. In welke mate wordt in uw organisatie de PMTO-methodiek uitgevoerd zoals bedoeld?

- Helemaal niet
 Niet
 Enigszins
 Wel
 Helemaal wel
 Bij mij onbekend

3. In welke mate worden in uw organisatie de beoogde uitkomsten/resultaten van PMTO bereikt?

- Helemaal niet
 Niet
 Enigszins
 Wel
 Helemaal wel
 Bij mij onbekend

4. Zijn er problemen (geweest) met het bereiken van de juiste doelgroep, de uitvoering van de methodiek PMTO en/of het bereiken van de beoogde uitkomsten?

- Ja
 Nee → ga verder bij vraag 5
 Weet niet

Zo ja, kunt u in onderstaande maximaal drie problemen noemen?

A. Probleem 1

A1. Geef een korte omschrijving van het probleem.

A2. Is het probleem opgelost of wordt er gewerkt aan het oplossen ervan?

- Ja
 Nee
 Weet niet

A3. Zo ja, op welke wijze is het opgelost?

A4. Heeft het KC bijgedragen aan het oplossen van de door u genoemde problemen?

- Ja
 Nee
 Weet niet

A5. Zo ja, op welke wijze?

B. Probleem 2

B1. Geef een korte omschrijving van het probleem.

B2. Is het probleem opgelost of wordt er gewerkt aan het oplossen ervan?

- Ja
 Nee

Weet niet

B3. Zo ja, op welke wijze is het opgelost?

B4. Heeft het KC bijgedragen aan het oplossen van de door u genoemde problemen?

- Ja
 Nee
 Weet niet

B5. Zo ja, op welke wijze?

C. Probleem 3

C1. Geef een korte omschrijving van het probleem.

C2. Is het probleem opgelost of wordt er gewerkt aan het oplossen ervan?

- Ja
 Nee
 Weet niet

C3. Zo ja, op welke wijze is het opgelost?

C4. Heeft het KC bijgedragen aan het oplossen van de door u genoemde problemen?

- Ja
 Nee
 Weet niet

C5. Zo ja, op welke wijze?

5. In het algemeen: als uw organisatie problemen zou hebben om de juiste doelgroep PMTO-gezinnen te bereiken, vindt u dat het KC dan een rol moet spelen in het oplossen daarvan?

- Ja
 Nee
 Weet niet

6. In het algemeen: als uw organisatie problemen zou hebben met de uitvoering van de methodiek PMTO, vindt u dat het KC dan een rol moet spelen in het oplossen daarvan?

- Ja
 Nee
 Weet niet

7. In het algemeen: als uw organisatie problemen zou hebben met de behaalde resultaten van PMTO, vindt u dat het KC dan een rol moet spelen in het oplossen daarvan?

- Ja
 Nee
 Weet niet

8. Indien u één of meerdere van bovenstaande vragen met ja heeft beantwoord, kunt u dan kort omschrijven waaruit deze rol moet bestaan?

1.

2.

Systeme kwaliteitsbewaking

Het KC gaat de landelijke gegevens rondom doelgroep, interventie en uitkomsten analyseren en terugkoppelen.

1. Bent u benieuwd naar cijfermatige gegevens rondom doelgroep, interventie en uitkomsten van andere locaties?

- Helemaal niet Niet Enigszins Wel Helemaal wel

2. Wat voor soort informatie zou u op landelijk niveau teruggekoppeld willen zien dat nuttig en/of behulpzaam kan zijn voor uw dagelijkse werkzaamheden?

1.

2.

Einde van de vragenlijst. Bedankt voor het invullen!

Zijn alle vragen ingevuld, klik dan op 'Definitief opslaan', dan wordt de vragenlijst verzonden naar Praktikon.

Colofon

Praktikon BV is een zelfstandige en onafhankelijke organisatie voor onderzoek en ontwikkeling in de jeugdzorg en onderwijsgerelateerde zorg. Praktikon heeft samenwerkingsrelaties met Entréa, een organisatie voor jeugdzorg, onderwijs, onderzoek in Gelderland en de Radboud Universiteit Nijmegen. De directeur van Praktikon, prof. dr. J.W. Veerman, vervult vanwege Entréa de bijzondere leeropdracht Speciale Kinder- en Jeugdzorg aan de Radboud Universiteit.

Over de auteurs

Mevr. dr. Coleta van Dam is als onderzoeker verbonden aan Praktikon.

Drs. Harm Damen is als onderzoeker verbonden aan Praktikon.

Prof. dr. Jan Willem Veerman is directeur van Praktikon en bijzonder hoogleraar aan de Radboud Universiteit Nijmegen.