

Onderzoek naar PMTO: gegevens uit de dagelijkse praktijkervaringen

1. *Het functioneren van het kenniscentrum PMTO*

Evaluatieonderzoek met een kwantitatief en een kwalitatief deel (Van Dam, & Damen, 2012). inclusief doelgroepanalyse en behandeluitkomsten in dagelijkse praktijk

- 1) Waarderingsonderzoek (digitale enquête) over werkzaamheden uitgevoerd door Kenniscentrum PMTO Nederland, gehouden onder PMTO therapeuten, supervisors en managers (n=92).
- 2) Doelgroepanalyse en uitkomsten van behandeling (n=200). Meetinstrumenten: CBCL en NOSI.

Het kwaliteitssysteem PMTO heeft zich tot 2011 vooral gericht op de implementatie van PMTO en de kwaliteit van de uitvoer van PMTO: opleiding, supervisie, certificering en implementatie in organisaties. Het uitgangspunt hierbij was dat een goede uitvoer van de methodiek ook leidt tot de gewenste resultaten. De bevindingen uit het primair proces (CBCL en NOSI) ondersteunden 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: 0,84 voor externaliserende gedragsproblemen en 0,90 voor opvoedingsbelasting.

2. *Verschillen tussen vaders en moeders in de rapportage van probleemgedrag van hun kind, voor en na PMTO*

Pre- en postmeting van gedragsproblemen kind (CBCL; n=140) gerapporteerd door beide ouders. Onderzoek naar de vraag in hoeverre ouders van elkaar verschillen in hoe ernstig zij het probleemgedrag van hun kind inschatten en of hier gedurende de behandeling verandering in komt. Exploratieve vraag: zijn er één of meerdere subgroepen te onderscheiden die speciale aandacht vragen van therapeut (m.a.w. zijn er verschillen tussen ouders bij aanvang die aandacht vragen omdat zij indicatief zijn voor lagere behandel-effecten?) (Bertling, 2012).

Bij aanvang van de PMTO behandeling rapporteren moeders gemiddeld meer (externaliserend) probleemgedrag dan vaders. Bij afsluiting van PMTO is dit verschil tussen ouders kleiner geworden. Dit komt doordat moeders gemiddeld ook meer verandering zien dan vaders. Er zijn geen subgroepen gevonden, waarbij de verschillen tussen ouders bij aanvang samenhangen met lagere behandel-effecten.

3. *De behandeluitkomsten van PMTO bij één-oudergezinnen*

Pre- en postmeting (n=223) van gedragsproblemen bij kind (CBCL) en opvoedingsbelasting bij ouders (OBVL), waarbij in het bijzonder is gekeken naar de verschillen tussen één-oudergezinnen en twee-oudergezinnen (Ellens, 2014).

Er zijn geen verschillen in de gerapporteerde vermindering van de gedragsproblemen van het kind bij afsluiting van PMTO tussen moeders zonder partner (één-oudergezin) en moeders met partner (twee-oudergezinnen). Wel wordt er een klein verschil gevonden in de vermindering van de totale opvoedingsbelasting: deze neemt in beide groepen fors af, maar in één-oudergezinnen iets minder dan in twee-oudergezinnen. Het verschil lijkt vooral te maken te hebben met een grotere afname van de belasting als gevolg van rolbeperking en gezondheidsklachten bij moeders met een partner.

4. *De invloed van buiten de methodiek gelegen factoren op de behandeluitkomsten van PMTO*

Pre- en postmeting van gedragsproblemen bij kind (CBCL) (n=345), met als bijzondere focus de groep kinderen die ook bij afsluiting van de behandeling nog in de klinische range scoort. De verandering op externaliserende gedragsproblemen wordt gerelateerd aan diverse factoren (Lubberts, 2013).

De grootste vermindering van externaliserende gedragsproblemen bij afsluiting van PMTO wordt gevonden voor kinderen tot en met 8 jaar. Daarnaast blijkt dat de vermindering groter is naarmate het aantal sessies toeneemt, met name wanneer de opvoedingsstrategie Zicht en Toezicht wordt behandeld. Daarnaast blijkt dat behandelingen die op een zorglocatie plaatsvinden betere uitkomsten hebben dan behandelingen in de thuissituatie.

5. De invloed van discontinuïteit op behandelduur en effectiviteit van PMTO

Pre- en postmeting van gedragsproblemen bij kind (CBCL) en opvoedingsbelasting bij de ouder (OBVL) (n=481), met als bijzondere focus invloed van discontinuïteit ('no-show') tijdens de behandeling op de effectiviteit en duur van de behandeling (Dudink, 2015).

Meer discontinuïteit tijdens de behandeling is niet voorspellend voor de effectiviteit van de behandeling, maar wel voor het aantal behandelsessies. Het aantal sessies is binnen PMTO op maat. Deze studie geeft aan: hoe meer discontinuïteit (= aantal x 10 dagen of meer tussen 2 sessies), des te meer sessies nodig zijn om een goed behandelresultaat te halen.

6. De invloed van buiten de methodiek gelegen factoren op de behandeluitkomsten van PMTO

Interviews met ouders die PMTO hebben gedaan, 5 jaar na afronding. (N= Toepassing van PMTO strategieën 5 jaar na behandeling (N=18), met als focus de vraag in hoeverre ouders de strategieën geleerd bij PMTO nog inzetten (Koppers, 2012).

Ouders zetten de strategieën nog steeds in, met name 'duidelijke instructies geven' en effectief grenzen stellen' (met name Time Out) worden nog toegepast. Ouders kijken positief terug op de behandeling. Als verbeterpunt geven ze aan dat een aanvullende booster na 1 of 2 jaar een meerwaarde zou hebben, met name ook wanneer kinderen in de puberteit komen.

7. Kosteneffectiviteit PMTO

Kosteneffectiviteit van PMTO vergroten door vermindering supervisie-uren met behoud van kwaliteit van uitvoering. Interventiestudie waarbij de invloed is onderzocht van een reductie van 50% van de supervisie-uren op de kwaliteit van de uitvoering van PMTO (zoals jaarlijks gemeten met FIMP-scores) door gecertificeerde PMTO-therapeuten (n=25) (Albrecht, 2015).

PMTO therapeuten laten hetzelfde niveau van competente en getrouwe uitvoering van PMTO zien in het jaar dat de supervisie gehalveerd is als in het jaar ervoor (toen de supervisie nog wekelijks was).

Onderzoek naar de effectiviteit van PMTO

Factsheets van door instellingen verzamelde gegevens, gebundeld gepresenteerd door Kenniscentrum PMTO Nederland

Periodes: 2007-2010, 2011-2012, 2012-2014 (NB. over periode 2010-2011 is gerapporteerd door Van Dam & Damen – zie 2.). Pre- en postmeting van gedragsproblemen kind (CBCL) en opvoedingsstress ouders (NOSI of OBVL) – metingen van reguliere behandelingen in 7-9 uitvoerende instellingen. Steekproeven (niet-overlappend):
in 2007-2010 N=552 voormeting, N=265 voor- en nameting
in 2011-2012 N=268 voormeting, N=81 voor- en nameting
in 2012-2014 N=792 voormeting, N=401 voor- en nameting.

Over jaren heen worden stelselmatig ernstige gedragsproblemen bij kinderen gerapporteerd door ouders en pleegouders bij aanvang van de behandeling. Het gaat om ernstige externaliserende gedragsproblemen en bij een meerderheid van de kinderen daarnaast ook om ernstige internaliserende gedragsproblemen (comorbiditeit). PMTO lijkt daarmee de beoogde doelgroep te bereiken. Ook wordt over jaren heen gerapporteerd dat zowel de externaliserende als de internaliserende gedragsproblemen bij afsluiting van de behandeling significant zijn verminderd. De effectsizes (vm-nm) zijn middelgroot tot groot, en het grootst op externaliserend probleemgedrag. Tot slot wordt over jaren heen gerapporteerd dat ouders en pleegouders bij aanvang van de behandeling ernstige opvoedingsstress hebben en dat deze bij afsluiting significant is verminderd.

Daarnaast lopen op dit moment:

RCT naar PMTO in gezinnen met minimaal 1 biologische ouder (Maastricht University)

RCT naar PMTO in pleeggezinnen (Universiteit van Amsterdam)

KEA naar PMTO in gezinnen met minimaal 1 biologische ouder, gekoppeld aan RCT Maastricht (Rijksuniversiteit Groningen).

Case-studies naar PMTO (Universiteit van Amsterdam)

