

## **Evaluëren per sessie: Het gehele behandelproces in zicht**

Een pilotstudie naar het gebruik van ROM bij oudertrainingen

Mirjam Boeschen Hospers (s1008412)  
Enschede, augustus 2012

Bachelorthese Gezondheidspsychologie  
Faculteit Gedragwetenschappen  
Universiteit Twente

**UNIVERSITEIT TWENTE.**

1e begeleidster: Stans Drossaert  
2e begeleidster: Lieke Christenhusz

kinder- en jeugdpsychiatrie  
**karakter**

Externe begeleidster: Ingrid van den Berg

## Abstract

**Achtergrond.** In de GGZ is er veel belangstelling voor Routine Outcome Monitoring (ROM). ROM is de systematische evaluatie van de reactie van een patiënt op behandelingen. ROM biedt effectieve communicatie tussen de patiënt en behandelaar en is bepalend voor een positief effect van de behandeling (Carlier, Meuldijk, Vliet Van, Fenema Van, Wee Van der, Zitman, 2012). ROM wordt veelal uitgevoerd bij volwassenen, maar weinig bij kinderen. In het bijzonder de kinderen in de leeftijd van 0-6 jaar (infants) (Carlier et al., 2012; Carlier et al., 2010; Weiss, 1998). Ook wordt er nog weinig gebruik gemaakt van ROM-metingen bij groepsbehandelingen en tevens wordt het weinig bij iedere sessie afgenomen. Er wordt daardoor geen controle uitgevoerd op de doelmatigheid van behandelingen en de tevredenheid van patiënten over de behandeling. Dit kan drop-out tot gevolg hebben.

**Doel.** De meerwaarde van het meten per sessie te bepalen en de ervaringen met ROM in kaart te brengen. Door middel van het (indirect) afnemen van ROM-vragenlijsten bij infants, gedurende een oudertraining bij Karakter. Deze training was bestemd voor ouders van infants met psychiatrische problemen.

**Methoden.** Met behulp van verschillende ROM-vragenlijsten (Outcome rating scale, Session rating scale, Parent daily report, Opvoedingsbelastingvragenlijst en Child behavior checklist) werden scores in kaart gebracht. Door interviews met therapeut en ouders werden de meningen over ROM bepaald ten aanzien van: het algemeen oordeel over de tussenmetingen en de voor/nameting, de wijze van invullen, de terugkoppeling en het verplicht stellen in de toekomst.

**Resultaten.** Ouders die al dan niet effect van de training hadden scoorden verschillend op de tussenmetingen: sommige ouders scoorden laag op de tussenmetingen, maar scoorden normaal op de nameting en vice versa. Over het algemeen waren ouders en therapeut positief over het ROM-gebruik. De meningen over de wijze van invullen waren verdeeld. Men was positief over het gebruik van terugkoppelingen. Verder vond men het goed ROM verplicht te stellen in de toekomst.

**Conclusie.** Deze pilot was innovatief op het gebied van ROM door afname iedere sessie, (indirect) bij infants en in een groepstraining. ROM was geschikt voor afname iedere sessie en voor afname bij infants. ROM bleek minder geschikt voor afname in een groepstraining maar met meer terugkoppelingen kon ROM ook hiervoor geschikt zijn. De ouders en de therapeut hebben het ROM-gebruik immers grotendeels als positief ervaren.

## Inhoud

1. Inleiding .....	1
2. Methoden.....	4
2.1 Setting.....	4
2.2 Gebruikte ROM-instrumenten.....	5
2.3 Data analyse en terugkoppeling.....	9
2.4 Interview.....	10
2.4.1 Procedure.....	10
2.4.2 Interviewschema.....	11
2.4.3 Data-analyse.....	11
3. Resultaten .....	12
3.1 Beschrijving onderzoeksgroep .....	12
3.2 Hoe worden de tussenmetingen ingevuld en hoe verlopen de scores?.....	14
3.3 In hoeverre zijn de scores op de tussenmeting voorspellend voor uitkomsten op de nameting (effecten van de training) en voor drop-out? .....	16
3.4 Hoe hebben de ouders en de therapeut het ROM-gebruik ervaren?.....	16
3.4.1. Algemeen oordeel tussenmetingen.....	16
3.4.2. Algemeen oordeel voor/nameting .....	20
3.4.3. Wat zijn de voorkeuren van ouders wat betreft manier van invulling van de ROM? .....	22
3.4.4. Hoe hebben ouders en therapeut de terugkoppeling ervaren?.....	24
3.4.5. Wat vinden ouders en therapeut ervan om ROM verplicht te stellen in de toekomst?.....	26
4. Discussie.....	28
5. Referenties.....	33
6. Bijlagen .....	35
I: Outcome Rating Scale.....	35
II: Session Rating Scale .....	36
III: Parent Daily Report.....	37
IV: Grafiek Outcome Rating Scale (groep) .....	37
V: Grafiek Session Rating Scale (groep).....	38
VI: Interviewschema.....	38

## 1. Inleiding

In de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is er veel belangstelling voor Routine Outcome Monitoring (ROM). ROM is de systematische evaluatie van de reactie van een patiënt op behandelingen gedurende het behandelingstraject en voorziet de zorgverlener van relevante informatie wat betreft de voortgang van de patiënt. Doordat een patiënt steeds op dezelfde manier geëvalueerd wordt, is beter vast te stellen of de patiënt al dan niet vooruitgaat en kan er sneller worden ingegrepen (Nugter & Buwalda, 2012). ROM biedt mogelijkheden voor verschillende partijen op vier domeinen: leren, verantwoorden, behandelen en onderzoeken. In het domein *leren* gaat het om de mogelijkheden die monitorgegevens de organisatie bieden om inzicht te krijgen in het functioneren van afdelingen en instellingen via benchmarking (het vergelijken van de eigen uitkomsten met die van anderen of met een standaard, Nugter et al. (2012)). Voor de financiers is het domein *verantwoording* van belang. ROM is voor de financiers (zorgverzekeraars) namelijk een belangrijk instrument om meer zicht te krijgen op de behandelresultaten. Zorgverzekeraars kunnen zo zorg inkopen die effect sorteert. In het domein *behandelen* kan ROM de patiënt en de therapeut een beter beeld geven over de klachten en over het beloop van de behandeling. Therapeuten worden zo in staat gesteld tot het signaleren en behandelen van functionele en psychologische problemen die voorheen over het hoofd konden worden gezien (Carlier, Meuldijk, Vliet Van, Fenema Van, Wee Van der et al., 2010). De regelmatige metingen van de vooruitgang van de patiënt d.m.v. de verzameling van patiënt feedback, zorgen er namelijk voor dat de therapeut de resultaten van de therapie op een systematische en continue manier kan monitoren. Problemen worden hierdoor minder snel over het hoofd gezien (Campbell & Hemsley, 2009) en de tevredenheid over de behandeling wordt in kaart gebracht. Ook kunnen patiënt en therapeut hun doelen in het behandelplan Specifiek, Meetbaar, Aantrekkelijk, Realistisch en Tijdsgebonden (SMART) formuleren. Tot slot kan ROM in het domein *onderzoeken* de klinische praktijk onderzoeken, het zogenaamde naturalistische onderzoek (Keet, Nugter, Hafkenscheid, Eede van den & Thunnissen, 2012). Het onderzoek vindt dan niet in een laboratorium of anderszins gecontroleerde setting plaats, maar in een natuurlijke setting (Guba & Lincoln, 1989).

Tegenwoordig wordt er steeds meer onderzoek verricht naar het effect van ROM en het lijkt effectief te zijn. Zo is er over het ROM-gebruik bij volwassen patiënten (>18 jaar) of oudere (>65 jaar) een groot aantal empirische studies gepubliceerd. De meerderheid van deze studies (65%) toonden duidelijke positieve scores (vergeleken met controlegroep) met

betrekking tot de invloed van ROM op het monitoren van behandeling, op communicatie tussen patiënt en therapeut en op fysieke en/of mentale gezondheid van de patiënt (Carlier et al., 2010). ROM had een significante invloed op de communicatie tussen de therapeut en de patiënt: men praat namelijk vaker en effectiever met elkaar. Deze effectieve communicatie tussen de patiënt en behandelaar is bepalend voor een positief effect van de behandeling (Carlier, Meuldijk, Vliet Van, Fenema Van, Wee Van der, Zitman, 2012). Betere kwaliteit van de interacties die plaatsvinden tussen de therapeut en de patiënt, of indien de patiënt een kind is tussen therapeut en ouder, worden namelijk geassocieerd met tevredenheid over de therapie (Magaret, Clark, Warden, Magnusson & Hedges, 2002). De ROM studies lijken dus veelbelovend. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar en gepubliceerd over het gebruik van ROM bij kinderen (Carlier et al., 2010). In het bijzonder de kinderen in de leeftijd van 0-6 jaar (infants).

Alhoewel ROM studies dus veel potentieel nut hebben, dient ten behoeve van succesvolle implementatie oog te zijn voor verschillende methodologische en praktische overwegingen. Zo moet men de doelen identificeren voor het verzamelen van ROMs: wordt de ROM bijvoorbeeld ingezet voor screenen of voor het monitoren van problemen en/of progressie? Ook het selecteren van patiënten en de setting vergen overwegingen: heeft de patiënt de mogelijkheid tot zelfreflectie of moet er gebruik gemaakt worden van beoordelingslijsten? Tevens moet overwogen worden hoe vaak patiënten de ROM moeten invullen, zij blijken over het algemeen bereid om vragenlijsten in te vullen, zeker als dit voor de behandeling is. Bij herhaald afnemen is er echter vaak drop-out aan de orde en het is daarom van belang meetinstrumenten in te zetten die eenvoudig en snel zijn in te vullen. Er moet dus goed overwogen worden welke vragenlijst(en) te gebruiken en welk type data te verzamelen (Nugter et al., 2012). Nadat de keuze gemaakt is voor de vragenlijst is het belangrijk om toestemming te krijgen voor het gebruik van de betreffende vragenlijst(en) en eventuele gebruiksvergoeding te betalen (Snyder, Aaronson, Choucair, Elliott, Greenhalgh et al., 2011). Ook moet er aandacht zijn voor (herhaalde) trainingen in het gebruik van de vragenlijsten en trainingen in het betrouwbaar scoren van meetinstrumenten en vervolgens dient er een proces te worden ontworpen voor de verslaglegging van deze resultaten. Ook moet er een hulpmiddel geïdentificeerd worden om de scores te kunnen interpreteren en het is van belang te overwegen of en hoe deze scores teruggekoppeld worden aan patiënten. Daarbij moeten er strategieën ontwikkeld worden over hoe te reageren op problemen die door de vragenlijsten worden geïdentificeerd (Snyder et al., 2011; Nugter et al., 2012).

ROM wordt nog weinig gebruikt bij infants. Ook wordt er nog weinig gebruik gemaakt van ROM-metingen iedere sessie en tevens wordt ROM weinig ingezet bij groepsbehandelingen. Er wordt dus nog geen controle uitgevoerd op de doelmatigheid van behandelingen en de tevredenheid van de patiënt over de behandeling, dit kan drop-out tot gevolg hebben. Onderzoek naar ROM-gebruik is daarom van belang. Om inzicht te krijgen in de potentiële voor- en nadelen, de randvoorwaarden en de barrières van ROM-gebruik is in dit onderzoek een pilot verricht. Er werden voor- en nametingen ingezet tijdens een oudertraining voor ouders met kinderen met psychiatrische problemen, dit gebeurde door middel van de vragenlijsten *Opvoedingsbelastingvragenlijst* (OBVL) en de *Child behavior checklist* (CBCL). Wat dit onderzoek bijzonder maakt is dat er, naast de gebruikelijke voor- en nametingen, tevens gebruik gemaakt werd van tussenmetingen elke sessie. Hiervoor werden de *Outcome Rating Scale* (ORS), de *Session Rating Scale* (SRS) en de *Parent Daily Report* (PDR) ingezet. Door afname bij een oudertraining kon ROM worden ingezet in een groepsbehandeling en kon er indirect bij infants gemeten worden, dit maakt het onderzoek tevens bijzonder. Aangezien er bij infants nog weinig onderzoek is gedaan is er middels deze pilot getracht te onderzoeken of en hoe ROM te implementeren bij infants. De infants uit dit onderzoek waren nog te jong om hierover uitspraken te doen, waardoor de ervaringen van de ouders en de therapeut hierover in kaart gebracht werden. Ook werden de resultaten van de vragenlijsten geanalyseerd. Op basis van de literatuur is te verwachten dat dit een relevant en innovatief onderzoek is omdat ROM iedere sessie afgenomen werd, bij infants en in een groepsbehandeling. Er stonden daarbij de volgende vragen centraal: *Wat is de meerwaarde van het evalueren per sessie en hoe hebben zowel de ouders als de therapeut het ROM-gebruik ervaren?* Om deze vragen te kunnen beantwoorden werd er gebruik gemaakt van de volgende deelvragen:

- Hoe worden de tussenmetingen ingevuld en hoe verlopen de scores?
- In hoeverre zijn de scores op de tussenmeting voorspellend voor uitkomsten op de nameting (effecten van de training) en voor drop-out?
- Welke mening hebben ouders over ROM t.a.v. het algemeen oordeel over de tussenmetingen en de voor/nameting, de wijze van invullen, de terugkoppeling en het verplicht stellen in de toekomst?
- Welke mening heeft de therapeut over ROM t.a.v. het algemeen oordeel over de tussenmetingen en de voor/nameting, de wijze van invullen, de terugkoppeling en het verplicht stellen in de toekomst?

## 2. Methoden

Om antwoord te vinden op de onderzoeksvraag werd een pilot verricht met ROM-metingen tijdens een oudertraining voor ouders van infants met een ontwikkelingsstoornis. Er werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om zo te kunnen bepalen hoe de ouders en de therapeut het ROM gebruik hebben ervaren. De ouders en de therapeut werden na afloop van deze training geïnterviewd om zo een overzicht van hun ervaringen weer te kunnen geven. Ook werden er kwantitatieve effectmetingen verricht om het scoreverloop van de ouders op de verschillende ROM vragenlijsten weer te kunnen geven. Zowel na elke sessie, als voorafgaand aan en na afloop van de training.

### 2.1 Setting

Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie is een expertisecentrum voor zorg en kennis rond complexe kinder- en jeugdpsychiatrie en heeft locaties in Overijssel en Gelderland. Karakter biedt diagnostiek en behandeling voor alle kinder- en jeugdpsychiatrische ziektebeelden. Karakter is gestart met een implementatieonderzoek voor ROM waarbij men een algemeen meetinstrument wil gaan implementeren. Karakter locatie Almelo voegde daar nog een implementatie onderzoek bij infants aan toe, dat naast de veelal gebruikelijke voor- en nameting tevens gebruik maakt van tussenmetingen na elke sessie. In de reguliere zorg gebruikte Karakter al vragenlijsten, maar niet op deze wijze met voor-, tussen-, en nametingen. Karakter kon daarmee onderzoeken hoe ROM kon bijdragen in het evalueren van behandelingen. De resultaten van dit ROM-onderzoek van locatie Almelo kunnen bijdragen aan de implementatie van ROM binnen geheel Karakter. Dit is bovendien een bijzonder onderzoek omdat het bij infants uitgevoerd werd. Bij deze doelgroep is er nog weinig onderzoek gedaan en Karakter startte daarom een pilotstudie naar het gebruik van ROM tijdens een oudertraining voor ouders van infants. Er werd gekozen voor een afname bij een oudertraining aangezien infants te jong zijn voor een goede zelfreflectie en in het hier en nu leven. Zo kon er indirect gemeten worden bij infants.

Karakter gaf de oudertraining, gedurende 13 sessies, aan ouders met infants die volgens de DSM-IV-TR geclassificeerd waren met een pervasieve ontwikkelingsstoornis: de Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDDNOS) en/of met Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). De meest voorkomende klachten bij deze stoornissen waar de training zich op richtte waren: slecht luisteren, ongehoorzaamheid, driftbuien, problemen in de dagelijkse routines zoals opstaan, naar bed gaan en eten, moeilijkheden in het omgaan

met veranderingen, zich slecht kunnen vermaken, rigiditeit en moeilijkheden in het zich eigen maken van (sociale) regels. De ouders volgden deze training één keer per week, en later tweewekelijks, bij Karakter in Hengelo.

Tijdens deze training leerden de ouders een aantal vaardigheden die in de opvoeding van infants met een ontwikkelingsstoornis van belang zijn. Deze kinderen leren moeilijker en langzamer dan het gemiddelde kind. Dit betekent voor de ouders langer, consequenter en consistentere een bepaalde aanpak moeten volhouden. In de training kwamen dan ook diverse vormen van bekrachtiging, negeren, straf en gedragsveranderingsprogramma's aan de orde. Verder werd er onder andere gebruik gemaakt van gedragsoefeningen, rollenspellen en huiswerkopdrachten. De training had de volgende doelen: vergroten van de kennis over ADHD en PDDNOS, uitbreiden van vaardigheden in omgaan met het kind, ouders van elkaars ervaring laten leren (coping modeling) en elkaar steunen (lotgenoten contact) en mogelijk maken dat de ouders zich konden aanpassen aan het hebben van een kind met een ontwikkelingsstoornis. Na de training vond met de ouders een individueel evaluatiegesprek plaats, zo mogelijk samen met de behandelaar/verwijzer. In dat gesprek kon tevens bekeken worden of verdere hulp noodzakelijk was.

## 2.2 Gebruikte ROM-instrumenten

Er werden kwantitatieve metingen verricht om het scoreverloop van de ouders op de verschillende ROM vragenlijsten in kaart te brengen. Tijdens intakegesprekken bespraken de therapeuten met de ouders het gebruik van ROM-vragenlijsten. De ouders kregen voor aanvang van de training een pakket ROM-vragenlijsten toegezonden, evenals een informatiebrief met daarin plaats, tijd, data en telefoonnummers betreffende de cursus. De ouders vulden deze lijsten elke week, en later tweewekelijks, bij de training in. Tijdens de voor- en nameting werden de *Opvoedingsbelastingvragenlijst* en de *Child Behavior Checklist* gebruikt. Deze werden voor aanvang en na afloop van de training ingevuld. De *Parent Daily Report*, de *Outcome Rating Scale* en de *Session Rating Scale* werden gebruikt als tussenmeting. De Outcome rating scale en de Parent daily report werden aan het begin van elke sessie ingevuld (anders dan de naam 'daily' doet denken) en de SRS na afloop van elke sessie. Zie bijlage I t/m III voor voorbeelden van deze lijsten. Zie tabel 1 voor een overzicht van de meetmomenten, de afgenomen vragenlijsten en de bijbehorende cronbach alpha's.



Tabel 1

*Overzicht van meetmomenten, afgenomen vragenlijsten en bijbehorende cronbach alpha's ( $\alpha$ )*

<b>Instrument</b>	<b>Voormeting (thuis)</b>	<b>Nameting (thuis)</b>	<b>Tussenmeting (op poli)</b>
Opvoedingsbelastingvragenlijst ( $\alpha$ .90)	Voor aanvang training	Binnen 2 weken na afloop van de training	-
Child behavior checklist ( $\alpha$ .93)	Voor aanvang training	Binnen 2 weken na afloop van de training	-
Parent daily report	-	-	Aan begin van elke sessie
Outcome rating scale ( $\alpha$ .93)	-	-	Aan begin van elke sessie
Session rating scale ( $\alpha$ .88)	-	-	Aan eind van elke sessie

$\alpha$  OBVL: Vermulst, Kroes, Meyer de, Nguyen & Veerman (2011).  $\alpha$  CBCL 1.5-5: Pandolfi, Magyar & Dill (2009).  $\alpha$  PDR: individueel verschillend.  $\alpha$  ORS/SRS: Campbell et al. (2009).

De *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL)* (Vermulst, Kroes, Meyer de, Nguyen & Veerman, 2011) bestaat uit 34 items die inzicht bieden in de mate waarin de ouder problemen ervaart in de opvoeding en de kwaliteit van de ouder-kind relatie. Zodoende kan er bepaald worden of de training effect heeft gehad. Zie tabel 2 voor de bestaande subschalen en bijbehorende voorbeelditems. Hierop kon geantwoord worden met een Likertschaal van '1' (klopt niet) tot '4' (klopt helemaal).

Tabel 2

*Subschalen met voorbeelditems t.b.v. de Opvoedingsbelastingvragenlijst*

<b>Subschaal</b>	<b>Voorbeelditem</b>
Problemen opvoeder-kindrelatie	Als mijn kind bij mij is voel ik me rustig
Problemen met opvoeden	Ik kan mijn kind goed corrigeren als dat nodig is
Depressieve stemmingen	Ik heb een hekel aan mijzelf
Rolbeperking	Door mijn kind kom ik te weinig toe aan andere dingen
Gezondheidsklachten	Ik heb pijn in mijn maagstreek

Des te hoger de score, des te hoger de mate van opvoedingsbelasting, zodoende moesten positief geformuleerde items omgeschaald worden. De scores op deze OBVL werden vervolgens berekend door middel van de ruwe scores en werden met een normtabel uit de handleiding omgezet naar T-scores. De uitkomstmaten waren als volgt: normaal ( $T < 60$ ),

subklinisch ( $T=60-63$ ) en klinisch ( $T\geq 63$ ). Zie tabel 3 voor de exacte omschrijvingen. Vervolgens werden de scores weergegeven in een lijngrafiek.

Tabel 3

*Betekenis en implicaties van scores op de Opvoedingsbelastingvragenlijst en Child behavior checklist, met de waarden normaal ( $T<60$ ), subklinisch ( $T=60-63$ ) en klinisch ( $T\geq 63$ )*

<b>T-score</b>	<b>Betekenis</b>	<b>Implicatie</b>
<60	Geen problemen	Geen zorgen van betekenis
60-63	Milde problemen	Problematiek verdient aandacht
64-66	Aanzienlijke problemen	Problematiek verdient behandeling
67-70	Ernstige problemen	Problematiek verdient behandeling
>70	Zeer ernstige problemen	Problematiek verdient behandeling

Handleiding Vermulst et al. (2011)

De *Child Behavior Checklist 1½-5 (CBCL 1½-5)* (Achenbach & Rescorla, 2000) bestaat uit 99 items die inzicht bieden in gedrags- en emotionele problemen bij kinderen. Zie tabel 4 voor de bestaande subschalen en bijbehorende voorbeelditems. Hierbij kon worden gekozen uit '0' (helemaal niet) '1' (een beetje of soms) en '2' (duidelijk of vaak).

Tabel 4

*Subschalen met voorbeelditems t.b.v de Child Behavior Checklist 1½-5*

<b>Subschaal</b>	<b>Voorbeelditem</b>
Emotioneel reagerend	Is in paniek zonder duidelijke reden
Angstig / depressief	Voelt zich snel beledigd of gekwetst
Lichamelijke klachten	Obstipatie, heeft geen ontlasting (zonder dat hij/zij ziek is)
Teruggetrokken	Vermijdt anderen aan te kijken
Slaapproblemen	Heeft moeite met inslapen
Aandachtsproblemen	Gaat snel over van de ene bezigheid naar de andere
Agressief gedrag	Schreeuwt veel

Des te hoger de score, des te hoger de mate van probleemgedrag. De ruwe scores op de items werden gesommeerd tot T-scores die konden variëren van 0-100. Deze T-score werd verder gecodeerd als: normaal ( $T<60$ ), subklinisch ( $T=60-63$ ) en klinisch ( $T\geq 63$ ). Zie tabel 3 voor de exacte omschrijvingen. De T-scores werden vervolgens weergegeven in een lijngrafiek.

Voor de *Parent Daily Report (PDR)* (Chamberlain, 1990) stelden de ouders en de therapeut voor aanvang van de training vijf probleemgedragingen van het kind op. Wekelijks werd er bij deze vijf items nagegaan of het gedrag de laatste week al dan niet plaatsvond en in welke mate. Dit werd op een schaal van '0' (niet voorgekomen) tot '5' (buitengewoon ernstig) gescoord. De scores werden bepaald door het totaal aantal voorgekomen probleemgedragingen per kind per sessie te sommeren, dit kon variëren van 0 tot 5 keer. Ook werd er de gemiddelde ernst berekend van het probleemgedrag.

Bovenaan de *Outcome Rating Scale (ORS)* (Asmus, Crouzen & Oenen van, 2003) staat de vraag "Hoe gaat het met u"?, met daaronder vier visuele analoge schalen (individueel, relationeel, sociaal, algeheel) die elk betrekking hebben op een aspect van het persoonlijk welbevinden van de ouder. Op die schalen moest men kruisjes zetten. De scores werden berekend door de plaats van de gezette kruisjes op te meten en het aantal centimeters daarvan bij elkaar op te tellen. Hieruit volgde een score tussen de 0-40 (<25 klinisch en >25 niet-klinisch), zie tabel 5 voor de exacte omschrijvingen. Des te hoger de score, des te beter het welbevinden van de ouder. Om de scores overzichtelijk te maken voor ouders en therapeut werden de scores omgerekend naar scores van 0-10. De scores werden grafisch weergegeven in een lijngrafiek met daarin de cut-off score van 25. Scores boven deze lijn betekenen 'leven gaat goed' en onder de lijn 'probleem of zorgen'.

Tabel 5

*Score en bijbehorende betekenis op de Outcome rating scale en de Session rating scale, met de waarden (ORS) <25 klinisch en >25 niet-klinisch en (SRS) <36 slecht en >36 goed*

Outcome rating scale		Session rating scale	
Score	Betekenis	Score	Betekenis
>25	leven gaat goed	>36	goed
<25	probleem of zorgen	<36	slecht

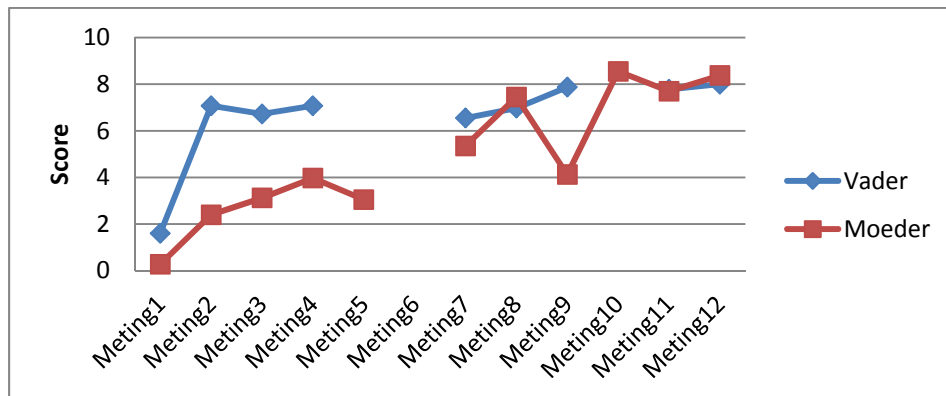
Bovenaan de *Session Rating Scale (SRS)* (Asmus et al., 2003) staat de vraag "Hoe vond u de bijeenkomst?", met daaronder vier visuele analogie schalen (relatie, doelen/onderwerpen, aanpak/werkwijze, algeheel) die elk betrekking hebben op aspecten uit de sessie. Op die schalen moest men kruisjes zetten. De scores werden berekend door de plaats van de gezette kruisjes op te meten en het aantal centimeters daarvan bij elkaar op te tellen. Hieruit volgde

een score tussen de 0-40 (<36 slecht en >36 goed), zie tabel 5 voor de exacte omschrijvingen. Des te hoger de score, des te beter werd de sessie beoordeeld. Om de scores overzichtelijk te maken voor de ouders en therapeut werden deze scores omgerekend naar scores van 0-10. De scores werden grafisch weergegeven in een lijngrafiek met daarin een cut-off score van 36. Scores boven deze lijn betekenen ‘goed’ en onder de lijn ‘slecht’.

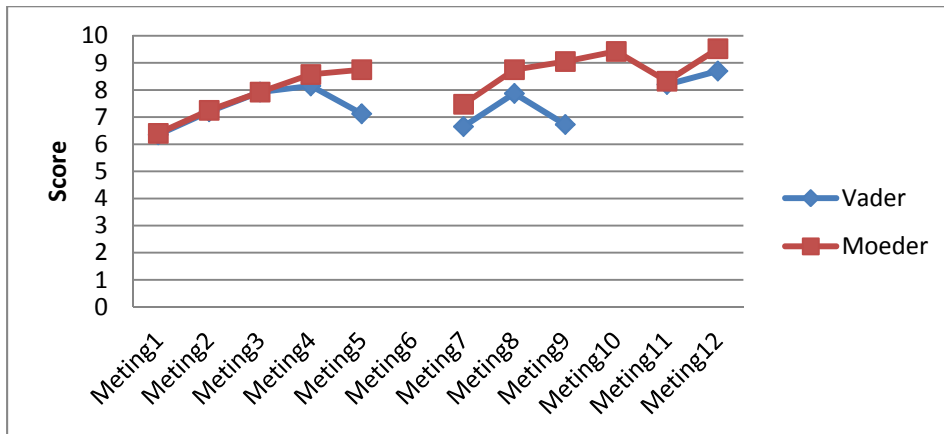
### 2.3 Data analyse en terugkoppeling

De resultaten van de vragenlijsten werden na elke sessie teruggekoppeld naar de therapeut. Zij kreeg via de mail grafieken van de ORS, de SRS en de PDR opgestuurd, zoals afgebeeld in figuur 1, 2 en 3. Indien ouders een sessie afwezig waren konden zij geen vragenlijst invullen, zodoende zijn er enkele missing values. Zoals eerder aangegeven werd hier gebruik gemaakt van een score van 0-10 in plaats van de gebruikelijke 0-40, zodat de scores overeenkwamen met rapportcijfers. De therapeut kreeg tevens een groepsoverzicht te zien (zie bijlage IV en V). De ouders kregen alleen hun eigen grafieken te zien tijdens een evaluatiegesprek met de therapeut na afloop van de training.

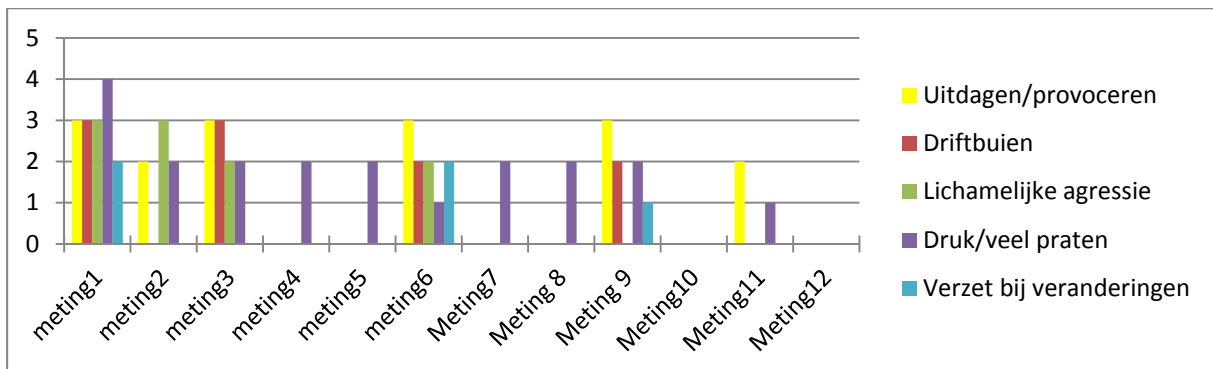
Figuur 1. Voorbeeld van Outcome rating scale scores, zoals teruggekoppeld aan therapeut en ouders.



Figuur 2. Voorbeeld van Session rating scale scores, zoals teruggekoppeld aan therapeut en ouders.



Figuur 3. Voorbeeld van Parent daily report scores, zoals teruggekoppeld aan therapeut en ouders.



## 2.4 Interview

### 2.4.1 Procedure

Na afloop van de training werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om zo te kunnen bepalen hoe de ouders en de therapeut het ROM-gebruik hadden ervaren. Als ouders het evaluatiegesprek gehad hadden werd door de therapeut een afspraak voor een interview gepland. Er werd in gestructureerde interviews naar hun mening gevraagd over het ROM-gebruik. Er werden open vragen gesteld, omdat men zo meer informatie kon geven, er goed kon worden doorgevraagd en de respondenten niet werden gestuurd. Dit is telefonisch gedaan bij de ouders omdat ze dan vanuit huis geïnterviewd konden worden. Zodoende hoefden ouders niet naar de poli te komen en was de verwachting dat zij eerder zouden instemmen met deelname aan het interview. De therapeut werd op de poli face-to-face geïnterviewd. Middels

een toestemmingsverklaring werd aangegeven dat de ouders toestemming gaven voor opname van de interviews, dat zij vrijwillig meededen, dat ze altijd konden stoppen etc., zie voor deze toestemmingsverklaring het interviewschema in bijlage VI.

### 2.4.2 Interviewschema

Het interview werd opgedeeld in de volgende onderdelen: algemeen oordeel ROM, soorten lijsten, wijze van invullen, terugkoppeling, reactie op problemen en verplicht in toekomst. In de fase *algemeen oordeel ROM* werd er in het algemeen aan de ouders en de therapeut gevraagd wat men van ROM vond: wat waren de voordelen en nadelen? In de fase *soorten lijsten* werd de therapeut en ouders gevraagd wat zij vonden van de gebruikte vragen. Aan de ouders werden vragen gesteld over wat men vond van de *wijze van invullen*: hoe vaak, waar, wanneer, hoe etc. In de fase *terugkoppeling* werd aan de ouders en de therapeut gevraagd wat zij onder andere vonden van de wijze en frequentie van de terugkoppeling en in hoeverre men de resultaten begreep. In de fase *reactie op problemen* werd aan de therapeut of en hoe zij reageerde op problemen die geïdentificeerd werden door de lijsten. Tot slot werd in de fase *verplicht in toekomst* aan zowel ouders als therapeut gevraagd hoe zij het zouden vinden als ROM verplicht zou worden. Zie bijlage VI voor het complete interviewschema.

### 2.4.3 Data-analyse

De interviews werden opgenomen op een voicerecorder en verbatim uitgetypt. Aan de hand van de transcripten werden de antwoorden van de ouders doorgenomen. Relevante tekstfragmenten werden ondergebracht in de hoofdcategorieën: algemeen oordeel tussenmetingen en voor/nameting, wijze van invullen, terugkoppeling en verplicht in toekomst. Dit werd gedaan door 1 beoordelaar. Voor de hoofdcategorieën zijn onderdelen van het interview samengevoegd. Voor de hoofdcategorie *wijze van invullen* zijn de onderdelen soorten lijsten en wijze van invullen samengevoegd. Voor de hoofdcategorie *terugkoppeling* zijn de fases reactie op problemen en terugkoppeling samengevoegd. Vervolgens werd, met inductieve analyse, nagekeken of er nog subcategorieën te onderscheiden waren. Dit werd in tabellen weergegeven en aan de hand hiervan werden conclusies getrokken uit de antwoorden van de ouders en de therapeut.

### 3. Resultaten

#### 3.1 Beschrijving onderzoeksgroep

Aan de training namen vijf infants en tien ouders (vijf vaders, vijf moeders) deel. De gemiddelde leeftijd van de infants (alle jongens) bij aanvang van de training was 4.2 (SD 0.84) jaar. De gemiddelde leeftijd van de ouders was 36.3 (SD 5.33) jaar (Tabel 6).

Tabel 6

#### *Demografische gegevens*

	N	Man	Vrouw	Gem. leeftijd	Min. leeftijd	Max. Leeftijd
<b>Ouders</b>	10	5	5	36.3	27	46
<b>Infants</b>	5	5	0	4.2	3	5

Aan de hand van de Parent daily report werd duidelijk welke problemengedragingen de infants vertoonden. Zie tabel 7 voor een overzicht van deze gedragingen. Er zijn 17 probleemgedragingen genoemd, daarvan werd lichamenlijk agressief t.o.v. van mensen het vaakst opgesteld als probleemgedrag (door 4 van de 5 ouderparen), daaropvolgend driftbuien (3 van de 5). De gedragingen ongehoorzaamheid, niet van eigen idee af te brengen en agressief in woorden werden door 2 ouderparen genoemd, de rest door 1 ouderpaar.

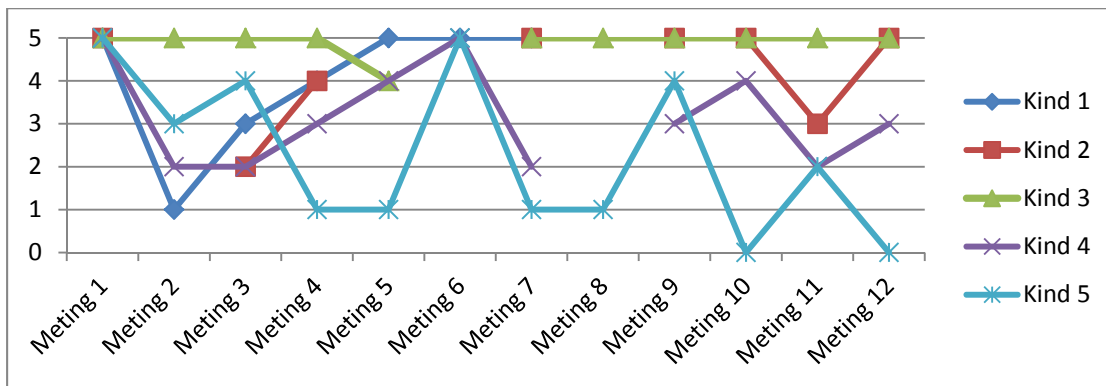
Tabel 7

#### *Overzicht van door ouders opgestelde probleemgedragingen en door hoeveelheid ouderparen benoemd (t.b.v. de Parent daily report)*

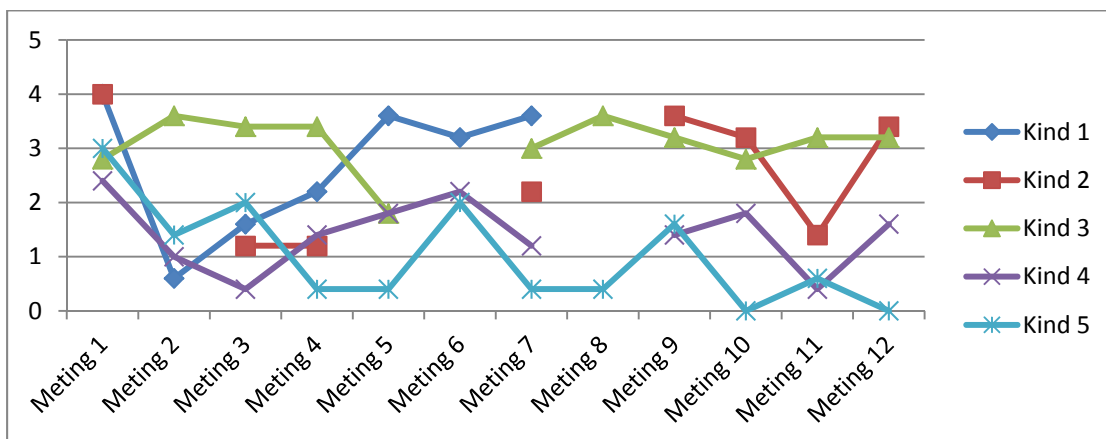
<b>Gedraging</b>	<b>Benoemd</b> (aantal ouderparen)	<b>Gedraging</b>	<b>Benoemd</b> (aantal ouderparen)
Lichamenlijk agressief tov mensen	4x	Luidruchtig	1x
Driftbuien	3x	Zeuren, drammen, discussie	1x
Ongehoorzaamheid	2x	Taken niet afmaken	1x
Niet van eigen idee af te brengen	2x	Fladderen/springen	1x
Agressief in woorden	2x	Uitdagen/provoceren	1x
Claimen van vader of moeder	1x	Druk/veel praten	1x
Niet op z'n beurt kunnen wachten	1x	Verzet bij veranderingen	1x
Begrijpt opdrachten niet	1x	Repetitief vragen stellen	1x
Steeds met bep. onderwerpen bezig	1x		

In figuur 4 staat weergegeven hoe vaak iedere sessie de probleemgedragingen per kind voorkwamen en in figuur 5 de gemiddelde ernst ervan. Indien ouders een sessie afwezig waren konden zij geen PDR invullen, zodoende zijn er enkele missing values. De ouders van kind 1 waren na sessie 7 gestopt en hebben vanaf sessie 7 geen scores meer. De probleemgedragingen kwamen bij het merendeel van de kinderen elke sessie wel voor. Gemiddeld was de ernst van het probleemgedrag van de laatste sessie lager dan de eerste sessie. Daartussen fluctueerden de scores echter vaak, maar het gemiddelde kwam nooit uit op 5(=buitengewoon ernstig).

Figuur 4. Totaal aantal voorgekomen probleemgedrag elke sessie volgens de Parent daily report.



Figuur 5. Gemiddelde ernst van het probleemgedrag elke sessie volgens de Parent daily report (0= niet voorgekomen, 5= buitengewoon ernstig).



De scores van de voor- en nameting op zowel de Opvoedingsbelastingvragenlijst als de Child behavior checklist staan weergegeven in tabel 8. De tabel laat zien dat het merendeel



van de ouders op de voormeting ernstige tot zeer ernstige problemen ervaarde met betrekking tot de opvoedingsbelasting. Op de nameting leek dit bij het merendeel te zijn afgenomen tot aanzienlijke of milde problemen tot geen problemen. Op het probleemgedrag scoort het merendeel van de ouders op de voormeting aanzienlijke tot zeer ernstige problemen en op de nameting scoort de ene helft nog ernstige tot zeer ernstige problemen en de andere helft milde tot geen problemen.

Tabel 8

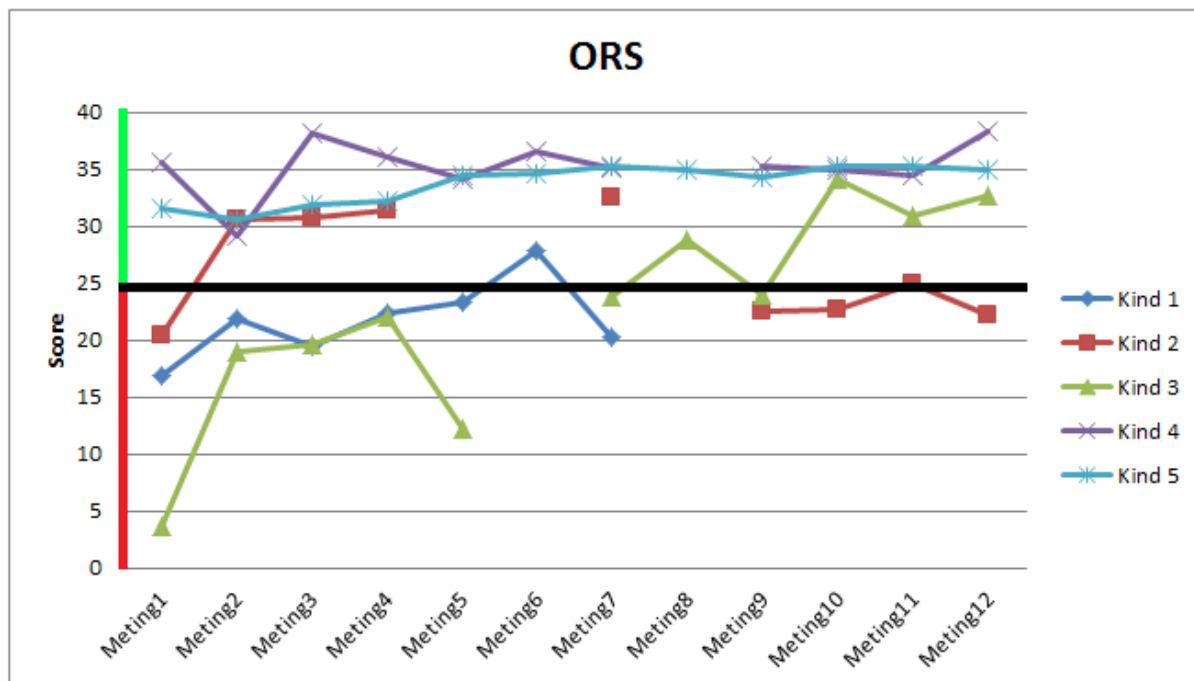
*Aantal ouderparen dat op de voor- en nameting binnen de verschillende categorieën scoorde t.b.v. de Opvoedingsbelastingvragenlijst en de Child behavior checklist*

	<b>Categorie</b>	<b>Voormeting</b> N=5	<b>Nameting</b> N=4
<b>Opvoedingsbelastingvragenlijst</b>	Geen problemen	1	1
	Milde problemen	1	1
	Aanzienlijke problemen	0	1
	Ernstige problemen	1	0
	Zeer ernstige problemen	2	1
<b>Child behavior checklist</b>	Geen problemen	2	1
	Milde problemen	0	1
	Aanzienlijke problemen	1	0
	Ernstige problemen	1	1
	Zeer ernstige problemen	1	1

### 3.2 Hoe worden de tussenmetingen ingevuld en hoe verlopen de scores?

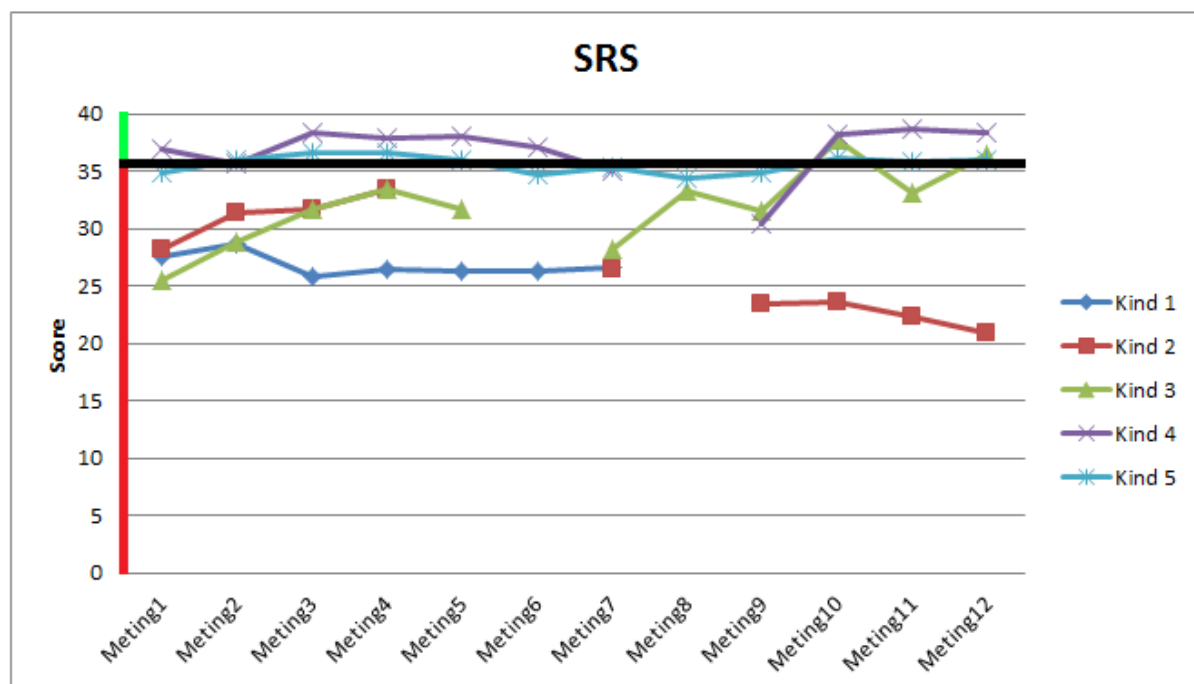
De tussenmetingen (Outcome rating scale en Session rating scale) werden door de ouders altijd elke sessie ingevuld, behalve als 1 ouder niet aanwezig was of soms waren beide ouders niet aanwezig (ziekte, vergist etc.). Zie figuur 6 en 7 voor de scores op respectievelijk de ORS en SRS. De missing values geven dus afwezigheid aan.

Figuur 6. Scoreverloop Outcome rating scale (ORS)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Boven de lijn 'leven gaat goed' en onder de lijn 'probleem of zorgen'

Figuur 7. Scoreverloop Session rating scale (SRS)<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Boven de lijn 'goed' en onder de lijn 'slecht'

Het scoreverloop van zowel de ORS als de SRS bevat weinig fluctuatie. Op de ORS scoort het merendeel eerst laag, later hoog en bleef vervolgens hoog. De meeste ouders laten op de SRS in de eerste sessies een stijgende lijn zien. Op de SRS lijkt men in eerste instantie overwegend positief te scoren, echter wordt er gering boven de lijn gescoord en worden daarmee weinig sessies als ‘goed’ beoordeeld. Bij de SRS vanaf meting 4 is er een afname in scores te zien is bij bijna alle ouders.

### **3.3 In hoeverre zijn de scores op de tussenmeting voorspellend voor uitkomsten op de nameting (effecten van de training) en voor drop-out?**

Binnen deze studie was er sprake van één drop out. Op basis van de van de CBCL voormeting en de ouderbelasting waren er hier nog geen aanwijzingen voor. Aangezien deze ouders bij de voormeting op de CBCL en de OBVL klinisch scoorden, terwijl een aantal andere ouders deze schalen tevens klinisch beoordeelde maar de trainingen wel afrondden. Op de SRS en ORS werd echter duidelijk dat de scores van de ouders van kind 1 binnen de klinische range vielen en dat zij geen stijging in scores hadden op de SRS gedurende de eerste sessies. Volgens van Oenen (2011) is het voor de SRS namelijk van belang dat tijdens de eerste sessies een (geringe) stijging optreedt, omdat uitblijven van stijging in het begin een belangrijke voorspeller is van het mislukken van de therapie en van drop-out. Hierdoor vormden de scores op de tussenmeting een voorspeller voor drop out. Bij de andere ouders waren er geen verschillen in scores op de tussenmeting van ouders die wel en niet effect hadden van de training. Zodoende lijken scores van de rest van de ouders op de tussenmeting niet voorspellend voor eindeffecten van de therapie.

### **3.4 Hoe hebben de ouders en de therapeut het ROM-gebruik ervaren?**

Er werden vier ouders van vier kinderen geïnterviewd en een therapeut. Eén ouderpaar wenste niet deel te nemen aan het interview met als reden dat zij niet van interviews hielden.

#### **3.4.1. Algemeen oordeel tussenmetingen**

In tabel 9 staat weergegeven welke voordelen en nadelen de ouders benoemden over de tussenmetingen.

Tabel 9

*Voor- en nadelen van de tussenmetingen benoemd door ouders*

	<b>Subcategorie</b>	<b>Citaat</b>
<b>Voordelen</b>	Mate is aan te geven	<i>"Je merkt daardoor het gedrag kwam op zich wel vaak voor, maar het was eigenlijk helemaal niet zo heel erg"</i>
	Bewustwording	<i>"Als je zo 'n vragenlijst invult wordt je weer even tot jezelf geroepen van dat je een bepaalde analyse maakt van de situatie, waar je normaal niet zo bij stil staat"</i>
	Geeft beeld over hoe training was	<i>"Je kunt laten zien dat je het prettig vond hoe er wordt lesgegeven"</i>
	Duidelijk in te vullen	<i>"Ik vond het duidelijke vragen, ja duidelijk, makkelijk in te vullen"</i>
<b>Nadelen</b>	Confronterend	<i>"Ja het is confronterend soms, vooral als er geen verbetering in zat"</i>
	Doel invullen onbekend	<i>"Ik had dat niet perse elke sessie in hoeven te vullen hoe het met mij gaat, want ik ben er tenslotte voor mijn zoon"</i>
	Te snel in te vullen	<i>"Je loopt wel het gevaar dat er bepaalde automatismen optreden, zo van oh die heb ik gehad, dat je met 4, 5 tellen de lijst hebt ingevuld"</i>

Er werden door de ouders verschillende voordelen genoemd over de tussenmetingen. De meeste ouders vonden het fijn dat er bij de PDR de mate kon worden aangegeven, zo zei een ouder *"Je merkt het gedrag kwam op zich wel vaak voor, maar het was eigenlijk helemaal niet zo heel erg"*. Meerdere ouders gaven aan dat het prettig was om op deze manier een spiegel voor te kunnen houden. Zo kon men bewuster worden van het gedrag en hoe men zich voelde. Alle ouders vonden het prettig om op de SRS aan te kunnen geven hoe de training was *"je kunt laten zien dat je het prettig vond hoe er wordt lesgegeven"* *"Maar stel dat je zoiets had van het was niet wat, dan was er ook ruimte dat aan te geven"*. Bijna alle ouders vonden de lijsten gemakkelijk in te vullen, de vragen zelf waren duidelijk en overzichtelijk.

De ouders benoemden ook verschillende nadelen over de tussenmetingen. Een ouder vertelde dat indien er geen verbetering te zien was in het gedrag van het kind, het confronterend was elke sessie weer de ORS en de PDR in te moeten vullen. Sommige ouders

vroegen zich af met welk doel ze deze lijsten in moesten vullen en voor sommige ouders was onduidelijk wat er precies met de lijsten werd gedaan. Een ouder gaf aan dat het niet altijd even duidelijk was waarom er iets over henzelf moest worden ingevuld terwijl de training gevolgd werd voor hun zoon: *“Ik had dat niet perse elke sessie in hoeven te vullen hoe het met mij gaat, want ik ben er tenslotte voor mijn zoon”*. De tussenmetingen vonden alle ouders gemakkelijk in te vullen, maar een ouder gaf aan dat het gevaar was dat ze uiteindelijk te gemakkelijk in te vullen zijn waardoor er bepaalde automatismen konden optreden.

In tabel 10 staat weergegeven welke voordelen en nadelen de therapeut benoemde over de tussenmetingen. De therapeut benoemde verschillende voordelen over de tussenmetingen. Zij vond dat de ORS nuttig was om de ouders te laten beseffen hoe ze zich eigenlijk voelden die dag. De therapeut vond de lijsten handig, ze had de bevindingen zelf niet kunnen ontdekken, zo zei ze:

*Ik vond ze wel noodzakelijk om meteen goed te kunnen inrichten. (...) Ja om daar op in te gaan, maar ook de wijze van training te blijven aanscherpen. Ouders naderhand inzicht geven in wat de metingen hebben aangegeven. (...) En het doel voor ogen te blijven houden, waarom zitten we ook alweer hier.*

De SRS vond ze goed om de ouders te laten evalueren wat ze van de sessie vonden. De therapeut vond dat de PDR goed de effecten van een oudertraining relativeerde:

*Je geeft de verwachting naar ouders toe aan dat ze niet alles tegelijk moeten willen en dat ze zich eerst richten op die 5 (gedragingen). (...) Je geeft daarmee in die zin aan dat er na sessie 12 niet ineens een wonderkind is opgestaan.*

Tevens vond zij deze 5 gedragingen goed om het doel voor ogen te blijven houden waarvoor de ouders op de training waren gekomen.

Tabel 10

*Voor- en nadelen van de tussenmetingen benoemd door de therapeut*

	<b>Subcategorie</b>	<b>Citaat</b>
<b>Voordelen</b>	Bewustwording	<i>"Om de ouders bewust te blijven maken van hoe voel ik me eigenlijk vandaag, om ze eigenlijk ook te laten landen zo aan het begin van een training"</i>
	Essentieel	<i>"Ik vond ze wel noodzakelijk om meteen goed te kunnen inrichten. (...) Ja om daar op in te gaan, maar ook de wijze van training te blijven aanscherpen"</i>
	Geeft beeld over hoe training was	<i>"Om direct aan het eind te evalueren van wat vond je van vandaag"</i>
	Duidelijk in te vullen	<i>"In het algemeen heb ik wel de indruk gehad dat de ORS/SRS door de ouders wel als een overzichtelijke lijst werd ervaren"</i>
	Relatieveert effecten van de training	<i>"Je geeft de verwachting naar ouders toe aan dat ze niet alles tegelijk moeten willen"</i>
	Doel voor ogen blijven houden	<i>"Waarom zitten we ook alweer hier en wat is wat willen we er thuis mee verbeteren, dus die doelen scherp te houden"</i>
<b>Nadelen</b>	Alleen notie van een probleem, niet welk probleem	<i>"Je krijgt met de SRS niet echt duidelijk waar het punt zit"</i>
	Doel invullen onbekend	<i>"Heel veel ouders zeiden van oh ja dus daarom heb ik het allemaal ingevuld"</i>
	Momentopname	<i>"Het is inherent aan menselijk functioneren dat je je de ene week beter voelt dan de andere week".</i>

De therapeut benoemde ook verschillende nadelen over de tussenmetingen. Zo vond ze dat dat er met behulp van de lijsten alleen overzicht van een probleem werd gecreëerd, maar niet welk probleem. Zij zei dat hier in een individuele behandeling wel op zou kunnen worden ingegaan, maar in een groepstraining is dat te arbeidsintensief. Ze had tijdens de terugkoppelingsgesprekken ervaren dat voor sommige ouders het doel van het invullen van de

lijsten onbekend was: *“heel veel ouders zeiden van oh ja dus daarom heb ik het allemaal ingevuld, dus dat gaf ook wel een beetje aan dat het doel niet altijd even helder op het netvlies stond”*. De therapeut vond dat de ORS beeld gaf van een momentopname en niet zo zeer de lange lijn, zo zei ze: *“Het is inherent aan menselijk functioneren dat je je de ene week beter voelt dan de andere week”*. De CBCL en de OBVL vond ze echter wel beeld van de lange lijn geven.

### 3.4.2. Algemeen oordeel voor/nameting

In tabel 11 staat een overzicht van de genoemde voor- en nadelen door de ouders over de voor/nameting.

Tabel 11

*Voor- en nadelen van de voor/nameting benoemd door ouders*

	<b>Subcategorie</b>	<b>Citaat</b>
<b>Voordelen</b>	Beeld over gedrag kind	<i>"Dan kijk je van oh ja dat heeft ie ook, en ja dat is ook wel voor hem. Dan krijg je wel een beter beeld"</i>
	Beeld over het kind zelf	<i>"Niemand heeft hem ooit gezien, en je kunt toch op basis van het invullen van lijsten daar een bepaald beeld van hebben"</i>
	Zet je aan het denken	<i>"Op het moment dat jij bepaalde vragen invult, dat je denkt van ja hoe sta ik daar eigenlijk zelf in"</i>
	ASS-specifiek	<i>"Ja het waren echt vragen die sloegen op kinderen met ASS"</i>
	Duidelijk in te vullen	<i>"Het waren wel hele overzichtelijke en duidelijke vragen"</i>
<b>Nadelen</b>	Lang	<i>"Je bent sowieso met het invullen en het bespreken wel 1,5 tot 2 uur bezig"</i>
	Antwoordopties te extreem	<i>" 'U vindt dat totaal geen probleem', ja dat is wel een probleem maar totaál geen probleem"</i>
	Mate gedrag is niet aan te geven	<i>" [naam] die heeft bepaald gedrag dat hij best wel vaak vertoond, maar wat niet meer zo ernstig is "</i>

Er werden door ouders verschillende voordelen genoemd over de voor/nameting. De meeste ouders vonden dat de lijsten zeer uitgebreid waren en zo een beeld gaven over het gedrag van het kind, zo zei een ouder: *"Je gaat wel kijken wat van toepassing is voor je zoon en dan kijk je van oh ja dat heeft ie ook, en ja dat is ook wel voor hem. Dan krijg je wel een beter beeld"*. Ook schepten de lijsten een beeld over het kind zelf, zo zei een ouder: *"Er wordt steeds gesproken over [naam] maar niemand heeft hem ooit gezien. En je kunt toch op basis van het invullen van lijsten daar een bepaald beeld van hebben"*. Een ouder gaf aan dat de vragen je in positieve zin aan het denken zetten:

*Dus op het moment dat jij bepaalde vragen invult, dat je denkt van ja hoe sta ik daar eigenlijk zelf in. Je bent eigenlijk heel gefocust op je zoon, terwijl een deel van de reactie van je zoon wel bij jezelf zou kunnen liggen omdat je in bepaalde situaties moeite hebt om rustig te reageren. Dus ik vond het wel heel mooi eigenlijk, ik heb er een hele boel geleerd.*

De CBCL werd door twee ouders gezien als een goede specifieke lijst voor Autisme Spectrum Stoornissen (ASS), zo zei een van hen: *"Het waren echt vragen waarvan ik dacht daar kan ik duidelijk antwoord op geven over hoe mijn zoon is. Ja het waren echt vragen die sloegen op kinderen met ASS"*. Alle ouders vonden dat de CBCL en OBVL goed waren in te vullen, het waren duidelijke vragen. Men vond het veel vragen, maar niet te veel.

De ouders benoemden ook verschillende nadelen over de voor/nameting. Bijna alle ouders vonden dat de CBCL en de OBVL lang waren en het was veel werk ze in te vullen (al vond ment het niet te lang). Twee ouders vonden de antwoordopties te extreem, zo zei een van hen: *"Als er dan een bepaalde stelling werd gedaan 'u vindt dat totaal geen probleem', ja dat is wel een probleem maar totaál geen probleem daar ben je het dan niet mee eens"*. Verder noemde een ouder nog dat het lastig was als de mate of ernst van gedrag niet kon worden aangegeven, maar alleen of het al dan niet voorkwam:

*Want zoals [naam] die heeft bepaald gedrag dat hij best wel vaak vertoond, maar wat niet meer zo ernstig is. Dus hij wordt nog wel heel vaak boos, maar in plaats van dat het eerder dus een paar uur duurde en nu bijvoorbeeld maar 10 minuten.*

In Tabel 12 staat een overzicht van de genoemde voor- en nadelen door de therapeut over de voor/nameting.



Tabel 12

*Voor- en nadelen van de voor/nameting benoemd door de therapeut*

	<b>Subcategorie</b>	<b>Citaat</b>
<b>Voordelen</b>	Opvoedingsbelasting daalt	<i>"Interventies doen die werken op het gedrag van het kind"</i>
<b>Nadelen</b>	Relatie opvoedingsbelasting voor/na training onzeker	<i>"Opvoedingsbelasting kan ook voortkomen uit het feit dat er een gezin een heftige gebeurtenis heeft meegemaakt"</i>
	CBCL minder goed nametingsinstrument	<i>"Veranderingen proberen te zien in gedrag dat weinig tot niet veranderd"</i>

Als voordeel van de voor/nameting benoemde de therapeut dat ouders hebben ervaren dat de opvoedingsbelasting afnam, zo zei ze: *"Ouders hebben in grote lijnen ervaren dat de opvoedingsbelasting voor henzelf wat minder is geworden zonder dat ze eigenlijk meer doen, maar juist meer interventies doen die werken op het gedrag van het kind"*

De therapeut benoemde ook nadelen over de voor/nameting. Zo had ze twijfels over de praktische ondersteuning van de lijsten. Ze gaf aan dat er wellicht een relatie te zien is tussen de opvoedingsbelasting voor en na de training, maar:

*Ja de vraag is of je die conclusie ooit kunt trekken want opvoedingsbelasting kan ook voortkomen uit het feit dat er een gezin een heftige gebeurtenis heeft meegemaakt waardoor de kinderen van slag zijn. En dat dat dan wordt gescoord als opvoeding.*

De therapeut vond dat De CBCL voor de nameting niet praktisch zou zijn aangezien er uit deze lijst scores kunnen worden afgeleid die lijken op DSM classificaties. Met een nameting probeer je dan veranderingen te zien in gedrag dat weinig veranderd of hetzelfde blijft. De therapeut had een waardevolle aanvulling gezien in symptoomlijsten van ASS. Op deze manier kan er onderzoek gedaan worden naar of de aanpak van ASS inhoudelijk leidt tot kwalitatieve verbetering van het contact.

### **3.4.3. Wat zijn de voorkeuren van ouders wat betreft manier van invulling van de ROM?**

Er werd aan de ouders gevraagd wat zij vonden van de wijze van invulling van de ROM. Zoals het tijdstip waarop de lijsten werden afgenomen, de locatie waar de lijsten werden ingevuld, de frequentie ervan en de wijze waarop. Meninge hierover staan weergegeven in tabel 13.

Tabel 13

*Voorkeuren van ouders voor manier van invulling van tussen- en voor/nameting*

	<b>Tussenmetingen</b>	<b>Voor/nameting</b>
Tijdstip waarop de lijst moet worden afgenomen	Voor aanvang (ORS/PDR) en na afloop van sessie (SRS)	Voorafgaand aan en na afloop van training
Locatie waar de lijst moet worden ingevuld	In het lokaal	Thuis
Huidige afnamefrequentie	Goed	Goed
Wijze waarop de lijst moet worden ingevuld	Op papier/Op pc d.m.v. cijfers/ d.m.v. kruisjes	Op papier/Op pc

Wat betreft de tussenmeting vonden alle ouders het goed deze lijsten voor en na de sessie in te vullen. Iedereen vond het prima de lijsten in het lokaal in te vullen en had dit niet ergens anders willen doen. De frequentie vond men in het algemeen goed. Afgezien van een enkele ouders die, zoals al eerder genoemd, indien er geen verbetering te zien was in het gedrag het confronterend vond dat iedere training aan te moeten geven en dat het niet altijd even duidelijk was waarom er iets over henzelf moest worden ingevuld terwijl de training gevolgd werd voor hun zoon. Wat betreft de wijze van invullen waren de meningen verdeeld. De een deed het liever op papier, de ander deed het liever op de computer *“Dat je het op de computer invult dan kan het natuurlijk makkelijk doorgestuurd worden naar jezelf (...) dat je daarvan de resultaten ziet, ook ten aanzien van wat er veranderd is (...) en ook voor de toekomst, dat je dingen kunt vergelijken”*. Ook over het zetten van een kruisje of het geven van een cijfer waren de meningen verdeeld. De een zette liever kruisjes *“Je kunt dan toch wel aangeven van neutraal of niet”*, de ander gaf liever cijfers *“Omdat je dan iets makkelijk kunt zeggen of het een 6 is of een 5,5. De een zit eigenlijk iets onder voldoende en de ander zit gewoon net goed, en met zo’n streepje dan is het toch een beetje gokken waar je het dan neer moet zetten. Net iets ongenueanceerder”*.

Wat betreft de voor/nameting vonden alle ouders het goed deze lijsten voor aanvang en na afloop van de training in te vullen en niet bijvoorbeeld nog eens tussendoor. Alle ouders hebben het als prettig ervaren de nameting thuis in te kunnen vullen. Zo kon je er even voor gaan zitten. Een ouderpaar had zelfs de lijsten naast elkaar gelegd *“Want dan kun je toch eens wat meer gaan sparren met je partner van wat vind jij van die vraag”*. De frequentie er van vond iedereen goed. De meningen waren verdeeld over de wijze van invullen, de ene ouder

deed het liever op papier: “Op A4 zie je een aantal vragen onder elkaar die misschien onderling weer met elkaar zijn verbonden”, de ander deed het liever op de computer.

#### 3.4.4. Hoe hebben ouders en therapeut de terugkoppeling ervaren?

Na afloop van de training hadden ouders een evaluatiegesprek met de therapeut. In dit gesprek kregen zij hun resultaten teruggekoppeld. (De therapeut kreeg dit na elke sessie teruggekoppeld). In tabel 14 staan hun ervaringen met betrekking tot de terugkoppeling weergegeven.

Tabel 14

*Overzicht ervaringen van ouders en therapeut m.b.t. de terugkoppeling*

	<b>Ouders</b>	<b>Therapeut</b>
Grafieken	Duidelijk	Duidelijk (groepsgrafiek niet)
Resultaten	Duidelijk	Duidelijk
Zichtbaar in welke periode wel/niet probleemgedrag vertoond	Ja	Ja
Schaal 0-10	Helder	Helder
Zichtbare relatie tussen gedrag kind en persoonlijk welbevinden	Ja	Ja
Herinneren wat welke score veroorzaakte	Moeilijk	x
Liever ook terugkoppeling tussendoor	Nee	Ja
Deed de therapeut wat met de resultaten	Ja	Ja
Invulling lijsten verbeterde gedrag kind	Nee	Nee

Alle ouders kregen bij het evaluatiegesprek met de therapeut drie grafieken teruggekoppeld (ORS, SRS, PDR). Iedereen vond de grafieken duidelijk en vond dat ze goede visuele ondersteuning gaven, daardoor snapte men de resultaten goed. Alle ouders gaven aan dat de grafieken in kaart brachten wanneer het kind wel of niet het gedrag vertoonde. De gebruikte schaal van 0-10 vonden alle ouders helder, aangezien dit voor hen overeenkwam met een rapportcijfer. Het merendeel van de ouders zag in de grafieken een relatie terug tussen hun persoonlijk welbevinden en het probleemgedrag van het kind. Sommige ouders

vonden het wel moeilijk te herinneren wat welke score veroorzaakt had, een ouder zei hierover zelfs:

*Op een gegeven moment leek het een beetje alsof we iets niet helemaal goed hadden gedaan (...) Ja als je alles samenlegt en je legt alles naast elkaar dan komt het er gelukkig wel uit waarom dat daar nog zat. En dat is dus wel fijn dat je inderdaad ook die evaluatie hebt en dat ook kunt zeggen.*

Vrijwel alle ouders vonden het goed dat het terugkoppelingsgesprek aan het eind plaatsvond en men had geen behoefte aan een gesprek tussendoor, omdat dat er voldoende ruimte tussendoor was om dingen aan te geven. Nadeel was dat nu pas de meerwaarde duidelijk werd van in het invullen van de lijsten. De meeste ouders hadden het idee dat er in de sessies zelf de lijsten niet gebruikt werden, maar ze hadden wel het gevoel dat de therapeut wat met de resultaten deed, een ouder zei: *“Je kunt gewoon merken dat ze daar persoonlijk betrokken zijn”*. Alle ouders vonden de manier van lesgeven prettig, een ouder zei bijvoorbeeld: *“Als ik weer op deze manier les kan krijgen bij een andere oudertraining dan sta ik vooraan. In een stukje rust worden presentaties gegeven, boeiend en toch motiverend”*. Alle ouders vonden dat het invullen van de lijsten het gedrag van het kind zelf niet verbeterden. Zij vonden dat dat los stond hier van, want zij vonden dat ze in de training interventies leerden waardoor het beter ging met het gedrag van het kind en niet zo zeer door lijsten in te vullen. De meeste ouders wisten niet of invulling van de lijsten de training zelf verbeterde, men wist namelijk niet hoe het zou zijn geweest zonder de lijsten.

De groepsgrafiek die de therapeut kreeg vond zij voor de ouders van onvoldoende meerwaarde aangezien er individuele gesprekken plaatsvonden over het individuele functioneren en niet het functioneren in vergelijking met de groep. De overige grafieken vond de therapeut wel duidelijk. Ze snapte de resultaten goed. De grafieken gaven haar overzicht over wanneer de kinderen het gedrag al dan niet vertoonden. De gebruikte schaal van 0-10 vond ze helder aangezien dit overeenkwam met een rapportcijfer. De resultaten waren volgens de therapeut soms een echte eyeopener want men zag een relatie tussen het persoonlijk welbevinden en het gedrag van het kind. De therapeut vertelde dat ze wel terugkoppelingsgesprekken tussendoor had willen houden omdat je dan iets uitgebreider bij de vragenlijsten kunt stilstaan, in de training was daar geen tijd voor. De therapeut gaf aan wel wat te hebben gedaan met de resultaten, na iedere mail met grafieken keek ze wat er de volgende keer benut kon worden, door te kijken naar de SRS of hierop werd aangegeven of iets niet besproken was. Of wat verder uitgevraagd moest worden, door te kijken naar de ORS als hierop iets opviel. Middels de wekelijkse terugkoppeling van de resultaten kon zij,

ondanks dat er niet direct gecommuniceerd wordt met ouders, toch zien hoe de afgelopen week geweest was voor de ouders en hoe zij de afgelopen bijeenkomst vonden. Zo vertelde de therapeut hierover:

*Eigenlijk hebben we dat toch wel gebruikt, waarbij je hiaat kan opvangen van dus als ouders zeggen van dat we het niet hebben gehad over dingen waarover we het wilden hebben, dat we die keer daarop konden bevragen van goh zijn er nog specifieke onderwerpen waar jullie het over willen hebben?”.*

Dit nam zij in een volgende sessie in het algemeen mee want er was te weinig tijd voor het individuele aspect. De therapeut vond dat het invullen van de lijsten het gedrag van het kind zelf niet verbeterde. Ze vond dat dat los stond hier van, want ouders leerden in de training interventies waardoor het beter ging met het gedrag van het kind en niet zo zeer door lijsten in te vullen.

### 3.4.5. Wat vinden ouders en therapeut ervan om ROM verplicht te stellen in de toekomst?

Indien het in de toekomst gebruikelijker moet worden om ROM in te zetten, is het handig het ROM-gebruik verplicht te stellen. In tabel 15 een overzicht van de meningen van de ouders en therapeut hierover.

Tabel 15

*Meningen ouders en therapeut over ROM verplicht stellen in de toekomst*

	<b>Subcategorie</b>	<b>Citaat</b>
<b>Ouders</b>	Situatie analyseren	<i>"Als je zo 'n vragenlijst invult wordt je weer even tot jezelf geroepen van dat je een bepaalde analyse maakt van de situatie, waar je normaal niet zo bij stil staat"</i>
	Relatie persoonlijk welbevinden - gedrag kind	<i>"Het is dan handig om dus na de training te kunnen zeggen van, dat je een relatie kunt zien tussen het gedrag en hoe je jezelf voelt"</i>
	Maakt het tot gewoonte	<i>"Als je daar komt en je hebt die vragenlijst ja die vul je wel in"</i>
<b>Therapeut</b>	Metten is weten	<i>"Ja goede zaak, ik denk dat er nog veel te weinig wordt gemeten"</i>
	Maakt het tot gewoonte	<i>"Ouders begonnen vaak al met invullen zonder dat we er iets van hoefden te zeggen"</i>

Alle ouders vonden het goed het afnemen van vragenlijsten verplicht te stellen in de toekomst. Een ouder gaf aan dat je door de lijsten goed de situaties analyseert waar normaal niet zo bij wordt stilgestaan. De meeste ouders gaven aan dat het duidelijkheid schept over de relatie tussen het eigen welbevinden en het gedrag van het kind, een ouder zei dan ook: *“Het is dan handig om dus na de training te kunnen zeggen van, dat je een relatie kunt zien tussen het gedrag en hoe je jezelf voelt en dat soort dingen”*. De tussenmetingen werden bijvoorbeeld als een gewoonte bij de training gezien, een ouder zei hierover namelijk:

*Ja zou ik prima vinden (dat het verplicht wordt), ik bedoel waarom niet, als je daar komt en je hebt die vragenlijst ja die vul je wel in. Ik heb het niet als vervelend ervaren, en ja als het helpt ook voor jullie dan vul ik dat graag in.*

Ook de therapeut vond ROM-afname verplicht te stellen in de toekomst goed. Zij gaf aan dat er nog veel te weinig wordt gemeten. De therapeut vertelde: *“Ik merk dat het bij collega’s heel veel weerstand opwekt van kunnen we dat wel van ouders vragen om dat telkens in te vullen”*. Volgens de therapeut zit de weerstand tegen het verplicht stellen veel meer bij organisatoren en behandelaren dan bij ouders zelf. Alhoewel ze voor komende trainingen daar nog wel een punt in zag: *“men wil graag meten maar het kost veel tijd, er zijn bijna extra uren voor nodig”*.

#### 4. Discussie

Er wordt tegenwoordig in de GGZ steeds vaker gebruik gemaakt van en onderzoek gedaan naar ROM en het lijkt veelbelovend te zijn. Er zijn echter nog weinig onderzoeken beschikbaar over ROM-afname elke sessie, ROM-gebruik bij infants en in groepen (Carlier et al., 2012; Carlier et al., 2010; Weiss, 1998). Dit is daarom in deze pilot onderzocht en daarbij stonden de volgende vragen centraal: *Wat is de meerwaarde van het evalueren per sessie en hoe hebben zowel de ouders als de therapeut het ROM-gebruik ervaren?*

De meerwaarde van het meten per sessie is dat door middel van deze tussenmetingen gedurende de sessies goed gemonitord kon worden. Er werd zo voor de therapeut in kaart gebracht hoe de ouders zich voelden, of het probleemgedrag voorkwam en hoe de sessie werd ervaren. Ook gaf het ouders inzicht in hoe zij zich voelden, hoe het gedrag van het kind was en dat hoe zij zelf functioneerden van invloed was op het gedrag van hun kind. De tussenmetingen bleken niet voorspellend voor uitkomsten op de nameting. De scores waren namelijk inconsistent: sommige ouders scoorden laag op de tussenmetingen, maar scoorden normaal op de nameting en vice versa. De tussenmetingen waren wel voorspellend voor drop-out. Volgens van Oenen (2011) is het voor de SRS namelijk van belang dat tijdens de eerste sessies een (geringe) stijging optreedt, omdat uitblijven van stijging in het begin een belangrijke voorspeller is van het mislukken van de therapie en van drop-out. De ouders die een drop-out vormden bleken daadwerkelijk geen stijging in de eerste sessies te hebben. Dit was echter maar 1 ouderpaar van de 5 waardoor dit op toeval kan berusten. Vervolgonderzoek met meer respondenten moet uitwijzen of de tussenmetingen daadwerkelijk voorspellend zijn. Middels interviews is getracht antwoord te vinden op de vraag: *hoe hebben zowel de ouders als de therapeut het ROM-gebruik ervaren?*. Zowel de ouders als de therapeut hebben het ROM-gebruik als positief ervaren. Wat betreft de wijze van invullen van de ROM waren de meningen verdeeld. Alle ouders en de therapeut vonden de terugkoppeling verhelderend. Ouders zagen nu een relatie tussen hun eigen welbevinden en het gedrag van het kind. Ook kon men zich zo bewust worden hoe het daadwerkelijk met hunzelf ging en met hun kind. Voor de therapeut waren de lijsten essentieel voor het verkrijgen van een inzicht in hoe ouders zich voelden, wat zij van de sessie vonden en hoe het ging met het probleemgedrag. De ouders hebben het ROM-gebruik dus als positief ervaren, iets wat behandelaars en organisatoren meestal niet verwachten. Ook de therapeut heeft het ROM-gebruik als positief ervaren. Iedereen was het daarom eens met ROM in de toekomst verplicht te stellen.

Wat betreft de scores op de vragenlijsten waren er nog enkele dingen die opvielen. De scores op de ORS bevatten weinig fluctuatie. Zo scoorde het merendeel van de ouders op de ORS eerst laag, later hoog en bleef vervolgens hoog. Dit kan als volgt worden verklaard: Hoe lager de beginscore, hoe meer degene iets anders wil in zijn of haar leven (Crouzen, 2010). In dit geval wilden ouders graag het gedrag van het kind veranderen. Aangezien het merendeel later hoog scoorde leek men effect te hebben gehad van de training (beter in omgang met kind en aangepast aan het hebben van een kind met een ontwikkelingsstoornis). De scores op de SRS bevatten tevens weinig fluctuatie: het merendeel van de scores bleef gedurende sessies hoog. Dit kan verklaard worden doordat de meeste ouders tevreden waren met de sessies en hoge scores gaven. De scores kwamen echter gering boven de lijn ( $>36$ ) waardoor de sessies volgens de grafiek vaak als 'slecht' beoordeeld werden. Deze cut-off score is hoog zodat er voor sociaal wenselijk antwoorden gecorrigeerd wordt. Die score is echter gebaseerd op gemiddelden uit de VS (Crouzen, 2010). Wellicht antwoordt men daar eerder sociaal wenselijk, waardoor deze cut-off te 'streng' is voor een Nederlandse populatie.

De pilot bevatte sterke en zwakke punten. De sterke punten van dit onderzoek waren ten eerste dat dit een vernieuwend onderzoek was omdat er gebruik gemaakt werd van ROM-metingen iedere sessie, bij infants en in een groepstraining. Ten tweede kwamen door de terugkoppeling niet alleen via de training tot ontdekking dat hun eigen welbevinden van invloed is op het gedrag van het kind, ze zagen dit dankzij de ROM ook nog eens letterlijk terug in de lijsten. Dit maakt het goed visueel dat het gedrag van het kind nooit los is te zien van hoe een ouder in zijn/haar vel zit. De zwakke punten van dit onderzoek waren ten eerste dat het onderzoek uitgevoerd is op slechts 5 kinderen en 10 ouders, waarvan er 1 ouderpaar stopte met de training en een drop-out vormde. Dit geringe aantal respondenten kan de betrouwbaarheid van de bevindingen ondermijnen. Vervolgonderzoek dient daarom op een groot aantal respondenten te worden uitgevoerd. Ten tweede is het interview maar bij 1 van beide ouders afgenomen, hierdoor kan er te veel de visie van de ene ouder in beeld zijn, terwijl de andere ouder er wellicht een andere visie op nahoud of aanvulling op de ander heeft. In vervolgonderzoek dienen daarom beide ouders geïnterviewd te worden. Ten derde valt er over de interpretatie van de interviews wat op te merken, ze zijn namelijk maar door 1 beoordelaar beoordeeld. De interviews dienen bij vervolg doorgenomen te worden door een tweede of derde onafhankelijke beoordelaar. Wat betreft de keuze van de instrumenten valt op te merken dat de CBCL een goed voormetingsinstrument, maar minder een nametingsinstrument was. De CBCL brengt voornamelijk de probleemgebieden in kaart die lijken op DSM-classificaties. Met een nameting wordt er dan getracht verandering te zien in



gedrag dat niet of weinig veranderd. Er moeten daarom symptoom specifiekere lijsten ingezet worden. Specifiek op sociale communicatie of specifiek op repetitief gedrag, om te kijken of er al dan niet een inhoudelijke verbetering te zien is. Een ander zwak punt is dat ouders vaak niet meer goed wisten waarvoor ze de lijsten moesten invullen, tevens wisten ouders niet of invulling van de lijsten de training zelf verbeterde. Mogelijk waren ouders hierdoor minder gemotiveerd de lijsten in te vullen. Dit kan de scores op de lijsten beïnvloed hebben. Het is daarom van belang van te voren, en tevens tussendoor, duidelijk te maken waarom de lijsten moeten worden ingevuld. Verder is er aan het begin van dit onderzoek niet bepaald wanneer een resultaat voldoende was: of dit bijvoorbeeld een score van 60 was, een subklinische score of een significant verschil met voor- en nameting etc. Bij vervolgonderzoek moet er per ROM-afname bepaald worden wanneer een resultaat voldoende is. Dit verschilt namelijk per populatie en per setting (Crouzen, 2010). Tot slot was er tijdens de training niet genoeg ruimte om individueel op de ROM-uitkomsten in te gaan. Bij vervolgonderzoek is de aanbeveling met regelmaat terugkoppelingsgesprekken uit te voeren, zoals de therapeut ook aangaf. Zo kan er vaker individueel op de uitkomsten worden ingegaan, maar wordt dit ook niet te vaak. Wat ook een mogelijkheid is, is het inzetten van ROM in individuele therapie zodat er altijd op de uitkomsten kan worden ingegaan.

Verschillende bevindingen in dit onderzoek kwamen overeen met de huidige literatuur of waren daar een toevoeging op. De bevindingen van de therapeut dat ROM bijdraagt aan het nagaan of er nog onderwerpen moeten worden aangepast die nog niet zijn besproken, komt overeen met vele onderzoeken (Carlier et al., 2012; Nugter et al., 2012; Campbell et al., 2009). Bovendien is uit de perspectieven van de ouders in dit onderzoek gebleken dat ROM niet alleen handig is voor therapeuten, maar ook voor ouders. Deze perspectieven van de ouders met betrekking tot ROM zijn een toevoeging op de huidige literatuur (Beenackers, 2011). Er is namelijk recentelijk een praktijkboek voor ROM in de GGZ uitgekomen. Hierin kwamen enkel de perspectieven van de behandelaar, de onderzoeker en de projectleider aan bod en niet het perspectief van de patiënt. Ook werd in dit boek slechts het ROM-gebruik bij volwassenen beschreven en niet bij kinderen, zoals wel beschreven in dit huidige onderzoek. Ook is er in veel onderzoeken benoemd dat er nog weinig onderzoek is gedaan bij infants (Carlier et al., 2012; Carlier et al., 2010; Weiss, 1998). Daarin is dit onderzoek tevens een toevoeging op de huidige literatuur. Verder ligt de aandacht in de huidige literatuur vaak bij hoe ROM kan bijdragen in het maken van economische beslissingen in plaats het beschrijven van de potentiële voordelen voor patiënten en therapeuten (Campbell et al., 2009). Deze voordelen stonden in dit huidige onderzoek juist centraal.

Om de metingen per sessie van meerwaarde te laten zijn en de ervaringen met ROM positief te laten zijn, zijn er de volgende aanbevelingen voor de praktijk en voor vervolgonderzoek opgesteld. Voor de praktijk is het van belang om vaker terug te koppelen tussendoor. Zodoende krijgen ouders beter inzicht in hun scoreverloop en in het probleemgedrag van hun kind, waardoor zij de meerwaarde van het invullen van de vragenlijsten realiseren. Dit kan er voor zorgen dat ouders (nog) gemotiveerder zijn de lijsten in te vullen. Tevens is het voor de therapeut van belang vaker terug te koppelen naar de ouders om zo de training te kunnen blijven aanscherpen en bijsturen. Ook is het van belang na te gaan of er geschikte ROM-instrumenten worden ingezet, zodat patiënten geen irrelevante, of te veel vragenlijsten moeten invullen. In deze pilot bleek de CBCL bijvoorbeeld een minder goed nametingsinstrument. Voor vervolgonderzoek is het van belang dat ROM ingezet wordt bij grotere populaties, met meer ouders en meer therapeuten. Zodoende kunnen de vragenlijsten statistisch geanalyseerd worden, waardoor wellicht meer bevindingen en relaties aan het licht komen. Ook is het van belang dat er nauwkeuriger gekeken wordt naar de terugkoppeling omdat het scoreverloop op de verschillende lijsten drop-out kunnen voorspellen. Bijvoorbeeld als de scores op de SRS gedurende de eerste sessies niet stijgen (van Oenen, 2011). Tevens dient er onderzoek te worden uitgevoerd waarbij infants zelf ROM-vragenlijsten invullen, zodat er echt gemeten wordt onder infants.

Deze pilot was innovatief op het gebied van ROM door afname iedere sessie en (indirect) bij infants. Deze ROM werd afgenomen tijdens een groepstraining, wat tevens nieuw is. Uit dit onderzoek bleek dat ROM geschikt is voor afname iedere sessie, omdat het zowel de ouders als de therapeut verschillende inzichten biedt. Bovendien heeft men het niet als vervelend ervaren de lijsten in te moeten vullen. Ik zou ROM-afname iedere sessie dan ook aanraden zodat ouders inzicht krijgen in hun functioneren en in het gedrag van hun kind, en om de therapeut de ouders te laten monitoren en om daarmee drop-out te voorkomen. Ook is het indirect toepasbaar gebleken bij infants, omdat er lijsten werden afgenomen bij de ouders. Er kon daardoor bijvoorbeeld een beeld geschept worden over het probleemgedrag van het kind. Ik zou indirecte ROM-afname daarom aanraden, maar ook directe ROM-afname bij kinderen in zijn of haar individuele behandeling. Er is bijvoorbeeld een Young Child ORS en SRS beschikbaar voor kinderen van 0 tot 6 jaar om het perspectief van het jonge kind duidelijk te krijgen (Crouzen, 2010). ROM-gebruik is in dit onderzoek niet geschikt gebleken voor groepsbehandelingen. Aangezien ROM niet kon worden ingezet zoals het hoort: het bijsturen van de behandeling op basis de feedback die naar voren komt uit de lijsten. Wegens protocollaire richtlijnen in een groepstraining was er te weinig tijd daar op in te gaan. Toch

zou ik ROM-afname in een groepstraining wel kunnen aanraden. Als er namelijk vaker terugkoppelingsgesprekken worden gehouden kunnen ouders inzicht krijgen in hun scores en zien zij de meerwaarde in van het invullen van de lijsten. Door niet te vaak terug te koppelen blijft het accent op de groepstraining liggen, maar is er toch mogelijkheid voor individuele feedback. Tevens biedt dit de therapeut inzicht in of ouders al dan niet tevreden zijn met de therapie en hoe zij zich verder voelen. Het bijsturen van de training op deze problemen blijft dan wel passen en meten binnen het protocol, maar er is dan wel meer tijd om op individuele problemen in te gaan, problemen die losstaan van tevredenheid over de therapie.

### Conclusie

Dit onderzoek liet zien dat ROM als positief ervaren werd. Wat behandelaren zou moeten motiveren tot afname van ROM is dat men het helemaal niet erg vindt ROM in te vullen. Bovendien zijn bijvoorbeeld de ORS en SRS maar korte lijsten die snel kunnen worden afgenomen. Daarbij kunnen veel lijsten al digitaal ingevuld en verwerkt worden, waardoor dit weinig tijd in beslag neemt. Verder verdient het aanbeveling om vaker terug te koppelen en meer gebruik te maken van de terugkoppeling om zo de uitkomsten die ROM biedt nog beter te kunnen benutten.

## 5. Referenties

Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont department of psychiatry.

Beenackers, M. (2011), *Perspectief cliënt ontbreekt*. Verkregen op 14-08-2012 <<<http://www.routine-outcome-monitoring.nl/LinkClick.aspx?fileticket=16EdzABiKLU%3d&tabid=136>>>

Campbell, A., Hemsley, S. (2009). Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical psychologist*, 13 (1), 1-9.

Carlier, I.V.E., Meuldijk, D., Vliet Van, I.M., Fenema Van, E.M., Wee Van der, N.J.A, Zitman, F.G. (2010). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *Journal of evaluation in clinical practice*, 18, 104-110.

Carlier, I.V.E., Meuldijk, D., Vliet Van, I.M., Fenema Van, E.M., Wee Van der, N.J.A, Zitman, F.G. (2012). Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54 (2), 121-128.

Chamberlain, P. (1990). Comparative evaluation of specialized foster care for seriously delinquent youths: A first step. Community Alternatives. *International Journal of Family Care*, 2, 21–36.

Crouzen, M. (2010). *Handleiding Client Directed Outcome Informed (CDOI)*. Verkregen op 06-03-2012 << <http://www.stress-management-nl.org/lezingen/27sept2010-crouzen.pdf>>>

Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage.

Keet, I.P.M., Nugter, A.M., Hafkenscheid, A., Eede van den, F., Thunnissen, M.M. (2012). ROM: primair instrument voor de behandeling. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54 (2), 107-109.

Magaret, N.D., Clark, T.A., Warden, C.R., Magnusson, A.R., Hedges, J.R. (2002). Patient satisfaction in the emergency department – a survey of pediatric patients and their parents. *Acad emerg med*, 9 (12), 1379 – 1388.

Nugter, M.A., Buwalda, V.J.A (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de GGZ. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 54 (2), 111-120.

Oenen, F.J van. (2011). Het is mijn vriend die mij mijn fouten toont. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 66 (3), 120-135.

Pandolfi, V., Magyar, C.I., Dill, C.A. (2009). Confirmatory factor analysis of the child behavior checklist 1.5-5 in a sample of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39, 986-995.

Snyder, C.F, Aaronson, N.K., Choucair, A.K., Elliott, T.E., Greenhalgh, J., Halyard, M.Y., Hess, R., Miller, D.M, Reeve, B.B., Santana, M. (2011). Implementing patient-reported outcomes assessment in clinical practice: a review of the options and considerations. *Quality of life research*, 1-10.

Vermulst, V., Kroes, G., Meyer de, R., Nguyen, L., Veerman, J.W. (2011). O. *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL)*. Verkregen op 9-03-2012 <<  
<http://praktikon.nl/media/2804/OBVL%20voorlopige%20handleiding,%2008-11-2011.pdf>>>

Weiss, B. (1998). Annotation: Routine Monitoring of the effectiveness of child psychotherapy. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 39 (7), 943-950.

## 6. Bijlagen

### I: Outcome Rating Scale

#### Outcome Rating Scale: Hoe gaat het met u?

Naam: \_\_\_\_\_

Leeftijd: \_\_\_\_ jaar

Datum: \_\_\_\_ (dag) \_\_\_\_ (maand) 20\_\_\_\_ (jaar) Behandelcontact nr. \_\_\_\_

Vult u dit formulier voor uzelf in? ja / nee Indien voor een ander: wat is uw relatie met deze persoon? \_\_\_\_\_

---

Hoe is het met u gegaan de afgelopen week, of sinds het laatste behandelcontact - inclusief vandaag -?

Zet op elke lijn een kruisje.

Links is 'laag' en rechts is 'hoog'.

---

#### **Individueel**

(persoonlijk welbevinden)

|-----|

#### **Relationeel**

(familie, intieme vrienden)

|-----|

#### **Sociaal**

(werk, opleiding, sociale contacten)

|-----|

#### **Algeheel**

(algemeen welbevinden)

|-----|

Heart and Soul of Change Project [www.heartandsoulofchange.com](http://www.heartandsoulofchange.com)

© 2000, Scott D. Miller & Barry L. Duncan

vertaling V.4.0: Frank Asmus, Mark Crouzen & Flip Jan van Oenen

Email: [vertaling@yahoo.com](mailto:vertaling@yahoo.com)

**II: Session Rating Scale**

**Session Rating Scale: Hoe vond u de bijeenkomst?**

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ (dag) \_\_\_\_ (maand) 20\_\_\_\_ (jaar) Behandelcontact nr. \_\_\_\_

Zet op elke lijn een kruisje bij de beschrijving die het beste past bij uw gevoel.

**Relatie**

Ik voelde me *niet* gehoord, begrepen en gerespecteerd.

Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd.

**Doelen en Onderwerpen**

We hebben *niet* gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

We hebben gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten.

**Aanpak en/of Werkwijze**

De manier van werken van mijn behandelaar paste *niet* goed bij mij.

De manier van werken van mijn behandelaar paste goed bij mij.

**Algeheel**

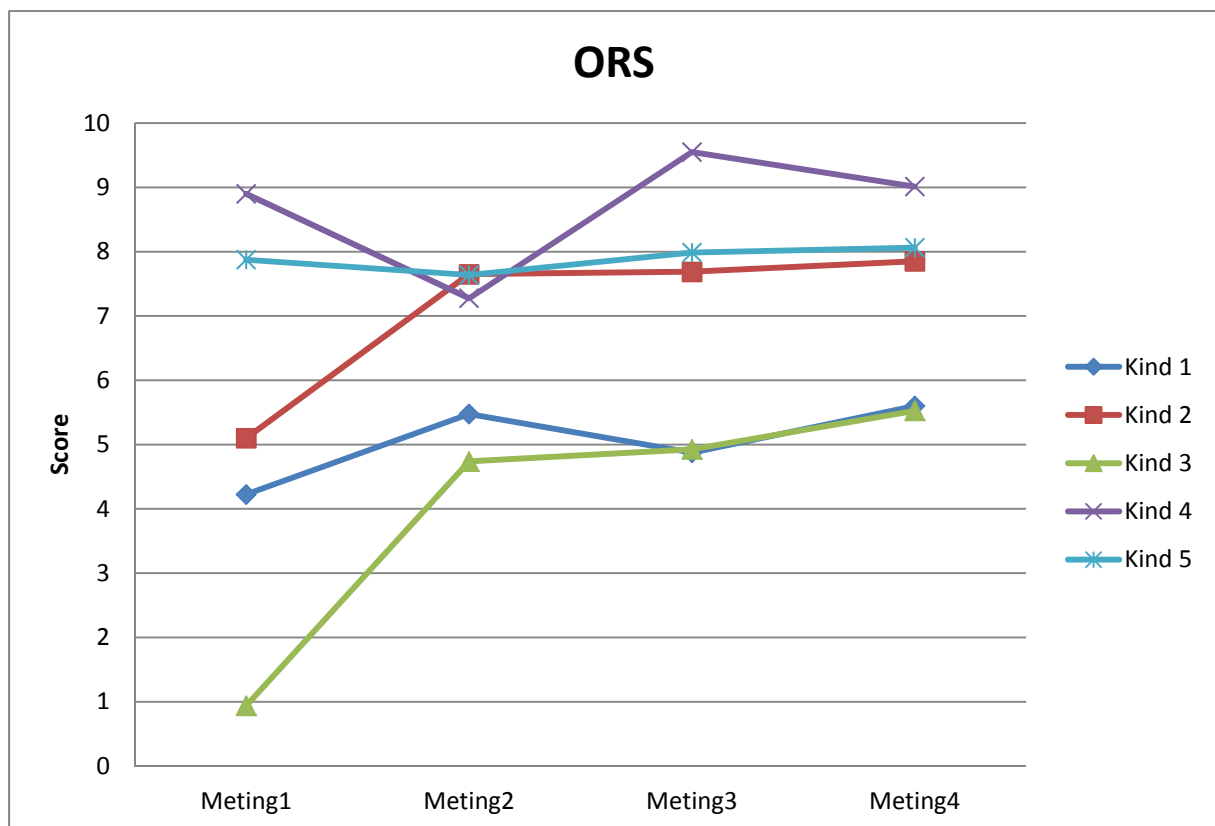
Er miste iets in het behandelcontact vandaag.

Over het geheel genomen vond ik het behandelcontact van vandaag in orde.

**III: Parent Daily Report**

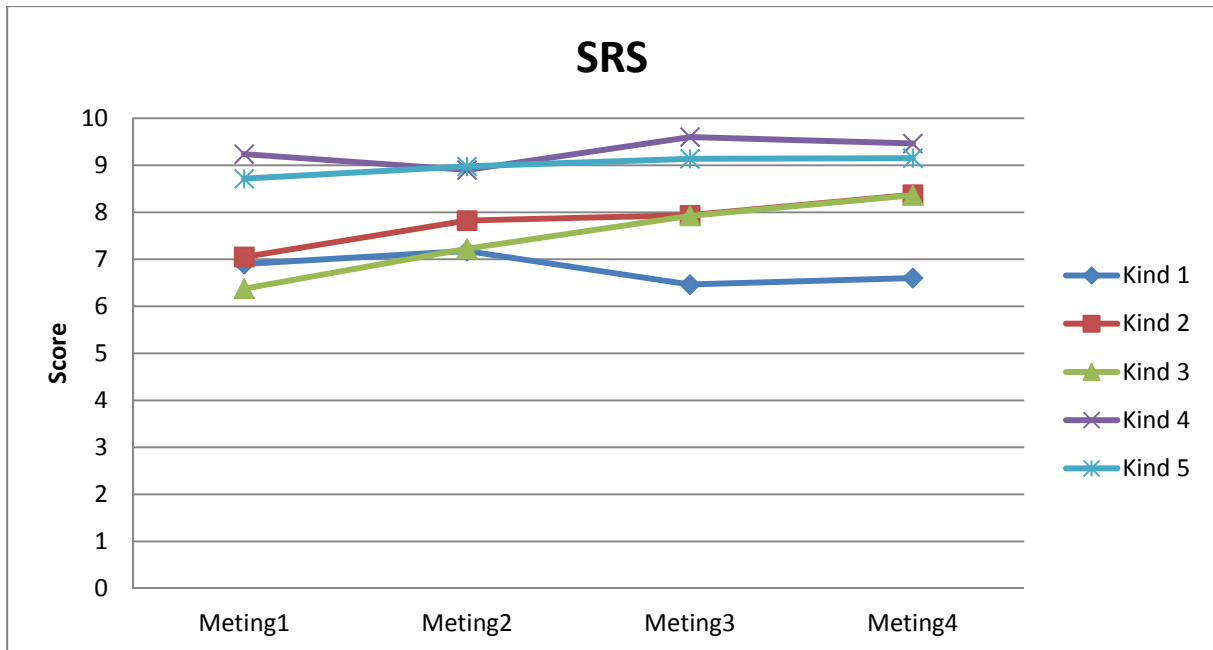
Gedraging	Voorgekomen? <i>Afgelopen 24 uur</i>	Zo ja, mate 1= niet ernstig 2= een beetje ernstig 3= ernstig 4= heel ernstig 5= buitengewoon ernstig
1.	ja / nee	1 2 3 4 5
2.	ja / nee	1 2 3 4 5
3.	ja / nee	1 2 3 4 5
4.	ja / nee	1 2 3 4 5
5.	ja / nee	1 2 3 4 5

**IV: Grafiek Outcome Rating Scale (groep)**





V: Grafiek Session Rating Scale (groep)



VI: Interviewschema

Ouders

Inleiding

*Ik wilde beginnen met nog even het doel van dit interview uit te leggen.*

- *U bent uitgenodigd voor dit interview omdat u de afgelopen maanden aan een oudertraining heeft deelgenomen waarbij u ook vragenlijsten heeft moeten invullen.*
- *Met dit interview willen we graag inzicht krijgen in hoe u het ervaren heeft om deze vragenlijsten in te vullen. Ik zal dit doen door u dingen te vragen over de volgende fases:*
- *De eerste fase gaat over wat u er in het algemeen van vond deze vragenlijsten in te vullen.*
- *De tweede fase zal gaan over wat u van de vragenlijst zelf vond.*
- *In de derde fase zal ik ingaan op wat u vond van de wijze van het invullen van de vragenlijsten.*
- *En de laatste fase gaat over hoe u de terugkoppeling van deze resultaten op de verschillende vragenlijsten heeft ervaren.*
- *De resultaten van dit interview kunnen gebruikt worden om te bepalen hoe er binnen Karakter dit soort vragenlijsten kunnen worden ingezet. Hierover zal ik dan een verslag gaan schrijven.*
- *En dan nog even wat praktische zaken:*

## Evalueren per sessie: Het gehele behandelproces in zicht

- *graag zou ik gebruik willen maken van een voicerecorder zodat ik straks gemakkelijk dit interview kan uittypen. Het geluidsfragment zal dan alleen door mijzelf beluisterd worden.*
- *De gegevens van dit interview worden dusdanig verwerkt dat niemand kan achterhalen dat dit uw interview was. Het is dus allemaal vertrouwelijk.*
- *Verder dient u te weten dat deelname aan dit interview geheel vrijwillig is, en dat u altijd kunt stoppen als u dat wilt en dat dit niet van invloed is op de behandeling.*
- *Heeft u verder nog vragen?*

Schakel opnameapparatuur in.

- *Goed, voordat we gaan beginnen heb ik nog toestemming van u nodig voor de volgende stellingen:*
  - o *Ik ben goed geïnformeerd over het doel van het interview*
  - o *Ik heb gelegenheid gehad vragen te stellen;*
  - o *Ik doe vrijwillig mee en ik weet dat wel/niet deelnemen geen invloed heeft op de behandeling;*
  - o *Ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt;*
  - o *Ik weet dat ik mij elk moment kan terugtrekken zonder opgave van redenen;*
  - o *Ik weet dat het gesprek wordt opgenomen, en dat uitsluitend de interviewer (ik dus) dit zal afluisteren.*
- *Gaat u akkoord met deze stellingen?*
- *Dit was wat ik wilde zeggen, dan zullen we nu gaan beginnen.*

### Vragen

*Ten eerste zal ik u nu vragen stellen over wat u in het algemeen vond van het invullen van de vragenlijsten.*

- *Wat vond u voordelen van het invullen van deze vragenlijsten? [goed, plezierig, fijn, makkelijk..., kunt u dat toelichten, kunt u nog een voorbeeld geven, hoe zo]*
- *Wat vond u nadelen van het invullen van deze vragenlijsten? [slecht, lastig, moeilijk, vervelend..]*

*Ten tweede zal ik u wat vragen over de vragenlijsten zelf.*

- *Had u het gevoel dat er goede vragen werden gesteld, of beter andere vragen?*
- *Wat vond u van de vragenlijsten? [relevant, duidelijk, belangrijk, nuttig..]*
- *Zag u een meerwaarde in het invullen van de vragenlijsten? [waarom toch wel van belang, nuttig was] [waarom, kunt u dat toelichten, kunt u voorbeeld geven]*

*Dan zal ik u nu vragen stellen over de wijze van het invullen van de vragenlijsten.*

- *Wat vond u van de plaats waar u deze vragenlijsten kon invullen?*
- *Wat vond u van het tijdstip(wanneer) dat u deze vragenlijsten kon invullen?[Voor/na training etc]*
- *Hoe vond u de frequentie van het invullen van de vragenlijsten?[te vaak, weinig, goed]*
- *Wat vond u van de manier van het invullen van de vragenlijsten? [PC/papier, kruisjes/niet,]*
- *Waren de vragenlijsten duidelijk genoeg om ze te kunnen invullen? [kunt u dat toelichten?]*

*Dan gaan we het nu hebben over de terugkoppeling, het gesprek dat u aan het eind van de training met de therapeut heeft gehad over de resultaten van uw vragenlijsten.*

- *Wat vond u van de manier waarop deze resultaten aan u werden voorgelegd?[grafieken, tabellen, het gesprek..]*
- *Snapte u de resultaten, was het duidelijk? [Waarom vond u ze wel/niet duidelijk?]*
- *Wat vond u ervan dat dit gesprek aan het eind van de cursus plaatsvond? [Hoezo?]*
- *Had u het gevoel dat er iets met de resultaten gedaan werd? [Kunt u daar voorbeeld van geven, heeft u nog een voorbeeld, waarom niet?]*

*Dit waren de fases die ik met u wilde doorlopen.*

*Tot slot wil ik graag wat algemene vragen stellen:*

- *Vond u dat de behandeling verbeterd werd door de vragenlijsten? [Ja? vertel eens, Nee? vertel eens]*
- *Wat zou u er van vinden als dit soort vragenlijsten in de toekomst altijd worden afgenomen? [waarom?]*

*Heeft u verder nog op- of aanmerkingen, dingen die u nog niet heeft benoemd maar nog wel van belang kunnen zijn?*

*Goed, dit was de laatste vraag en we zijn nu klaar. Ik wil u hartelijk bedanken voor uw deelname.*

Opnameapparatuur uitzetten

## **Therapeut**

### Inleiding

*Ik wilde beginnen met nog even het doel van dit interview uit te leggen.*

## Evalueren per sessie: Het gehele behandelproces in zicht

- *U bent uitgenodigd voor dit interview omdat u de afgelopen maanden aan ouders oudertraining heeft gegeven, waarbij de ouders ook vragenlijsten hebben moeten invullen.*
- *Met dit interview willen ik graag inzicht krijgen in hoe u ROM gebruik ervaren heeft. En ik zal u daarom dingen vragen over verschillende fases.*
- *In de eerste fase stel ik u vragen over wat u in het algemeen van het ROM-gebruik vond.*
- *De tweede fase zal gaan over de soorten vragenlijsten die gebruikt zijn.*
- *De derde fase heeft betrekking op de terugkoppeling.*
- *In de vierde fase zal worden ingegaan op hoe u reageerde op problemen die door de vragenlijsten werden geïdentificeerd.*
- *De resultaten van dit interview kunnen dan gebruikt worden om te bepalen hoe er binnen Karakter dit soort vragenlijsten kunnen worden ingezet. Hierover zal ik dan een verslag gaan schrijven.*
  
- *En dan nog even wat praktische zaken: ik zou nog graag een toestemmingsverklaring van u willen voor de volgende zaken:*
- *graag zou ik gebruik willen maken van opnameapparatuur, zodat ik straks gemakkelijk dit interview kan uitwerken. Het geluidsfragment zal dan alleen door mijzelf beluisterd worden.*
- *Verder dient u te weten dat deelname aan dit interview geheel vrijwillig is, en dat u altijd kunt stoppen als u dat wilt.*
- *Heeft u verder nog vragen?*
- *Dit was wat ik wilde zeggen, dan zullen we nu gaan beginnen.*

Schakel opnameapparatuur in.

### Vragen

*Ten eerste zou ik van u willen weten wat u in het algemeen van het ROM-gebruik vond.*

- *Wat vond u de voordelen van het laten invullen van deze vragenlijsten? [goed, plezierig, fijn, makkelijk..]*
- *Wat vond u nadelen van het laten invullen van deze vragenlijsten? [slecht, lastig, moeilijk, vervelend..]*

*Dan zal ik u nu vragen naar hoe u de keuze voor de te gebruiken vragenlijsten heeft ervaren.*

- *Wat vond u van de keuze voor de ORS/SRS als tussenmeting? [makkelijk, moeilijk...]*
- *Wat vond u van de CBCL/OBVL als voor/nameting?*
- *Vind u nu achteraf dat er de juiste vragenlijsten zijn gebruikt?*

## Evalueren per sessie: Het gehele behandelproces in zicht

*We gaan het nu over de terugkoppeling van de resultaten hebben.*

- *Wat vond u van de frequentie van de terugkoppeling van de resultaten?*
- *Wat vond u van de grafieken?*
- *Wat heeft u gedaan met de grafieken?*
- *Wat vond u van het terugkoppelingsgesprek met de ouders?*
- *Had u het idee dat de ouders hun resultaten begrepen? [kunt u een voorbeeld geven]*
- *Vond u één keer terugkoppelen aan de ouders genoeg?*

*Tot slot wil ik ingaan op hoe u reageerde op problemen die geïdentificeerd werden door de vragenlijsten.*

- *Werd er actie ondernomen op basis van de resultaten?*
- *Wat heeft u verder met de resultaten gedaan?*

*Dit waren de fases die ik met u wilde doorlopen.*

*Tot slot wil ik graag wat algemene vragen stellen:*

- *Vond u dat de behandeling verbeterd werd door de vragenlijsten?*
- *Waren de vragenlijsten noodzakelijk of had u het zelf ook kunnen ontdekken?*
- *Wat zou u er van vinden als dit soort vragenlijsten in de toekomst verplicht gesteld worden?*

*Heeft u verder nog op- of aanmerkingen, dingen die u nog niet heeft benoemd maar nog wel van belang kunnen zijn?*

*Goed, dit was de laatste vraag en we zijn nu klaar. Ik wil u hartelijk bedanken voor uw deelname.*

Opnameapparatuur uitzetten