

PMTO zo uitvoeren dat het effectief is: één hulpmiddel voor opleiding, supervisie en kwaliteitsborging

Geschreven voor het 25^e Symposium Gezinsonderzoek van de Radboud Universiteit in Nijmegen (2008).

Gonnie Albrecht¹

PI Research

Duivendrecht

¹ *Gonnie Albrecht is als hoofd-opleider verbonden aan PMTO. Zij is werkzaam bij PI Research, centrum voor onderzoek, innovatie en opleiding te Duivendrecht en verbonden aan de Bascule. Correspondentie: Gonnie Albrecht, PI Research, Postbus 366, 1115 ZH Duivendrecht. E-mail: g.albrecht@piresearch.nl*

Samenvatting

PMTO (Parent Management Training Oregon-model) is een interventie voor ouders van kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen in de basisschoolleeftijd (4-12 jaar). De kracht van deze interventie, die sinds 2006 in Nederland wordt uitgevoerd, ligt in de combinatie van een robuust programma en een uitgebreid kwaliteitssysteem. Dit kwaliteitssysteem omvat een intensieve opleiding, wekelijkse supervisie en jaarlijkse hercertificering. Cruciaal hulpmiddel binnen dit systeem is de FIMP: Fidelity of Implementation Rating Scale. Met de FIMP kan valide worden gemeten of een therapeut PMTO goed uitvoert. In deze bijdrage worden de FIMP en de toepassingmogelijkheden van hulpmiddelen zoals de FIMP besproken.

Doen wat werkt, dat wil iedere hulpverlener. Met toewijding werken behandelaars en begeleiders in de jeugdzorg iedere dag weer aan het bereiken van de doelen van (ouders van) kinderen met problemen. Toewijding is echter geen garantie voor effectiviteit. Voor een effectieve behandeling is, naast een inhoudelijk goed programma, systematische aandacht nodig voor een zorgvuldige uitvoering van het programma. Binnen PMTO leidt deze combinatie tot mooie resultaten.

PMTO: Effectief behandelen van ernstige externaliserende gedragsproblemen

PMTO staat voor Parent Management Training Oregon-model. PMTO is een gedragstherapeutische behandeling voor ouders van kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen in de basisschoolleeftijd (4-12 jaar). De behandeling is individueel en gaat uit van mediatie: ouders zijn de ‘agents of change’. Door ouders sterker te maken in het uitvoeren van effectieve opvoedingsstrategieën, zijn zij beter in staat gewenst gedrag bij hun kind uit te lokken en probleemgedrag te voorkómen of om te buigen. Hierdoor verminderen de gedragsproblemen van het kind.

Grondlegger van PMTO is Gerald Patterson. Zijn onderzoek naar ernstig externaliserend probleemgedrag bij kinderen en theorievorming over ‘coercion’, het wederzijds afdwingen van dingen als dominant interactiepatroon tussen ouders en kinderen (bijvoorbeeld Patterson, 1986; 2005), wordt wereldwijd benut als uitgangspunt bij de behandeling van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen. Een bijdrage in de vorige editie van deze symposiumreeks (Thijssen, De Ruiter & Albrecht, 2008) gaat in op dit onderzoek en het Social Interaction Learning model. Het SIL model beschrijft zowel de invloed van ‘coercion’ als de invloed van het gebruik van effectieve opvoedingsstrategieën. Hiermee vormt dit model de basis voor vele (Nederlandse) interventies gericht op ouders van kinderen met gedragsproblemen.

Naast het theoretische model is binnen het Oregon Social Learning Center, sinds 1983 de uitvalsbasis van Patterson en zijn collega’s (Marion Forgatch, John Reid, Patricia Chamberlain, Tom Dishion), in de afgelopen decennia veel kennis en kunde ontwikkeld over het effectief behandelen van externaliserende gedragsproblemen. Hierover hebben Patterson en Forgatch geschreven in ‘Living with Children’ (1976) en ‘Parents and Adolescents living together (part 1 & 2)’ (1989). Hun behandeling is ‘research driven’:

voortdurend doen zij onderzoek naar de effecten van hun behandeling en ze gebruiken de resultaten om hun theorievorming en interventies verder aan te scherpen. Deze benadering leidt ertoe dat hun knowhow voortdurend in ontwikkeling is en verder gaat dan ze via publicaties delen.

De implementatie van PMTO in Nederland

Actieve verspreiding van effectieve interventies had voor het OSLC lange tijd geen prioriteit. Tot in de jaren '90 vanuit Europa, meer specifiek Noorwegen, het verzoek kwam om de PMTO-kennis te delen en de Noren te helpen om deze 'evidence based' interventie landelijk te implementeren. Voor het OSLC was dit een uitgelezen kans om hun successen gevonden in een onderzoeksomgeving te repliceren in de 'echte' praktijk. Hiermee kon voor het eerst de 'effectiveness' van PMTO onderzocht worden: of de werkzaamheid ('efficacy') van de methode ook stand houdt in de hectiek van de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg (zie voor het onderscheid tussen 'efficacy' en 'effectiveness' Kazdin & Weisz, 2003).

En met positieve uitkomsten! In een Randomized Controlled Trial (RCT) vonden Ogden en Hagen (2008) dat PMTO in Noorwegen effectiever is dan 'care as usual' in het reduceren van externaliserend probleemgedrag bij kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen. De reductie van het probleemgedrag bij het kind bleek direct gekoppeld aan een toename van de vaardigheden van ouders om grenzen te stellen. Deze positieve uitkomsten werden bereikt met een grote investering in een goede uitvoering van PMTO. Na ruim 10 jaar implementatie heeft Noorwegen een zeer stabiele, goed functioneerde PMTO-infrastructuur. Spil hierin is een landelijk werkend expertisecentrum waarin kennis en krachten gebundeld zijn, en dat in opdracht van de uitvoerende instellingen, de regie voert over opleiding, toepassing en kwaliteitsborging (Ogden, Forgatch, Askeland, Patterson & Bullock, 2005).

De introductie van PMTO in Nederland is te danken aan de Inventgroep (Hermanns, Öry & Schrijvers, 2005). Op hun advies hebben het ministerie van VWS en ZonMW de afgelopen jaren een impuls gegeven aan de landelijke verspreiding van effectief gebleken interventies in de jeugdzorg. Na de introductie van MST en FFT als effectief bewezen interventies voor jongeren met ernstige gedragsproblemen, is in 2006

voor de jongere doelgroep PMTO in Nederland geïntroduceerd. Implementatie van PMTO binnen vier instellingen in de jeugdhulpverlening en jeugd-GGZ (De Bascule in Amsterdam, Cardea en Rivierduinen in Leiden, en Yorneo in Drenthe) ging gelijk op met de aanpassing en beschrijving van de methodiek in richtlijnen voor therapeuten en opleiders (Albrecht, Van Leeuwen & Tjaden, 2007). Met de verdere verspreiding van PMTO is in de tweede helft van 2007 gestart, in de vorm van het opleiden van negen Nederlandse PMTO-opleiders, het uitvoeren van de eerste drie Nederlandstalige opleidingen en implementatie van PMTO bij vijf nieuwe instellingen. Het totaal aantal instellingen dat op dit moment PMTO uitvoert komt daarmee op negen. Dit zorgt ervoor dat PMTO inmiddels beschikbaar is in 8 provincies en wordt uitgevoerd door 75 PMTO-therapeuten (gecertificeerd of nog in opleiding). De effectiviteit van PMTO in Nederland wordt onderzocht door Maastricht University in een RCT.

De kracht van PMTO: robuust programma, uitgebreid kwaliteitssysteem

Zoals gezegd, is het gedachtegoed van Patterson en zijn collega's wijdverbreid. De interventie zoals het OSLC deze in Nederland heeft helpen implementeren, is dat niet. De kracht van PMTO zit in de combinatie van een robuust programma en een uitgebreid kwaliteitssysteem. De interventie richt zich op versterking van een beperkt aantal effectieve opvoedingsstrategieën: je kind stimuleren door aanmoediging, grenzen stellen, samen probleemoplossen, zicht en toezicht houden en positief bij je kind betrokken zijn. Met deze opvoedingsstrategieën, in combinatie met ondersteunende strategieën zoals het geven van duidelijke instructies en het reguleren van de eigen emoties, hebben ouders voldoende in handen om het probleemgedrag van hun kind om te buigen en prosociaal gedrag te laten toenemen (zie bijvoorbeeld DeGarmo & Forgatch, 2007; Martinez & Forgatch, 2001). De behandeling is sterk gericht op het daadwerkelijk toepassen van de effectieve opvoedingsstrategieën. In de bijeenkomsten gebeurt dit door ouders veelvuldig ermee te laten oefenen; daarbuiten door ouders iedere week een concrete opdracht voor thuis mee te geven en hen hierover tussen de bijeenkomsten door te bellen.

PMTO is effectief als het echt wordt uitgevoerd zoals bedacht, oftewel als het wordt bedreven zoals beschreven (Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2005). Om ervoor te zorgen dat therapeuten PMTO goed uitvoeren, wordt veel geïnvesteerd in het opleiden en

superviseren van therapeuten. Ook certificering en hercertificering dragen bij aan borging van de kwaliteit: de beoordelingen die in dit kader plaatsvinden geven therapeuten informatie over de mate waarin zij effectief werken en wat – eventueel – nog beter kan.

Opleiding, supervisie en certificering: alles op basis van observatie

Therapeuten die PMTO gaan uitvoeren nemen deel aan een 18-daagse opleiding. De opleidingsdagen zijn verdeeld over 5 blokken, die plaatsvinden in een periode van ongeveer driekwart jaar. Na de eerste 9 dagen (die gevolgd worden binnen 2 maanden na de start) kan een therapeut-in-opleiding aan de slag met zijn eerste PMTO-gezinnen. Voorafgaand aan een uitnodiging om te starten met certificeren, heeft een therapeut-in-opleiding minimaal 3 gezinnen behandeld. Alle bijeenkomsten met deze gezinnen worden opgenomen op DVD en deze DVD's benut de therapeut voor zelfreflectie en voor supervisie. Ook tijdens de laatste 9 dagen van de opleiding nemen therapeuten DVD's van hun bijeenkomsten mee om op gecoacht te worden.

Het terugkijken van de bijeenkomsten en deze analyseren in termen van doelen, krachten en vragen (ter verduidelijk of om feedback), is een belangrijk middel voor therapeuten om te groeien in de uitvoering van PMTO. Gedurende de opleiding kijken therapeuten iedere bijeenkomst in z'n geheel terug. Via een web-based applicatie (een database via een website, waarop alleen PMTO therapeuten, hun supervisors en opleiders op kunnen inloggen) vullen ze een formulier in waarin zij hun handelen en het verloop van de bijeenkomst beschrijven. Ze stellen zichzelf concrete doelen (bijvoorbeeld: 'ik ga ouders vaker expliciet aanmoedigen, minimaal 3x') en beschrijven in het volgende formulier of ze deze gehaald hebben. Vragen over het eigen handelen of het verloop van de bijeenkomst nemen ze naar de supervisie. Deze gestructureerde manier van zelfreflectie levert een krachtige bijdrage aan het ontwikkelen en vasthouden van een effectieve uitvoering van PMTO. Ook na certificering blijven therapeuten naar hun eigen handelen kijken en hierover rapporteren; vanaf dat moment maken ze steeds een selectie.

PMTO-therapeuten ontvangen wekelijks supervisie. Deze supervisie vindt plaats in teamverband en krijgt vorm aan de hand van vragen die therapeuten inbrengen over de behandelingen die ze uitvoeren. Ook hier nemen de DVD's een centrale plek in. Er wordt

niet gepraat over de behandeling van een gezin; het team kijkt ernaar. En belangrijker nog, het team kijkt gericht hoe de therapeut de ouders versterkt – en nog meer kan versterken – in het uitvoeren van de effectieve opvoedingsstrategieën. In de opleidingsperiode wordt de supervisie afwisselend geleid door de interne en een externe supervisor. Na afsluiting van de opleiding blijft de frequentie van de supervisie ongewijzigd: iedere week twee uur.

Het intensieve leerproces dat ontstaat door de combinatie van zelfreflectie op het beeldmateriaal en groepsgewijze supervisie, wordt in de opleidingsperiode aangevuld met schriftelijke feedback. Deze wordt gegeven door de opleiders en supervisoren. Zij bekijken een aantal fragmenten uit een bijeenkomst en geven hier gedetailleerde feedback op in de vorm van het benoemen van krachten en overwegingen of tips ter verbetering. Veel aandacht wordt besteed aan wat therapeuten goed doen en welk effect dit heeft. De boodschap hierbij is: doe dit meer!

Wanneer een therapeut-in-opleiding voldoende opleiding en oefening heeft gehad en PMTO voldoende uitvoert zoals bedoeld, wordt hij uitgenodigd om te starten met certificeren. Op welk moment een therapeut de uitnodiging krijgt om te starten met certificeren verschilt dus per therapeut en hangt af van zijn functioneren. Een therapeut certificeert op de beoordeling van een viertal DVD's. Op alle vier moet de therapeut een voldoende uitvoering van PMTO laten zien. Wanneer de (Nederlandse en Amerikaanse) beoordelaars tot een positief oordeel komen, ontvangt de therapeut zijn PMTO-licentie. Deze licentie wordt jaarlijks verlengd, wanneer de therapeut aan een aantal voorwaarden voldoet op het gebied van uitvoering, supervisie en bijscholing, en zijn DVD's wederom positief worden beoordeeld.

Eén hulpmiddel voor opleiding, supervisie en kwaliteitsborging: de FIMP

Een cruciaal hulpmiddel bij het opleiden, superviseren en beoordelen van PMTO therapeuten is het Fidelity of Implementation Rating System, oftewel de FIMP. De FIMP is een beoordelingsinstrument waarmee een oordeel kan worden geveld over de mate waarin de therapeut het PMTO-model uitvoert zoals bedoeld (Knutson, Forgatch, & Rains, 2003). Het is samengesteld op basis van analyses van eerdere, meer uitgebreide observatiesystemen ('microsocial coding systems') die binnen het OSLC werden

gehanteerd. De FIMP kan alleen worden gebruikt in combinatie met opnames van de therapeut in kwestie.

Bij een FIMP-beoordeling wordt het handelen van de therapeut geanalyseerd op een vijftal 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 dimensies waarop het handelen van de therapeut wordt geanalyseerd zijn: PMTO kennis, structuur, didactische vaardigheden, procesvaardigheden en algehele kwaliteit. Op iedere dimensie wordt een aantal elementen onderscheiden die in een competente uitvoering van PMTO terug te vinden zijn. Een voorbeeld hiervan is het element ‘benadrukken’ op de dimensie ‘didactische vaardigheden’. Iets benadrukken doet de therapeut wanneer hij informatie die ouders geven extra aandacht geeft, door de informatie te herhalen, te bekrachtigen (‘Precies! Het goede moment kiezen, daar gaat het om.’), op de flap te schrijven en/of letterlijk te onderstrepen op de flap. Zo kent iedere dimensie tussen de 4 en 25 verschillende elementen. In de FIMP-handleiding (Knutson, Forgatch, & Rains, 2003) staat voor iedere dimensie beschreven wat er bij ieder element wordt verwacht en welke betekenis aan iedere score wordt toegekend. Er worden voorbeelden gegeven hoe het werk in de 3 categorieën er uitziet.

De FIMP blijkt een betrouwbaar en valide instrument om een effectieve uitvoering van PMTO te meten. Uit onderzoek van Forgatch, Patterson en DeGarmo (2005) komt naar voren dat er een sterk verband is tussen de FIMP-scores van een therapeut en het effect van zijn behandelingen (de FIMP-scores verklaart 30% van de variantie in het effect). Hoe hoger een therapeut op de FIMP scoort, des te groter de veranderingen in het ouder- en kindgedrag die de therapeut weet te bewerkstelligen. Forgatch, Patterson en DeGarmo (2005) vonden een interactie-effect tussen de FIMP-score van de therapeut en het vaardigheidsniveau van ouders bij aanvang van de behandeling: een hoge FIMP-score gecombineerd met een laag aanvangsniveau bij ouders geeft de grootste verbeteringen. Het loont dus om goede therapeuten te koppelen aan gezinnen die nog grote stappen kunnen maken.

De FIMP wordt ingezet voor opleidings-, supervisie- en onderzoeksdoeleinden. Binnen de opleiding wordt aan de hand van de FIMP therapeuten geleerd wat een

competente uitvoering van PMTO behelst. Het creëert een gemeenschappelijke taal die gekoppeld wordt aan concreet gedrag. In supervisie wordt de FIMP gebruikt bij het bespreken van de DVD-fragmenten die worden bekeken. Teamleden krijgen vooraf de opdracht naar een of twee dimensies in de FIMP te kijken en te noteren welke elementen uit die dimensie(s) ze de therapeut zagen toepassen. Na uitwisseling hierover wordt gebrainstormd welke FIMP-elementen de therapeut (nog) meer kan inzetten en welk effect hiervan wordt verwacht. Naar aanleiding hiervan wordt met FIMP-elementen geoefend. Bij (her)certificering wordt de FIMP gebruikt om tot een oordeel te komen. Therapeuten krijgen alleen te horen of zij ‘geslaagd’ zijn of niet. Hun precieze scores zijn vooral van belang in het kader van onderzoek.

Om betrouwbaar een FIMP-beoordeling te kunnen maken, blijkt veel kennis van PMTO nodig. Dit maakt dat er in Nederland voor gekozen is alleen de PMTO-opleiders op te leiden als FIMP-er. Deze 9 FIMP-ers moeten betrouwbaar blijven, onderling en met de collega’s van het OSLC. Dit lukt alleen door regelmatige oefening en afstemming (discussie) over gescoorde fragmenten. Maandelijks is er overleg tussen de FIMP-ers. Dit houdt hun oordeel scherp en de methodiek levend.

Tot slot

De FIMP beschrijft het handelen van de therapeut binnen PMTO. De opzet van het systeem biedt echter ook aanknopingspunten voor andere interventies. Iedere interventie omvat bepaalde kennis die de uitvoerders moeten tonen en structuren die kenmerkend zijn voor de bijeenkomsten. Uitvoerders zetten bepaalde manieren in om de cliënten iets te leren en gebruiken procesvaardigheden om hun boodschap te laten aanslaan. Door al deze elementen te benoemen en beschrijven, ontstaat een interventie-specifiek beoordelingssysteem met vele toepassingsmogelijkheden. Een goede interventie verdient een FIMP.

Referenties

Albrecht, G., Leeuwen, E. van, & Tjaden, J. (2007). PMTO handleiding voor therapeuten. Duivendrecht: PI Research.

DeGarmo, D.S., & Forgatch M.S. (2007). Efficacy of parent training for stepfathers:

- From playful spectator and polite stranger to effective stepfathering. *Parenting: Science and Practice*, 7, 331-355.
- Forgatch, M.S., & Patterson, G.R. (1989). *Parents and Adolescents Living Together: Part 2: Problem Solving*. Eugene, OR: Castalia Publishing.
- Forgatch, M.S., Patterson, G.R. & DeGarmo, D.S. (2005). Evaluating Fidelity: Predictive Validity for a Measure of Competent Adherence to the Oregon Model of Parent Management Training. *Behavior Therapy*, 36, 3-13.
- Hermanns, J., Ory, F., & Schrijvers, G. (2005). Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter: Vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Advies uitgebracht op verzoek van Staatssecretaris C. Ross-van Dorp.
- Kazdin, A.E., & Weisz, J.R. (2003). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- 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.
- Martinez, C.R., & Forgatch, M.S. (2001). Preventing problems with boys' non-compliance effects of a parent training intervention for divorced mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 416-428.
- Ogden, T., & Hagen, K.A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children with Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 607-621.
- Ogden, T., Forgatch, M.S., Askeland, E., Patterson, G.R., & Bullock, B.M. (2005). Implementation of Parent Management Training at the National Level: The Case of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 19(3), 317-329.
- Patterson, G.R. (1976). *Living with Children. New Methods for Parents and Teachers*. Publisher: Research Press, Champaign, IL.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G. R. (2005). The next generation of PMTO models. *The Behavior Therapist*, 28, 25-32.

Patterson, G.R., & Forgatch, M.S. (1989). *Parents and Adolescents Living Together: Part 1: The Basics*. Eugene, OR: Castalia Publishing.

Thijssen, J., Ruiter, C. de, & Albrecht, G. (2008). Preventie van antisociaal gedrag: Parent Management Training Oregon. In J. R. M. Gerris en R. C. M. E. Engels (Eds.), *Vernieuwingen in Jeugd en Gezin: Beleidsvisies, gezinsrelaties en interventies* (pp....). Assen: Van Gorcum.