

Treatment Fidelity bij de interventie Ouders van Tegendraadse Jeugd

Masterthesis Orthopedagogiek

Universiteit Utrecht

Mw. K. (Kris) Vermeij, #0309001

Afstudeerbegeleiding: Mw. Dr. W. M. van Londen

Inleverdatum: 13 juli 2010

Object In this study, innovating research was conducted on the importance of Treatment Fidelity (TF) of parent counsellors in the parenting support program OUDERS van Tegendraadse Jeugd (OvTJ) at the institute for youth rehabilitation. **Methods** The parenting support program OvTJ has been offered to 217 parents by 25 parent counsellors, whom carried out the intervention in 15 pairs. On the basis of an (optimized) Treatment Fidelity-model, journals were developed and elaborate interviews with some of the parent counsellors (n=8), whom had never been in a pair together, have been conducted. The (flexible) characteristics of Treatment Fidelity were assessed with the newly developed instrument TF-Flex and were related to the difference parents experienced in constructive parenting behaviour. **Results** Parents do progress on average in constructive parenting. Considering the variance of progression on constructive parenting, 7.5% can be accounted for by the constitution of the pair of counsellors regarding sex. Another 4.3% can be accounted for by the explicit attention parenting counsellors pay to diversity in cultural background of the participants. **Conclusion** The optimized model of Treatment Fidelity could be suitable for both professionals, program developers and subsidy granters.

Keywords: Treatment Fidelity, Treatment Integrity, TF-Flex, parenting support program

Onderwerp In deze studie is innovatief onderzoek gedaan naar het belang van Treatment Fidelity (TF) van ouderbegeleiders bij de interventie OUDERS van Tegendraadse Jeugd (OvTJ) bij de Jeugdreclassering. **Methoden** De opvoedingsondersteuning OvTJ is door de Jeugdreclassering aangeboden aan 217 ouders door 25 ouderbegeleiders in 15 variërende duo's. Op basis van een (geoptimaliseerd) model van Treatment Fidelity zijn logboeken opgesteld voor en interviews gehouden met 8 ouderbegeleiders die nooit samen een duo vormden. De (flexibele) kenmerken van Treatment Fidelity zijn beoordeeld met het instrument TF-Flex en gerelateerd aan de verandering in opvoedgedrag van de ouders. **Resultaten** Ouders gaan gemiddeld vooruit in constructief opvoedgedrag. Van de variantie van de vooruitgang in constructief opvoedgedrag kan 7,5% verklaard worden uit de samenstelling van het ouderbegeleidersduo op basis van geslacht en 4,3% uit de expliciete aandacht voor ouders met een allochtone achtergrond. **Conclusie** Het geoptimaliseerde TF-model is bruikbaar bij het ontwikkelen en evalueren van jeugdinterventies.

Introductie

Met de toename van de inzet van effectieve interventies neemt de aandacht voor de kwaliteit van de uitvoering van die interventies toe (Borrelli et al., 2005). Met het concept Treatment Fidelity (TF) worden methodische strategieën omschreven, die de betrouwbaarheid en validiteit van gedragsinterventies monitoren en verbeteren (Bellg et al., 2004; Borrelli et al., 2005; McHugh, Murray & Barlow, 2009). Tevens duidt het begrip TF methodische gebruiken aan om via onderzoek een klinische interventie betrouwbaar en valide te toetsen (Bellg et al., 2004).

Met TF krijgt men inzicht in de precisie waarmee een interventie is uitgevoerd en de trouw van een uitvoerder aan de onderliggende theorie en concrete oefeningen. Daardoor is duidelijk of het resultaat van een studie toe te schrijven is aan de effectiviteit van de behandeling (vanwege de fidele uitvoering) of aan andere factoren (Borrelli et al., 2005; Perepletchikova, Treat & Kazdin, 2007). Als de TF bekend is, kunnen onderzoekers beter vertrouwen op de resultaten van hun studie en de lezer van hun publicaties kan betere conclusies trekken over de effectiviteit dan het geval is bij studies waarbij TF niet bepaald is (Borrelli et al., 2005). Treatment Fidelity beïnvloedt zowel de mate waarin veranderingen kunnen worden toegeschreven aan de interventie als de mogelijkheid om een interventie te herhalen en te verspreiden (McHugh et al., 2009; Perepletchikova et al., 2007;).

Het is belangrijk dat men in onderzoek naar effectiviteit van interventies TF systematisch toepast. Inadequate Treatment Fidelity tot gevolg kan hebben dat enerzijds effectieve behandelprogramma's ten onrechte worden afgeschreven en anderzijds dat ineffectieve programma's geaccepteerd en door professionals onterecht worden ingezet. Dit brengt onnodige kosten met zich mee, als er geïnvesteerd wordt in zogenaamd werkzame interventies, die in zichzelf toch niet het gewenste resultaat opleveren en vice versa (Bellg et al., 2004).

Doel van deze studie is, om de wetenschappelijke kennis over TF te optimaliseren en toe te passen bij de evaluatie van de jeugdinterventie OUDERS van Tegendraadse Jeugd (OvTJ). Aan de hand van een geoptimaliseerd model van TF is een nieuw instrument ontworpen (TF-Flex) om de flexibele kenmerken (de aspecten die per training kunnen verschillen) van TF te beoordelen. De onderzoeksvraag luidt: 'In hoeverre beïnvloedt Treatment Fidelity – de kwaliteit en precisie van de theoretische basis, implementatie en uitvoering – van de interventie voor opvoedingsondersteuning *OUDERS van Tegendraadse Jeugd* de effectiviteit van de interventie?'

De studie geeft inzicht in het belang van de flexibele kenmerken voor de kwaliteit en effectiviteit van deze interventie. Een vernieuwend aspect is de rapportage over de kwaliteit van Treatment Fidelity op ontvanger-, uitvoerder- en interventieniveau.

Treatment Fidelity

In wetenschappelijk onderwijs besteedt men te weinig aandacht aan het belang van TF voor de interne validiteit van interventieonderzoek en ook in publicaties is er nauwelijks aandacht voor (Bellg et al., 2004; Wheeler, Baggett, Fox, & Blevins, 2006). Ook wordt er zelden aandacht aan het volledige begrip TF besteed in de ontwikkeling van interventies en de evaluatie ervan, zoals zichtbaar wordt in Bhar en Beck (2009), Borrelli en collega's (2005) en bij Perepletchikova, Treat en Kazdin (2007).

Het concept TF is vanuit verschillende visies ontwikkeld. Treatment Fidelity (Bellg et al., 2004; Borrelli et al., 2005) en Treatment Integrity (Perepletchikova, Treat en Kazdin, 2007). Hieronder zullen deze twee basismodellen beschreven worden. Vervolgens zullen we deze modellen integreren en een nieuw model presenteren, waarin de verschillende aspecten gecombineerd zijn (zie Figuur 1, pagina 11).

Treatment Fidelity en Treatment Integrity

Treatment Fidelity

Treatment Fidelity is de mate waarin interventies geïmplementeerd zijn met precisie en consistentie (Detrich, 1999). Er zijn vijf categorieën/binnen het begrip Treatment Fidelity waaraan volgens Bellg en collega's (2004) aandacht besteed moet worden in de opzet en uitvoering van onderzoek (Bellg et al., 2004) en waarover gerapporteerd moet worden in publicaties om een goed beeld van Treatment Fidelity in die studies te krijgen (Borrelli et al., 2005). De categorieën zijn 1)design, 2)training providers, 3)delivery of treatment, 4)receipt of treatment en 5)enactment of treatment.

1)Design De strategieën bij dit concept maken replicerbaarheid van een studie mogelijk (Bellg et al., 2004). Dit houdt in dat de inhoud en dosering van de bijeenkomsten gelijk moeten zijn voor de verschillende trainingsgroepen, door duidelijke tijdschema's in de handleiding op te nemen, door logboeken bij te laten houden over eventuele afwijkingen in duur en dosering en door het uitvoeren van huiswerkopdrachten van de cliënten te laten monitoren (Bellg et al., 2004). Verder moet er gerapporteerd worden over kenmerken die een ouderbegeleider volgens de onderliggende theorie nodig heeft (ervaring, diploma's) om succesvol de interventie te kunnen uitvoeren en over het theoretisch kader met bijbehorende klinische richtlijnen waarop de interventie gebaseerd is (Borrelli et al., 2005). In het vormgeven van een effectiviteitsonderzoek moet rekening gehouden worden met mogelijke tegenslagen op het gebied van implementatie. Zo zal men bijvoorbeeld rekening moeten houden met het uitvallen van ouderbegeleiders en bij voorbaat meer professionals moeten trainen dan nodig zodat men ziekte kan opvangen (Bellg et al., 2004).

2) Training providers Hieronder verstaat men het vaststellen en verbeteren van de training van de professionals. Op deze manier kan gegarandeerd worden dat zij naar tevredenheid getraind zijn om de interventie uit te voeren. Belangrijke elementen zijn: Hoe worden de ouderbegeleiders getraind, hangen zij dezelfde theorie aan als die waarop de training gebaseerd is, is de trainertraining gestandaardiseerd en worden naderhand de vaardigheden van de ouderbegeleiders gemeten? Voorbeelden om dit te bereiken zijn het inzetten van examens en certificering, waarbij niet alleen schriftelijk, maar ook in rollenspellen, de vaardigheden geëvalueerd worden (Bellg et al., 2004). Ouderbegeleiders met een andere achtergrond op het gebied van opleiding, ervaring en professionele achtergrond dienen de interventie uiteindelijk op dezelfde manier uit te voeren. Dit kan concreet door ze samen te trainen, door een gestandaardiseerde training aan te bieden, en door actieve training te geven in de vorm van rollenspellen et cetera. Het 'afdrijven' (verminderen) van vaardigheden van de ouderbegeleiders, *drift* genoemd dient te worden ingeperkt. Het is daarom belangrijk om over waarborging van de vaardigheden van de interventieverstrekkers door de jaren heen te rapporteren (Borrelli et al., 2005).

3) Treatment delivery Essentieel voor Treatment Fidelity is het monitoren en verbeteren van de overdracht van de interventies opdat deze wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Daartoe moeten methoden toegepast worden om vast te stellen of zowel de inhoud als de dosering van de interventie daadwerkelijk zo geleverd worden als oorspronkelijk bedoeld. Om onderlinge verschillen van de ouderbegeleiders te monitoren kan men de indruk van de ouders over de ouderbegeleiders indexeren en vergelijken. Ook kan men interviews met de ouderbegeleiders houden en geluidsopnames te maken en deze door verscheidene supervisors te laten scoren. Om het strikte gebruik van de handleiding te monitoren zijn ook geluids- en video-opnames geschikt. Maar logboeken bijhouden bij iedere sessie en het benadrukken van de wens dat afwijkingen van de handleiding gerapporteerd worden zijn daarbij ook ondersteunend. Tot slot is het in het kader van *treatment delivery* belangrijk dat *nonspecific treatment effects* worden ontdekt. Het kan wellicht lijken alsof een ouderbegeleider sensitief en adequaat met de groep omgaat, maar dat moet dan ook via de ontvangers van die zogenaamd sensitief en adequaat ondersteunde ouders gemonitord worden. Dit onderscheid is met name belangrijk in situaties waarin er met meer dan één trainer gewerkt wordt; een effectief resultaat hangt dan wellicht samen met een betere *therapeutic alliance* (de band tussen professional en cliënt). Het is daarom ook zaak om bij de ouders de mate van *therapeutic alliance* vast te stellen (Borrelli et al., 2005).

4)Treatment receipt In de laatste twee categorieën van Treatment Fidelity staan de ontvangers centraal (Bellg et al., 2004). Bij *treatment receipt* gaat het om het monitoren en verbeteren van het vermogen van de cliënten om de gedragsvaardigheden en cognitieve strategieën te begrijpen en toe te passen tijdens de bijeenkomsten (Borrelli et al., 2005). Dit kan bepaald worden via voor- en nametingen en interviews met de ouders, waarbij verschillende situaties nagespeeld worden om zo de vaardigheden te kunnen beoordelen. Dit houdt voor de bijeenkomsten concreet in dat de ouderbegeleider vragen moet stellen aan de ouders, de huiswerkopdrachten beoordelen en feedback geven op rollenspellen (Bellg et al., 2004).

5)Treatment enactment Bij *treatment enactment* gaat het om het monitoren en verbeteren van het vermogen van de cliënten om de gedragsvaardigheden en cognitieve strategieën toe te passen in het dagelijks leven (Borrelli et al., 2005). Om dit te bevorderen kan de ouderbegeleider oefeningen uitdelen en *goal sheets*. Ook kan men tussentijds telefonisch contact hebben. Via zelfrapportage van de ouders kan men nagaan of dit gebeurd is (Bellg et al., 2004).

Deze vijf categorieën van Treatment Fidelity zijn *mutually exclusive* (cumulatief exclusief; Borrelli et al., 2005). De componenten kunnen los van elkaar bestaan, maar de invloed is wel afhankelijk van de aanwezigheid van de andere vier categorieën. De interne validiteit komt in het gedrang als er een onvoldoende of onduidelijk resultaat op een (of meer) van de categorieën is. Als *treatment delivery* bijvoorbeeld niet gemonitord wordt, kunnen significante resultaten veroorzaakt zijn door onbekende actieve componenten die aan de interventie toegevoegd zijn, ‘errors of commission’ genoemd, of doordat inactieve bestanddelen zijn weggelaten, ‘errors of omission’ geheten. Hierdoor is er geen eenduidige conclusie ten aanzien van TF en de effectiviteit van de studie. Bij niet significante resultaten kunnen bovenstaande fouten overigens ook optreden, maar dan worden er juist niet werkzame bestanddelen toegevoegd of weggelaten (Borrelli et al., 2005).

Treatment Integrity

In de literatuur wordt het begrip Treatment Fidelity vaak gelijk gesteld aan het begrip Treatment Integrity (Perepletchikova et al., 2007; Bhar & Beck, 2009). Deze begrippen zijn verschillend. Treatment Integrity is het concept dat de mate aanduidt, waarin een interventie wordt uitgevoerd zoals deze bedoeld is (Perepletchikova et al., 2007). Treatment Integrity wordt gewoonlijk uitgelegd in termen van drie onderling gerelateerde aspecten, 1)*therapist treatment adherence*, 2)*therapist competence* en 3)*treatment differentiation*.

1) *Therapist treatment adherence* betekent dat de ouderbegeleider de voorgeschreven procedures daadwerkelijk toepast (dus het volgen van de handleiding en het uitvoeren van alle taken en oefeningen).

2) *Therapist competence* geeft aan wat het niveau van de vaardigheden en het inschattingsvermogen van de ouderbegeleiders is (hoe sensitief de strategieën toegepast worden op een bepaald probleem, timing van de interventie, en het vermogen om in de bijeenkomst de nadruk te leggen op onderwerpen die geschikt zijn voor deze interventie).

3) *Treatment differentiation* geeft aan of interventies daadwerkelijk van elkaar verschillen als je deze langs bepaalde criteria vergelijkt (dus dat er alleen door de handleiding voorgeschreven procedures worden toegepast, zonder dat er extra procedures bij worden gehaald).

Treatment Fidelity in relatie tot Treatment Integrity

Oorspronkelijk werden de beide concepten TF en TI gebruikt om 'het uitvoeren van een interventie zoals bedoeld' aan te duiden. Aan TF werd *treatment differentiation* toegevoegd (Bellg et al., 2004; McHugh et al., 2009) en daarna ook aan de term Treatment Integrity (Perepletchikova et al., 2007), zodat beide termen weer uitwisselbaar waren. In 2004 werd aan TF de overige strategieën van de 5 hierboven genoemde categorieën toegevoegd. Omdat de theoretici van de term TI deze categorieën niet relevant vonden evolueerde het concept TI los van de nieuwe kenmerken van TF.

McHugh en collega's (2009) stellen dat de verschillende benaderingen van TF strijdig zijn op het gebied van de rol van *client competence* - de mate waarin de cliënt de interventie begrijpt en gebruikt zoals deze bedoeld is, zowel tijdens de sessies als erbuiten (Bellg et al., 2004)-, waarbij de ene groep deze als component van TF ziet (waaronder Borrelli et al., 2005), en de anderen vinden dat *client competence* door een ander concept dan Treatment Fidelity belicht zou moeten worden (McHugh et al., 2009). Borrelli (2005) en Perepletchikova (2007) zien beiden het belang van de kundigheid van de professional en de monitoring ervan. De tegenstelling is, dat Borrelli (2005) het ontwerp van de interventie en van de trainertraining meeneemt (dus op ontwikkelaarniveau) en de mate van kundigheid van de nieuw aangeleerd geachte vaardigheden van de ouders tijdens en tussen de bijeenkomsten ook integreert (dus op ontvangerniveau) bij Treatment Fidelity, waar het andere begrip, Treatment Integrity, enkel op trainerniveau beoordeelt of er sprake is van een getrouwe uitvoering (Perepletchikova et al., 2007).

In het licht van deze huidige studie worden de toevoegingen van Bellg, Borrelli en collega's (2004 en 2005) beschouwd als een verdieping van het begrip Treatment Fidelity. De term Treatment Integrity zoals Perepletchikova en collega's (2007) beschrijven, beschouwen we als onderdeel van Treatment Fidelity. Hiermee komen we tot het geoptimaliseerde concept Treatment Fidelity. De vernieuwde, geoptimaliseerde definitie van Treatment Fidelity is:

De mate waarin kwalitatieve interventies met precisie en consistentie geïmplementeerd en kundig uitgevoerd zijn en waarvan het geleerde door de ontvangers goed in het dagelijks leven te integreren is.

In deze rapportage zal het begrip Treatment Fidelity gebruikt worden, waarmee de bovenstaande, vernieuwde definitie van het begrip wordt aangeduid.

Treatment Fidelity-model aangevuld met praktische aspecten van Treatment Integrity-model

Om de aspecten *therapist treatment adherence* en *therapist competence* te meten en rapporteren zijn er procedures op vier domeinen (Perepletchikova et al., 2007). Het derde aspect, *differentiation*, kan afgeleid worden uit *treatment adherence*. Als behandelaars de handleiding trouw volgen bij iedere interventie, en zij uitvoeren wat er voorgeschreven is en niet uitvoeren wat niet in de handleiding is opgenomen, is 'intervention purity' gegarandeerd, en is Treatment Integrity optimaal op het aspect *treatment differentiation* (Perepletchikova et al., 2007).

De vier domeinen om Treatment Integrity te meten en rapporteren zijn praktischer van aard dan het TF-model van Bellg (2004) en Borrelli (2005). Een deel van deze praktische informatie wordt van toegevoegde waarde geacht voor het model van Borrelli, en we hebben besloten voor dit onderzoek deze elementen toe te voegen aan het TF-model.

De vier domeinen (1)*establishing*, 2)*assessing*, 3)*evaluating* en 4)*reporting*) die belangrijk zijn voor de implementatie van Treatment Integrity-procedures staan hieronder beschreven.

1)*establishing*: Hoe bereik je TI? (eerste aanvulling)

Met de volgende procedures kun je *adherence* en *competence* monitoren. Gebruik van een handleiding is daarbij van belang, evenals het aanbieden van trainertraining en supervisie (Perepletchikova et al., 2007). Concreet betekent dit volgens Perepletchikova en collega's (2007) dat de trainingsprocedures uiteen vallen in een indirecte (instructies, schriftelijk materiaal) en directe (biedt gelegenheid voor oefening, met rollenspellen, feedback en terugkerende

opfrisbijeenkomsten) categorie. Een trouwe vertolking van een interventie wordt waarschijnlijker als er directe trainingsbijeenkomsten zijn geweest.

2) *assessing*: Hoe stel je TI vast? (tweede aanvulling)

Idealiter worden *adherence* en *competence* vastgesteld met directe observaties (observatie via een one-way-mirror, via monitors of via video-opnamen) en niet met indirecte observaties (zelfrapportage, bij ouders informeren wat er gedaan is) (Perepletchikova et al., 2007; Bhar & Beck, 2009). Indirecte methoden zijn wel nuttig om direct gemeten resultaten aan te vullen (Perepletchikova et al., 2007).

3) *evaluating*: Hoe evalueer je TI?

Een mogelijkheid voor bias is, dat observaties vaak invloed hebben op houding en gedrag; de ouderbegeleiders houden zich op zulke momenten bijvoorbeeld beter aan de handleiding of ze worden juist nerveuzer waardoor ze fouten gaan maken. Deze *reactivity* kan volgens Perepletchikova en collega's voorkomen worden door steekproefsgewijs en onverwachts te interviewen, of door bijvoorbeeld alle sessies te filmen, waardoor dat wat meer de normale situatie wordt (Perepletchikova et al., 2007) (derde aanvulling). Ook bij zelfrapportage is er kans op bias: mensen hebben de neiging zichzelf mooier af te schilderen op papier en vaak wordt door eigenbelang valse informatie teruggekoppeld (Perepletchikova et al., 2007).

Terwijl Borrelli deze problemen ook noemt (Bellg et al., 2004; Borrelli et al., 2005), geven Perepletchikova en collega's (2007) er meer aan. In het ideale geval is het volgens Perepletchikova (2007) ook belangrijk dat men bijhoudt of een ouderbegeleider doet wat hij behoort te doen, en ook of een ouderbegeleider nalaat wat hij niet behoort te doen (vierde aanvulling).

Perepletchikova en collega's (2007) noemen ook dat de juistheid van de integrity-metingen afhankelijk is van hoe ingewikkeld gedrag te scoren is (Perepletchikova et al., 2007). Uit onderzoek van Gresham uit 2000 blijkt, zo melden Perepletchikova en collega's (2007), dat de complexiteit van een interventie samenhangt met de mate van Treatment Integrity. Hoe specifieker en concreter een interventie is, des te makkelijker is deze te operationaliseren en monitoren (Gresham et al., 2000 in: Perepletchikova et al., 2007). Interventies waarin vaardigheden worden aangeleerd zijn minder complex dan bijvoorbeeld procesgerichte interventies en psycho-educatie (Perepletchikova et al., 2007) (vijfde aanvulling).

4) *reporting*: hoe doe je verslag over TI?

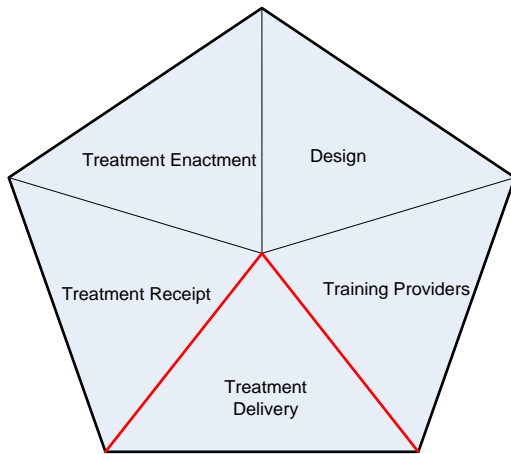
Numerieke data die informatief zijn voor de mate van TI zouden gerapporteerd moeten worden (Bhar & Beck, 2009; Perepletchikova et al., 2007) Dit wordt in het model van Borrelli niet zo expliciet genoemd, en wordt dus ook toegevoegd aan het TF-model om het beter bruikbaar te maken voor de praktijk (zesde aanvulling).

Uit onderzoek blijkt dat onderzoekers de beschikbare richtlijnen die er gelden op het gebied van Treatment Integrity en Treatment Fidelity niet toepassen bij het rapporteren over hun eigen studie (Perepletchikova, Hilt, Chereji, & Kazdin, 2009). Perepletchikova en collega's (2009) zien hiervoor een oorzaak in incomplete richtlijnen, zoals die van Bellg en collega's (2004). Het commentaar zit hem in het feit dat zij zich vooral richten op 'establish' van TI, zoals training van therapeuten en delivery van de interventie, terwijl assess, evaluate en report integrity niet nader toegelicht of opgehelderd werden (Perepletchikova et al., 2009). Dit commentaar is vooral van toepassing op het model van Borrelli en collega's uit 2005.

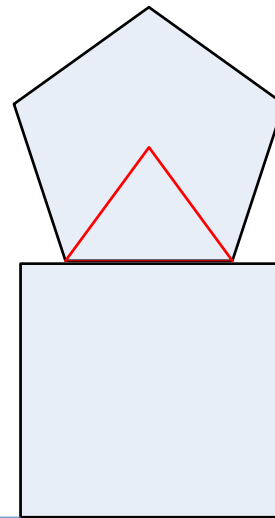
De bruikbaarheid van de concretisering en waardeoordelen van de implementatie van Treatment Integrity op de vier domeinen is van toegevoegde waarde.

In de huidige studie hanteren we het vernieuwde concept Treatment Fidelity, door de werkzame bestanddelen van de praktische resultaten in onderzoek naar Treatment Integrity te integreren in het bestaande, brede Treatment Fidelity-model. Met deze toevoegingen is het model dus veel praktischer en breder inzetbaar dan oorspronkelijk, omdat het zich zo ook bezighoudt met de kwaliteit van de betreffende TF-strategieën. Een overzicht van de totstandkoming van het vernieuwde TF-model is zichtbaar in figuur 1.

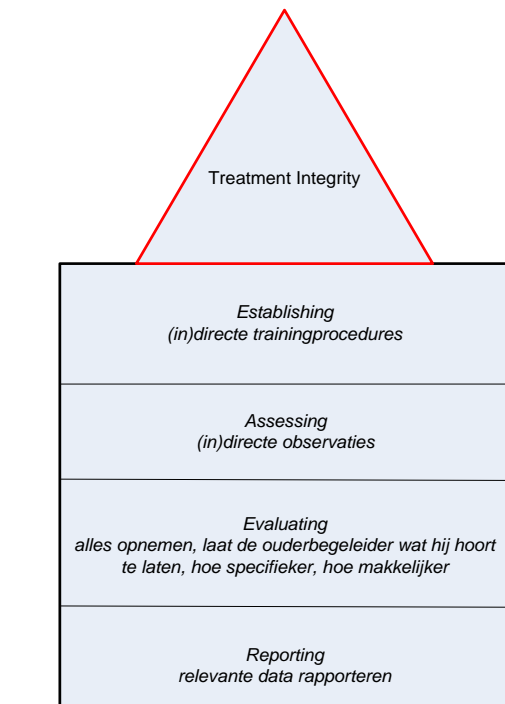
Treatment Fidelity-model Bellg en Borrelli en collega's 2004/2005



Geoptimaliseerd Treatment Fidelity-model Vermeij 2010



Treatment Integrity-model Pereplechikova en collega's 2007



TI wordt vastgesteld met ondersteuning van de vier praktische aspecten ten behoeve van beoordeling kwaliteit en implementatie ervan

TF wordt vastgesteld met ondersteuning van de vier praktische aspecten ten behoeve van beoordeling kwaliteit en implementatie ervan

Figuur 1. Schematische weergave van de totstandkoming van het geoptimaliseerde Treatment Fidelity-model

Treatment Fidelity in studies

Uit metaonderzoek van Perepletchikova en collega's (2007) blijkt dat slechts in 3,5% (n=202) van de door hen geëvalueerde onderzoeken Treatment Integrity uitgebreid genoeg wordt weergegeven om er een compleet beeld van te hebben (Perepletchikova et al., 2007). Ook blijkt dat 36,1% van de geëvalueerde onderzoeken 'bijna adequaat' waren. In feite kan dit alsnog betekenen dat de interventie niet accuraat is uitgevoerd (Perepletchikova et al., 2007).

Ook bij ander (meta)onderzoek blijkt slechts een beperkt deel adequaat te rapporteren op het gebied van TF. Bij Borrelli's meta-analyse (2005) had op het gebied van Treatment Integrity 20% (n=334) van de onderzochte rapportages een adequate beschrijving gegeven. Daar gold echter voor het totale begrip Treatment Fidelity een percentage van slechts 6.5 (n=342) van adequate rapportage over gebruik van TF- strategieën. Bhar en Beck (2009) constateerden dat slechts een van de negen onderzochte studies adequaat beschreven had over implementatie van Treatment Integrity-strategieën, en zelfs die was niet op alle vier onderliggende domeinen adequaat.

Het is dus nog steeds gebruikelijk om informatie over de uitkomsten van een onderzoek veel meer aandacht te geven, dan de verschillende domeinen van TI (Perepletchikova et al., 2007) en Treatment Fidelity. Uit het onderzoek van Schoenwald (2009) blijkt ook dat er meer klinische en wetenschappelijke aandacht moet uitgaan naar *therapist adherence* bij effectiviteitsonderzoek. Borrelli en collega's (2005) constateren dat in de loop van tien jaar (1990-2000; n=342) de aandacht voor TF is afgenomen in publicaties (hoewel dat geen significante afname was), waar Moncher en Prinz in het decennium ervoor nog wel een toename in rapportage over TF/TI hadden gevonden (Borrelli et al., 2005).

Het is alleen zinvol om adequaat beschreven interventies op effectiviteit te beoordelen, waarbij de mate van Treatment Fidelity in zijn totaliteit in overweging genomen wordt bij de interpretatie van die effectiviteit. In feite kan over slechts 3.5 – 6.5% (Borrelli et al., 2005; Perepletchikova et al., 2007) van de interventies beoordeeld worden of deze in voldoende mate gerapporteerd heeft over Treatment Fidelity om de uitkomsten van het effectonderzoek juist te kunnen interpreteren.

In dit onderzoek worden de strategieën van de vierkant (4 aspecten van TI-evaluatie) en vijfhoek (5 TF- domeinen) gecombineerd (zie Figuur 1), om te inventariseren in hoeverre de mate en kwaliteit van TF samenhangt met de verandering in opvoedgedrag van de deelnemers aan de interventie OvTJ.

Treatment Fidelity bij een studie naar de effectiviteit van een opvoedingsondersteuningsinterventie voor ouders van tegendraadse jeugd

De nadruk in het onderzoek naar de effectiviteit van de interventie voor opvoedingsondersteuning 'OUDERS van Tegendraadse Jeugd' (OvTJ) ligt op de verbetering in het opvoedgedrag van de ouder na deze interventie.

Opvoedingsondersteuning en treatment outcome

In het algemeen geldt dat oudertrainingen invloed hebben op het gedrag van kinderen. Opvallend in het onderzoek naar de effecten van oudertrainingen is dat de nadruk ligt op kinderen in de voorschoolse- en de basisschoolleeftijd (Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006; Reyno & McGrath, 2006). Op deze leeftijd nemen de ouders een aanzienlijk deel van de sociale omgeving van het kind in, waardoor het aannemelijk is dat zij een grote invloed kunnen uitoefenen op het gedrag van het kind. Zodra een kind ouder wordt en adolescentie bereikt, neemt de invloed van leeftijdsgenoten sterk toe (Schaffer, 1996). Juist bij kinderen die gedragsproblemen vertonen gaan ouders twijfelen aan hun eigen handelen en verliezen het geloof in de mogelijkheid om hun kind te beïnvloeden (Dekovic en Asscher, 2007). Uit onderzoek blijkt dat het effect van oudertrainingen van ouders van kinderen middelmatig tot groot is op de resultaten van de kinderen (Maughan, Christiansen, Jenson, Olympia en Clark, 2005; Serketich en Dumas, 2006) Dit is echter niet in alle studies het geval. Lundahl en collega's (2006), maar ook McCart, Priester, Davies en Azen (2006) vonden geen significant effect. De nadruk ligt in voornoemde onderzoeken overigens op de uitkomsten voor de kinderen en hun gedrag, en niet op dat van de ouders specifiek. Alleen Serketich en Dumas (1996) noemen dit specifiek apart bij hun meta-analyse, en hier is het effect voor de ouder middelmatig (effectgrootte=.44).

Er is nauwelijks onderzoek beschikbaar naar toepassing bij ouders van adolescenten. Uit de paar onderzoeken die er zijn blijkt dat als een oudertraining wordt aangeboden aan ouders van adolescenten, de inhoud van de training hieraan dient te worden aangepast. Het is van belang dat ouders leren hoe zij het gedrag van hun kind kunnen 'monitoren', hoe zij hun kind op een positieve wijze kunnen ondersteunen en hoe zij samen problemen kunnen oplossen (McCleary en Ridley, 1999). Bank en collega's (1991) hebben één van de weinige onderzoeken naar het effect van oudertraining van ouders van adolescenten uitgevoerd. Uit hun onderzoek blijkt dat oudertrainingen ook voor ouders van adolescenten effectief kunnen zijn, mits er aanpassingen aan de inhoud zijn gedaan.

Opvoedingsondersteuning en Treatment Fidelity

In onderzoek naar de predictoren van de effectiviteit van een interventie voor ouders van jonge kinderen door Asscher, Hermanns, Dekovic en Reitz (2007), zijn gegevens over verscheidene aspecten van Treatment Fidelity verzameld. De auteurs rapporteren over de samenhang van de verscheidene TF-kenmerken met de resultaten van de verschillende typen ouders. Een algemeen oordeel over de kwaliteit van TF ontbreekt.

Lundahl, Tollefson, Risser en Lovejoy (2008) heeft in een recente meta-analyse over het belang van vaderlijke betrokkenheid in interventies voor opvoedingsondersteuning ook enkele van de bij het Treatment Fidelity model behorende begrippen meegenomen in de retrospectieve beoordeling van de betrokken onderzoeken. Onder andere werd gekeken naar de manier waarop gemeten werd (via directe observaties en/of zelfrapportage), naar of het gedrag gemonitord werd aan de hand van gestandaardiseerde meetinstrumenten, en naar het al dan niet trouw gebruiken van een handleiding. Dit werd samengevoegd tot een oordeel over *rigor*; de al dan niet strikte toepassing van de interventie. Deze maat koppelen zij echter niet aan de oordelen over effectiviteit van die studies, maar hiermee onderzoeken zij enkel de conclusie of dit samenhangt met de effectgrootte van het onderzoek (er is een positieve correlatie, $r=.37$), om zo eventuele twijfels over de effectgrootte te ontkrachten. Reyno en McGrath (2006) besteden in hun meta-analyse naar opvoedingsondersteuning geen aandacht aan Treatment Fidelity.

Samengevat is de mate van Treatment Fidelity in onderzoek naar effectiviteit van opvoedingsondersteuning nog niet gekwantificeerd. Ook is er nog geen kwaliteitsoordeel van de mate van TF gepresenteerd in onderzoeken naar opvoedingsondersteuning.

Treatment Fidelity in de interventie voor opvoedingsondersteuning 'OUDERS van Tegendraadse Jeugd'

Onderzoeksvragen en hypothesen

De huidige studie beoogt antwoord te geven op de vraag in hoeverre Treatment Fidelity de effectiviteit van de interventie voor opvoedingsondersteuning 'OUDERS van Tegendraadse Jeugd' beïnvloedt.

Deze onderzoeksvraag is te onderscheiden in vier deelvragen.

De eerste twee onderzoeksvragen gaan over de uitvoering 'in de praktijk' van de interventie.

1. *Welke aspecten van Treatment Fidelity zijn gelijk voor alle respondenten en wat is de kwaliteit van de gelijke onderdelen?En:*

2. *Welke flexibele trainingkenmerken spelen een rol bij de kwaliteit van de uitvoering van OUDERS van Tegendraadse Jeugd, wat is de kwaliteit van de flexibele onderdelen en welke verklaringen zijn er om zich er al dan niet aan te houden?*

De verwachting is dat de domeinen Design en Training providers gelijk zijn voor de verschillende onderzoeksgroepen. De indeling van die groepen wordt immers op basis van de kenmerken van de ouderbegeleiders samengesteld, waardoor variatie voornamelijk in Treatment delivery en indirect op Treatment receipt en Treatment enactment aanwezig zal zijn.

3. *Wat is het effect van de interventie voor opvoedingsondersteuning op het constructief opvoedgedrag van de deelnemende ouders?*

Ten aanzien van deze vraag wordt verwacht dat er een effect waarneembaar zal zijn. Ondanks dat er weinig onderzoek naar deze specifieke doelgroep is gedaan, is de verwachting dat de ouders na het volgen van een interventie voor opvoedingsondersteuning zich in hun vaardigheid om op te voeden gesterkt voelen en zij hun constructief opvoedgedrag daardoor verbeterd zien.

4. *Hoe beïnvloedt de flexibele Treatment Fidelity de effectiviteit van de interventie voor opvoedingsondersteuning?*

Zoals eerder aan de orde kwam, zijn de voorwaarden voor een kwalitatieve uitvoering volgens de gangbare theorieën cumulatief exclusief; er valt niets te zeggen over de herkomst van effectiviteit als er informatie over een aspect van TF ontbreekt.

De verwachting is dat er een samenhang gevonden zal worden tussen de kwaliteit van de uitvoering door de ouderbegeleiders en de vooruitgang van ouders. In welke richting dit verband zal gaan, is echter niet volledig te voorspellen. Een lage Treatment Fidelity wil niet zeggen dat de interventie zwak is, maar enkel dat deze anders is uitgevoerd dan oorspronkelijk was bedoeld. Dit kan dus inhouden dat iemand die van het protocol is afgeweken, effectievere technieken heeft toegevoegd voor de betreffende doelgroep (Gresham et al., 2000 in: Perepletchikova & Kazdin, 2005).

Methode

Procedure

Dit onderzoek was onderdeel van een groter longitudinaal onderzoek uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut in opdracht van ZonMw. In het kader van dit onderzoek werd OUDERS van Tegendraadse Jeugd op acht locaties in Nederland uitgevoerd, namelijk in Rotterdam Noord, Rotterdam Zuid, Dordrecht, Den Haag, Alphen, Utrecht, Alkmaar en Tilburg.

Om de trainingkenmerken te achterhalen die een rol spelen bij de kwaliteit van de uitvoering zijn er twee informatiebronnen gebruikt. Er zijn uitgebreide interviews afgenomen bij acht ouderbegeleiders die de interventie gaven. In deze interviews zijn gegevens verzameld over de opleiding en training van de oudertrainers, over de wijze waarop selectie en instroom in de interventies geregeld is, over de eventuele knelpunten in de uitvoering en over de wijze waarop de uitvoering van de interventie op elk van de locaties gemonitord wordt. Ook zijn er gedetailleerde logboeken bijgehouden door de ouderbegeleiders. Hiermee is informatie verzameld over kenmerken van de oudertrainers, het aantal deelnemers per sessie, absentie van ouders, uitvallers en redenen van afwezigheid, behandelde onderwerpen, oefeningen en gebruikte materialen, de inzet van de deelnemers bij oefeningen en het maken van huiswerk en dergelijke. De gegevens uit de logboeken over de uitvoering van de bijeenkomsten droegen bij aan het oordeel over de kwaliteit van de uitvoering van de trainingen. Verder zijn de opvoedingsvaardigheden van ouders middels zelfrapportage gemonitord op twee momenten: vlak voor aanvang van de ouderbegeleiding en een half jaar na aanvang. Op basis van deze gegevens wordt de vooruitgang in constructief opvoedgedrag vastgesteld.

De logboeken en vragenlijsten zijn samengesteld, uitgezet en verzameld door een onderzoeksteam verbonden aan het Nederlands Jeugdinstituut in samenwerking met Universiteit Utrecht. De logboeken zijn in de loop van het onderzoek een enkele keer aangepast, omdat de oorspronkelijke versie niet praktisch was in te vullen. De anonimiteit van de ouders is meermaals met klem benadrukt. De ouderbegeleiders wierven ouders voor deelname aan het onderzoek. In een deel van de gevallen is hulp geboden bij het invullen van de vragenlijst, of telefonisch, of door ouders thuis op te zoeken. De deelnemers ontvingen een cadeaubon als dank voor het invullen van de vragenlijst. De bon nam per meting in waarde toe. Om de vragenlijsten 'terug te halen' is veelvuldig en uitgebreid met ouders gebeld. De vragenlijsten voor de tweede meting zijn óók toegestuurd aan ouders die tussentijds wegbleven van de bijeenkomsten.

Een overzicht en omschrijving van de gebruikte schalen om de concepten (Flexibele) Treatment Fidelity en Constructief Opvoedgedrag te bepalen is te vinden in tabel 1.

Respondenten

Ouderbegeleiders

De 49 series bijeenkomsten zijn gegeven door 25 ouderbegeleiders, 10 mannen en 15 vrouwen, die in verschillende samenstellingen 15 ouderbegeleidingsduo's vormden. Bij 8 ouderbegeleiders (die nooit elkaars partner waren) zijn interviews afgenomen.

De gemiddelde leeftijd van de ouderbegeleiders is 41 jaar (28-61; SD 10.04).

Alle ouderbegeleiders hebben een relevante HBO opleiding afgerond. Voor de meeste begeleiders was het geven van trainingen nieuw, vijf van hen hadden al (enige) trainingservaring. De ouderbegeleiders variëren in hun werkervaring bij de jeugdreclassering. Zes hebben één of twee jaar ervaring op dat terrein, terwijl een collega al twintig jaar ervaring heeft. Gemiddeld hebben de trainers 8 jaar (SD:5,06) ervaring met het werken met de jeugdreclasseringpopulatie.

Ouders

Van de deelnemers aan het onderzoek (n= 217) is van 200 personen bekend welke etnische achtergrond zij hebben. 70% van de deelnemers aan het onderzoek heeft een Nederlandse achtergrond. 2% heeft een Indonesische achtergrond, 3% een Turkse achtergrond, 7% een Antilliaanse achtergrond 7% een Surinaamse achtergrond, 3% een Marokkaanse achtergrond en 9% anders. Van de ouders die op T1 aan het onderzoek deelnamen, heeft tweederde (n=145) een half jaar later nog een vragenlijst ingevuld.

Instrumenten

Flexibele kenmerken Treatment Fidelity

Voor dit onderzoek geldt dat sommige onderdelen van het TF-model gelijk zijn voor alle series bijeenkomsten, en sommige flexibel (variërend tussen de ouderbegeleiders). Zowel voor de 5 domeinen zoals genoemd in de vijfhoek van het TF-model, als op strategieniveau, de strategieën waarmee over het betreffende domein gerapporteerd wordt, is er gelijkheid en flexibiliteit mogelijk.

Om de kwaliteit van de uitvoering van de interventie te bepalen, zijn er op basis van de literatuur een tweetal onderwerpen binnen Treatment Fidelity onderscheiden: 1)Treatment Integrity, waar 14 items onder vallen, en 2)Trainerkenmerken, waartoe 9 items behoren. De score op dit instrument 'TF-Flex' bevat de onderdelen van Treatment Fidelity waarop variatie mogelijk is tussen de verschillende reeksen uitgevoerde bijeenkomsten. Een overzicht van het instrument is in tabel 1 weergegeven.

Tabel 1. *Overzicht en omschrijving van de gebruikte onderwerpen om de kwaliteit van de uitvoering te meten van het concept 'Flexibele Treatment Fidelity'.*

Onderwerp (aantal items)	Omschrijving	Tijdstip meting
Treatment Integrity (14)	Percentage sessies behandeld	Gedurende de training (logboek)
	Percentage materialen en oefeningen behandeld	T2 (interview ouderbegeleider)*
	Intakecriteria gebruikt*	
	Telefonisch contact gehad*	
	Alle voorgeschreven aspecten van de training behandeld* (3 items, $\alpha=.60$)	
	Handleiding gebruikt* (3 items, vormen samen geen schaal)	
	Overige aanpassingen in programma gedaan*	
Trainerkenmerken (9)	Handleiding vertaald naar concreet handelen ouderbegeleider* (4 items, vormen samen geen schaal)	
	Samenstelling trainersduo geslacht	Gedurende de training (logboek)
	Samenstelling trainersduo ervaring in werkveld	T2 (interview ouderbegeleider)*
	Samenstelling trainersduo cursus al afgerond t.t.v. deze training en zo niet of al ervaring als trainer heeft	
	Ondersteuning voldoende geacht* (3 items, vormen samen geen schaal)	

Items met * zijn gebaseerd op de interviewantwoorden, items zonder * zijn gebaseerd op de logboeken

De vragen van de interviews zijn gebaseerd op het geoptimaliseerde TF-model. De onderzoeker heeft op basis van de antwoorden die de ouderbegeleiders gaven tijdens de interviews de items op het instrument gescoord, waarbij 2= kwalitatief goede uitvoering, 1= het antwoord lijkt gunstig t.a.v. TF, maar wordt niet onderbouwd of is niet volgens regels uitgevoerd en 0= men heeft niet voldaan aan TF-eisen. Uit de antwoorden zijn relevante ouderbegeleider- en trainingkenmerken gedestilleerd, geclusterd naar onderwerp. De scores op de items worden meegenomen in het effectonderzoek. Een voorbeeld van een interviewvraag is 'Heeft u telefonisch contact gehouden met de ouders? Hoe heeft u dat ervaren?' Een voorbeeld van twee verschillende antwoorden is: *'Ja, ik heb telefonisch contact gehouden. Dit is een minder sterk punt van mij. In een telefoongesprek moet je snel tot de kern komen, waar je thuis bij iemand of face-to-face makkelijker eerst even een gesprekje voert om het ijs te breken of het onderwerp in*

te leiden.’ Deze uitspraak heeft de beoordeling 1 gekregen. ‘Ja, daarin wordt teruggevraagd naar de eigen situatie van de ouder in combinatie met de besproken onderwerpen van de afgelopen bijeenkomst. We bellen ook nog een extra keer voorafgaand aan iedere bijeenkomst om ze te motiveren om te komen.’ Dit antwoord heeft beoordeling 2 gekregen bij de categorie Telefonisch contact, maar ook heeft dit antwoord mede geleid tot een onvoldoende (o) bij het item over aanpassingen in het programma. Er is immers van het protocol afgeweken door telefonisch contactmomenten toe te voegen voorafgaand aan de interventie, naast een aantal andere onderdelen die door betreffende ouderbegeleider aan het programma waren toegevoegd. Dit instrument is een subjectieve schaal; aspecten van de training zijn beoordeeld op basis van de informatie uit de interviews. In tabel 5 staat een overzicht van de beoordelingen per geïnterviewde ouderbegeleider op deze schaal.

Tabel 2. Overzicht en omschrijving van de gebruikte kenmerken en schalen om constructief opvoedgedrag te meten.

Kenmerk (schaal)	Aantal items	Betrouwbaarheid	Omschrijving
Responsiviteit (Nijmeegse OpvoedingsVragenlijst, NOV)	8	$\alpha = 0,87$	De mate waarin de ouder in de opvoeding responsief is voor behoeften, signalen en gesteldheid van het kind.
Belonen (Alabama Parenting Questionnaire, APQ)	6	$\alpha = 0,85$	De mate waarin ouder positief gedrag van het kind belooft.
Consistentie (Parental Dimension Inventory, PDI)	8	$\alpha = 0,82$	De mate waarin de ouder voorspelbaar gedrag vertoont en doorzet met disciplineren.
Gedragscontrole (Parental Practices, PP)	6	$\alpha = 0,87$	De mate waarin de ouder gedragsregels hanteert voor het kind.
Toezicht houden (Vragenlijst Toezicht Houden, VTH)	6	$\alpha = 0,86$	De mate waarin de ouder toezicht houdt op het doen en laten van het kind.
Harsh discipline (PDI)	6	$\alpha = 0,72$	De mate waarin ouder harsh discipline als disciplinerings techniek gebruikt.
Inductive discipline (PDI)	6	$\alpha = 0,85$	De mate waarin ouder inductive discipline als disciplinerings techniek gebruikt.
Straffen (PDI)	6	$\alpha = 0,84$	De mate waarin ouder straffen als disciplinerings techniek gebruikt.
Totaal constructief opvoedgedrag	52	$\alpha = 0,67$	De mate waarin ouder constructief opvoedgedrag vertoont.

Constructief opvoedgedrag

Om de vooruitgang in opvoedingsvaardigheden van de deelnemende ouders te meten, zijn verschillende schalen uit bestaande instrumenten gebruikt om het concept opvoedgedrag op beide tijdstippen te meten. In tabel 2 is een overzicht opgenomen van alle schalen (NOV, APQ, PDI, PP en VTH) die gebruikt zijn om het concept Constructief opvoedgedrag te meten. In totaal is de beoordeling van Constructief opvoedgedrag gebaseerd op 52 items. De verwachting is dat de ouders door deelname aan de interventies veranderen op het concept Constructief opvoedingsgedrag. De vijf opvoedingsvaardigheden van Patterson (1985, in: van Veluw, 2006) waar het programma 'Ouders van Tegendraadse Jeugd' zich op richt (Ouderlijke betrokkenheid, Positieve bekrachtiging, Problemen oplossen, Discipline en Toezicht houden), vallen ook onder dit concept. Een vraag van de subschaal consistentie luidt: '*Soms duurt het zo lang voordat ik de kans krijg te reageren op een overtreding van mijn kind dat ik het gewoon laat zitten*'. De ouder kan hierbij kiezen uit 6 antwoordcategorieën, variërend van helemaal mee oneens naar helemaal mee eens.

Data-analyse

Deelvraag 1: *Welke aspecten van Treatment Fidelity zijn gelijk voor alle respondenten en wat is de kwaliteit van de gelijke onderdelen?*

Hiertoe zal een kwalitatieve analyse van de vijf domeinen van TF uitgevoerd worden.

Deelvraag 2: *Welke flexibele trainingkenmerken spelen een rol bij de kwaliteit van de uitvoering en welke verklaringen zijn er om zich er al dan niet aan te houden?*

Er zullen t-toetsen en ANOVA's worden uitgevoerd om te bepalen of er een verschil in gemiddelde vooruitgang op constructief opvoedgedrag van de ouders is in groepen die worden gemaakt met TF-Flex, de subschalen en de losse items. Verder volgt hier een kwalitatieve analyse.

Deelvraag 3: *Wat is het effect van de interventie voor opvoedingsondersteuning op het constructief opvoedgedrag van de deelnemende ouders?*

Hiertoe wordt de samenhang tussen het opvoedgedrag en het aantal gevolgde bijeenkomsten (de 'mate van tot zich genomen opvoedingsondersteuning') van de interventie eerst bepaald middels een scatterplot. Naar aanleiding daarvan zal middels een enkelvoudige variantieanalyse bepaald worden wat de samenhang van het aantal gevolgde bijeenkomsten en de vooruitgang op constructief opvoedgedrag is.

Deelvraag 4: *Hoe beïnvloedt de flexibele Treatment Fidelity de effectiviteit van de interventie voor opvoedingsondersteuning?*

Een regressieanalyse wordt uitgevoerd met de kwaliteit van de uitvoering als onafhankelijke variabele en de verschilscore van de ouder op constructief opvoedgedrag als de afhankelijke variabele.

Resultaten

Onderzoeksraag 1

Welke aspecten van Treatment Fidelity zijn gelijk voor alle respondenten en wat is de kwaliteit van de gelijke onderdelen?

Tabel 3. Overzicht van de oordelen op de gelijkblijvende domeinen en strategieën van Treatment Fidelity.

Treatment Fidelity strategies Domeinen en strategieën	Oordeel flexibiliteit	Oordeel kwaliteit
I. Treatment design		
<i>I. Provided information about treatment dose in the intervention condition</i>		
1 Length of contact session(s)	G	O
2 Number of contacts	G	V
3 Content of treatment	G	V
4 Duration of contact over time	G	V
<i>II. Provided information about treatment dose in the comparison condition</i>		
5 Length of contact session(s)	-	-
6 Number of contacts	-	-
7 Content of treatment	-	-
8 Duration of contact over time	-	-
9. <i>Mention of provider credentials</i> (= informatie over het soort achtergrond dat de verstrekker van de interventie zou moeten hebben om de interventie met succes te implementeren, diploma's, ervaring)	G	O
10. <i>Mention of a theoretical model or clinical guidelines on which the intervention is based (=treatment differentiation)</i> + 5e <u>aanvulling</u> : <i>evaluating</i> 'hoe specifieker een interventie is, hoe gemakkelijker TF te behalen is'	G	O
Oordeel Treatment design totaal	G	O
II. Training providers		
+ 6e <u>aanvulling</u> : <i>reporting</i> 'informatieve data mbt TF weergeven'		
1. <i>Description of how providers were trained</i>	G	O
2. <i>Standardized provider training</i>	-	-
3. <i>Measured provider skill acquisition post-training</i>	-	-
4. <i>Described how provider skills maintained over time</i>	F	-
Oordeel Training providers totaal	G	O

O=onvoldoende, V=voldoende, - = ontbreekt, G=gelijk

Een overzicht van de oordelen op de verschillende gelijkblijvende domeinen en strategieën van TF is zichtbaar in tabel 3.

De twee gelijkblijvende domeinen (Treatment design en Training providers) van Treatment Fidelity en bijbehorende strategieën (zie tabel 3) zijn van onvoldoende kwaliteit. Dit komt mede doordat de vereiste eigenschappen van de ouderbegeleiders niet onderbouwd zijn, en de deelnemers aan de trainertraining niet gescand worden op de vereiste eigenschappen. Er is dus wel *'mention of provider credentials'* (strategie I.9 in tabel 3), maar de controle hierop en garantie hiervan is onvoldoende. Verder is de wetenschappelijke onderbouwing van de theorie voldoende, maar ontbreekt de vertaalslag van de theorie naar de uitvoering in de praktijk – het wordt te weinig concreet. Een goede aansluiting op de praktijk werd door sommige ouderbegeleiders betwijfeld en ook werden in de handleiding geformuleerde aannames niet door de ouderbegeleiders herkend. *Treatment differentiation* is niet vast te stellen, omdat *clinical guidelines on which the intervention is based* (strategie I.10 in tabel 3) niet voldoende zijn. Ook van de strategieën van Training providers is de kwaliteit onvoldoende. De trainertrainers gebruikten wel een enkele keer directe trainingsoefeningen, de meest effectieve vorm, maar er werd vooral indirect geoefend. Een trouwe vertolking van een interventie wordt waarschijnlijker als er directe trainingsbijeenkomsten zijn geweest. Dit is de eerste praktische aanvulling van Pereplechikova en collega's (2007) op het TF-model. Het niveau van supervisie is twijfelachtig en ook is dit, evenals de trainertraining zelf, door de jaren heen vaak veranderd. Hierdoor is er geen sprake van *standardized provider training*. Bovendien is er geen accreditatietraject voor professionals die de ouderbegeleiding gaan geven. Er was geen test nodig om certificaat 1 te krijgen, wel zes keer intervisie om certificaat 2 te krijgen. Er mag wel ouderbegeleiding gegeven worden met certificaat 1. De *provider skill acquisition* (strategie II.3 in tabel) is niet vastgesteld na de training, en hoeft ook niet vernieuwd te worden, waardoor onduidelijk is hoe deze vaardigheden in de loop der tijd veranderen (strategie II.4 in tabel 3). Het niveau is niet gecontroleerd en een getrouwe uitvoering kan niet gegarandeerd worden.

Onderzoeksvraag 2

Welke flexibele trainingkenmerken spelen een rol bij de kwaliteit van de uitvoering van OUDERS van Tegendraadse Jeugd, wat is de kwaliteit van de flexibele onderdelen en welke verklaringen zijn er om zich er al dan niet aan te houden?

In deze studie wordt bepaald welke TF-strategieën die door de verschillende ouderbegeleiders anders worden uitgevoerd - de flexibele onderdelen van Treatment Fidelity - van invloed zijn op de kwaliteit van de interventie. Een overzicht van de oordelen op de verschillende flexibele domeinen en strategieën van TF is zichtbaar in tabel 4.

Tabel 4. Overzicht van de oordelen op de verschillende flexibele domeinen en strategieën van Treatment Fidelity.

Treatment fidelity strategies Domeinen en strategieën	Oordeel flexibiliteit	Oordeel kwaliteit
III. Delivery of treatment		
+ 6e <u>aanvulling</u> : reporting		
1. Included method to ensure that the content of the intervention was being delivered as specified (e.g., treatment manual, checklist, computer program)	G	O
2. Included method to ensure that the dose of the intervention was being delivered as specified (e.g., records number of contact minutes)	F	?
3. Included mechanism to assess if the provider actually adhered to the intervention plan (e.g., audiotape, observation, self-report of provider, exit interview with participant) +2e <u>aanvulling</u> : assessing; 3e <u>aanvulling</u> : evaluating; 4e <u>aanvulling</u> : 'of ouderbegeleider nalaat wat hij niet behoort te doen'	F	?
4. Assessed nonspecific treatment effects (=control for provider differences, e.g. perceived warmth, credibility, etc.;) therapeutic alliance +3e <u>aanvulling</u> : evaluating by decreasing reactivity	V	nio
5. Used treatment manual + 1e <u>aanvulling</u> : establishing	F	?
Oordeel Delivery of treatment totaal	F	?
IV. Receipt of treatment		
+ 6e <u>aanvulling</u> : reporting		
1. Assessed subject comprehension of the intervention during the intervention period +2e <u>aanvulling</u> : assessing 'met directe observaties'	G	O
2. Included a strategy to improve subject comprehension of the intervention above and beyond what is included in the intervention	F	?
3. Assessed subject's ability to perform the intervention skills during the intervention period	F	?
4. Included a strategy to improve subject performance of intervention skills during the intervention period	G	O
Oordeel Receipt of treatment totaal	F	O
V. Enactment of treatment skills		
+ 6e <u>aanvulling</u> : reporting		
1. Assessed subject performance of the intervention skills assessed in settings in which the intervention might be applied +2e <u>aanvulling</u> : assessing 'met directe observaties'	F	?
2. Assessed strategy to improve subject performance of the intervention skills in settings in which the intervention might be applied	G	O
Oordeel Enactment of treatment totaal	F	?

O=onvoldoende, V=voldoende, - = ontbreekt, ?= mogelijk voldoende, G=gelijk, F=flexibel

De drie flexibele domeinen (Treatment delivery, Treatment receipt en Treatment enactment) van Treatment Fidelity en bijbehorende strategieën (zie tabel 4) zijn van flexibele kwaliteit. Ten aanzien van Treatment Delivery, bijvoorbeeld, is het gebruik van de handleiding (strategie III.5 in tabel 4) zowel in de logboeken als tijdens de interviews uitgevraagd. Sommige ouderbegeleiders blijven de handleiding volledig volgen, en anderen wijken er naarmate de tijd vordert meer van af. De eerste categorie heeft een voldoende kwaliteit TF ten aanzien van deze strategie en de tweede categorie ouderbegeleiders een onvoldoende. Dat is dus flexibel, en mogelijk voldoende. Op basis van deze variërende antwoordmogelijkheden, is het instrument TF-Flex ingevuld voor de geïnterviewde ouderbegeleiders. In tabel 5 is de beoordeling van de verschillende items van het instrument TF-Flex opgenomen. De scores op de verscheidene items leveren samen een oordeel op over de mate van Treatment Fidelity van de verschillende ouderbegeleiders. Hoe hoger de score, des te meer heeft de ouderbegeleider de interventie uitgevoerd zoals bedoeld.

Tabel 5. Overzicht van de beoordelingen van de verschillende antwoorden op de items van TF-Flex.

TF-Flex	Oordeel kwaliteit uitvoering								Gemiddeld
	A	B	C	D	E	F	G	H	
Treatment Integrity (14 items)									
Percentage sessies behandeld	1	2	1	999	2	1	1	0	1.14
Percentage materialen en oefeningen behandeld	0	2	1	999	1	1	999	0	0.83
Intakecriteria gebruikt*	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Telefonisch contact gehad*	1	2	2	0	2	0	2	2	1.38
Alle voorgeschreven aspecten van de training behandeld* (3 items; alle thema's; alle materialen(=2); concreet geoefend)	0 1 0	2 0 1	1 1 2	1 2 1	0 0 0	1 2 1	1 0 0	0 1 0	0.75 0.88 0.63
Handleiding gebruikt* (1 item)	1	1	2	1	1	1	1	1	1.13
Opmerkingen/theorie Handleiding vertaald naar concreet handelen ouderbegeleider* (4 items; individuele vraag; ongebruikelijk ouderschap; allochtonen; partner neemt niet deel)	1 2 1 0	0 1 1 2	2 1 2 1	1 999 1 2	0 999 2 2	1 999 1 2	0 999 2 2	2 1 2 1	0.88 1.25 1.50 1.50
Andere aanpassingen in programma gedaan* (2 items; extra's toegevoegd (=o+); expliciet uitwisseling mogelijk maken)	2 2	o(+) 0	o(+) 2	o(+) 2	o(+) 0	o(+) 2	2 0	o(+) 0	0.50 1.00
Trainerkenmerken (9 items)	A	B	C	D	E	F	G	H	Gemiddeld
Flexibel vs. star (2 is flex, nadruk op interventie, 1 is flex, nadruk op personen, 0 is star, gericht op personen)	1	2	2	2	0	2	0	0	1.13

OB'er verwijst door naar hulp (ob'er durft buiten comfort zone te treden, vertrouwt op eigen oordeel)	2	1	2	0	1	0	1	2	1.13
Verhouding duo eerlijk verdeeld? (zegt iets over zelfstandigheid, starheid van de ob'er, maar ook over kritische blik naar zichzelf)	2	0	2	2	2	2	2	2	1.75
Samenstelling trainersduo geslacht	2	2	2	999	0	1	0	1	1.14
Samenstelling trainersduo ervaring in werkveld	2	0	0	999	2	2	2	1	1.29
Samenstelling trainersduo cursus al afgerond ttv deze training en zo niet of al ervaring als trainer heeft	2	2	2	999	2	2	0	2	1.71
Ondersteuning voldoende geacht (3 items; gesteund voelt door training; bekwaam voelt als ouderbegeleider, maintaining skills/vooruitgang)	0	1	1	0	2	1	1	0	0.75
	2	2	2	2	2	2	2	1	1.88
	0	2	2	2	0	2	1	999	1.29
Totaal	25	26	33	19	21	27	20	19	24
Gemiddeld	1.09	1.13	1.43	1.12	0.95	1.23	0.95	0.86	1.10

2= kwalitatief goede uitvoering

1= het antwoord lijkt gunstig t.a.v. TF, maar wordt niet onderbouwd of is niet volgens regels uitgevoerd

0= men heeft niet voldaan aan TF-eisen

0(+)= er is iets aan het programma toegevoegd wat niet in de handleiding staat

Ouderbegeleider C heeft de hoogste gemiddelde score, deze heeft zich het meest aan de interventie zoals bedoeld gehouden. Ouderbegeleider H heeft de laagste gemiddelde score en is het meest van de interventie afgeweken. Op de variabele *intakecriteria gebruikt* is gemiddeld het laagst gescoord (0). Geen geïnterviewde ouderbegeleider heeft de groep ouders samengesteld volgens de intakecriteria. Dit betekent dat in dat opzicht de Treatment Fidelity onvoldoende is. Dit is de enige variabele waarop alle ouderbegeleiders dezelfde score hadden. Verder zijn de antwoorden flexibel voldoende en onvoldoende. Op de variabele *de ouderbegeleider voelt zich bekwaam* is gemiddeld het hoogst gescoord. Alle ouderbegeleiders voelden zich voldoende of goed bekwaam, een enkeling gaf wisselende signalen af. Deze en de overige variabelen variëren en zijn dus flexibel ten aanzien van de kwaliteit van de uitvoering. Veel ouderbegeleiders zijn onbewust en bewust afgeweken van de uitvoering zoals deze bedoeld was.

Verklaringen voor lage Treatment Fidelity

Dit zijn de meest opvallende genoemde redenen van geïnterviewde ouderbegeleiders om af te wijken van de interventie zoals deze bedoeld was.

**Niet passend bij behoeften doelgroep*

Sommige onderdelen blijken in de praktijk niet goed te passen bij de doelgroep. Zo noteert een ouderbegeleider in één van de logboeken dat de oefening ‘praten over het delict’ niet paste bij de deelnemers van die avond. Er waren maar drie ouders en hun kind was bij de jeugdreclassering terecht gekomen door veelvuldig spijbelen en schooluitval (leerplichtzaken). Hij heeft de oefening aangepast. Ook andere ouderbegeleiders noemen dit soort zaken: de manieren van straffen en belonen zoals die in de handleiding worden gepresenteerd passen niet de deelnemende ouders, die bijna allemaal kinderen hebben die zestien jaar of ouder zijn. Een veelgenoemd voorbeeld is de dvd met voorbeeldsituaties. Een voorbeeldsituatie gaat over winkeldiefstal terwijl de deelnemers zonen en dochters hebben die ernstiger delicten hebben gepleegd, zoals reeksen van inbraken, geweld- of zedendelicten.

Verder worden sommige onderwerpen overbodig geacht, zoals ‘het geven van complimenten’ in een groep ouders die deze vaardigheid al bezit. Of het onderwerp ‘sluit niet aan bij de fase waarin de ouders zitten met hun kind, ze zijn allemaal achttien jaar en ouders zijn aan het loslaten’. Het wordt door verschillende ouderbegeleiders als een gebrek gezien dat hedendaagse onderwerpen, zoals comadrinken, loverboys en grenzeloos seksueel gedrag, niet in de interventie terugkomt. Sommige ouderbegeleiders voegen ook nog extra materiaal toe. Zo wordt in een van de logboeken vermeld: ‘ouders hebben een artikel meegekregen uit J/M Pubers en een stukje over functie conflicten uit de puber-oudercursus BJZ Haarlem’. Tot slot worden praktische aanwijzingen en voorbeelden gemist. In de bijeenkomsten komt vooral aan de orde dát regels stellen belangrijk is en waarom. Hoe je dat dan vervolgens doet met adolescenten die niks willen, dat komt niet aan de orde en dat is waar ouders om vragen.

**Ouder of interventie centraal?*

Veel genoemde redenen om materialen en oefeningen niet te gebruiken zijn: ‘gebrek aan tijd’, ‘over het hoofd gezien’, ‘overgeslagen om tijd uit te sparen’. Het gebrek aan tijd ontstaat in veel gevallen doordat er in de groep deelnemers aandacht aan acute onderwerpen besteed moest worden. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om een familiecrisis en de bijkomende emoties die dat bij die ouders losmaakt of om herinneringen aan slechte ervaringen uit de eigen jeugd die boven komen drijven. Ouderbegeleiders blijken te verschillen in de mate waarin zij de tijd die besteed wordt aan dergelijke uitwisselingen begrenzen. Op twee locaties wil men dit bewust beperken, terwijl op één van de andere locaties de ouderbegeleiders het specifiek als hun taak zien om die verhalen de ruimte te geven. Dit draagt naar hun mening bij aan de verbondenheid van ouders en zo ook aan de kwaliteit van de bijeenkomsten. Ook in de logboeken van verscheidene ouderbegeleiders komt dit onderwerp bij de opmerkingen terug: ‘Ouders hebben aangegeven het vervelend te vinden dat er door het volle programma weinig tijd is voor uitwisseling’,

‘Spanningsveld persoonlijke situatie/vragen en het draaien van het programma. Ouders geven aan meer te willen uitwisselen met elkaar’. Dit verschil van inzicht over het doel van de bijeenkomsten maakt dat de tijd anders ingezet wordt.

**Huiswerk: verschillen tussen trainers*

Een belangrijk onderdeel in de interventie is het opgeven van huiswerk. Volgens de handleiding spreekt de ouderbegeleider aan het einde van de bijeenkomst met elke deelnemer af wanneer hij belt om te horen hoe het met het huiswerk gaat. In de praktijk loopt dit vaak anders. Door ziekte van de ouderbegeleider of afmeldingen van de ouders worden bijeenkomsten wel eens verzet, en dan wordt er voor gekozen niet te bellen: men ziet elkaar dan toch weer de week erna. Ook zien ouderbegeleiders er wel van af door tijdgebrek of praktische omstandigheden als vakanties.

Ook komt het voor dat men huiswerkopdrachten niet meegeeft. De oefeningen en het oefenen thuis als huiswerk, wordt soms te ingewikkeld gevonden voor de deelnemers. Ook staan sommigen niet achter het opgeven van huiswerk, omdat zij dat zelf ook niet als prettig zouden ervaren. In andere gevallen is het onderwerp door tijdgebrek niet behandeld en dan ziet men af van de huiswerkopdracht. Verder blijkt het hebben van tussentijds telefonisch contact voor sommige ouderbegeleiders een probleem te zijn vanwege een gebrek aan vaardigheden om dit goed te leiden en levend te houden, terwijl anderen er uitdrukkelijk voor kiezen vaker tussendoor telefonisch contact te hebben, bijvoorbeeld als ouders minder gemotiveerd dreigen te raken of als ze een zware periode doormaken. Er zijn er ook die standaard bellen of sms'en op de dag dat er een training is om te herinneren aan het feit dat er een bijeenkomst is en hen te motiveren om te komen.

**Vaardigheden trainers*

Niet alleen het telefonisch ondersteunen van ouders wordt door sommige ouderbegeleiders lastig gevonden. Een deel van de ouderbegeleiders vertelt in de interviews dat zij bepaalde oefeningen overslaan omdat zij zich onvoldoende toegerust voelen om de oefening goed met ouders te doen. Ouders echt aan het oefenen krijgen wordt over het algemeen moeilijk gevonden. Bij het bespreken van een op de dvd getoond voorbeeld is het lastig om de vragen zo te stellen dat ouders inzicht krijgen in wat er mis gaat of juist goed gaat in het getoonde voorbeeld. Hen daarna motiveren om een rollenspel te doen wordt ook lastig gevonden. Ook het zelf meedoen en voordoen in rollenspel ligt niet alle ouderbegeleiders even goed.

**Coaching op inhoud/ 'begeleide intervisie'*

Ouderbegeleiders verschillen in hun waardering van de begeleide intervisiebijeenkomsten. In het begin vond iedereen het nuttig om ervaringen uit te wisselen. Wel wordt opgemerkt dat het vaak

meer ging over allerlei organisatorische perikelen rond de uitvoering van de interventie, dan over de inhoud van het programma dat een ouderbegeleider ‘moet draaien’. Dit speelde bij de ene begeleider meer dan bij de andere.

In de interviews zeggen verschillende ouderbegeleiders meer te willen uitwisselen over zaken die spelen in het werken met een groep ouders. Na enige tijd vinden enkele ouderbegeleiders de intervisiebijeenkomsten ‘weinig efficiënt’. Het kost veel (reis)tijd, er zijn vaak weinig deelnemers en de bijeenkomsten zijn ‘onnodig’, omdat deze personen inmiddels niet meer tegen vragen of eigen grenzen aanlopen in de uitvoering van de beide interventies.

Op één na variëren alle geïnterviewde ouderbegeleiders op de variabelen van TF-Flex. De gemiddelde scores variëren van 0.86 tot 1.43 op een schaal van 0 tot 2: de kwaliteit van de uitvoering varieert van onvoldoende tot ruim voldoende. De invloed die de kwaliteit van uitvoering heeft op de vooruitgang van ouders in Constructief opvoedgedrag wordt bij onderzoeksvraag 4 beantwoord.

Onderzoeksvraag 3

Wat is het effect van de interventie voor opvoedingsondersteuning op het constructief opvoedgedrag van de deelnemende ouders?

Gemiddeld gaan ouders significant vooruit ($M=.21$; $SD=.57$) op gebruik van constructieve opvoedingsvaardigheden als ze aan de interventie hebben deelgenomen ($t=4,51$; $df=138$; $p<.001$). De score van de ouders op de voormeting correleert hoog met de score op de nameting ($r=.83$). De voormeting is sterk predictief voor verschilscore en nameting. Er wordt geen grote invloed van de interventie verwacht.

Er is geen significant verschil in vooruitgang in constructief opvoedgedrag voor ouders op basis van het aantal bijgewoonde bijeenkomsten, wat blijkt uit een niet significante enkelvoudige variantieanalyse ($F(7,125)=1,19$; $p=.32$). Dit geldt ook als de aanwezigheid in de categorieën weinig (0-4 bijeenkomsten gevolgd), gemiddeld (5/6) of vaak (7/8) wordt ingedeeld ($F(2,130)=1,46$; $p=.24$).

Onderzoeksvraag 4

Hoe beïnvloedt de flexibele Treatment Fidelity de effectiviteit van de interventie voor opvoedingsondersteuning?

De totaalscore op TF-Flex heeft geen significant effect op de vooruitgang in constructief opvoedgedrag ($F(2,106)=0,662$; $p=.518$). De twee onderwerpen waaronder de verschillende items vallen, hebben afzonderlijk ook geen significant effect (Treatment Integrity: $F(2,106)=1,33$; $p=.27$; Trainerkenmerken: $F(2,106)=0,03$; $p=.97$).

Op itemniveau van het TF-Flex-instrument is er een enkel significant resultaat op trainerniveau. Ouders die begeleid zijn door ouderbegeleiders die aangeven expliciet aandachtig zijn voor de omgang met ouders met een allochtone afkomst ($n=51$; $M=0,41$; $SD=0,58$), gaan ongeacht culturele achtergrond beter vooruit op COPV dan ouders waarvan de begeleiders hieraan geen extra aandacht besteden ($n=58$; $M=0,17$; $SD=0,60$). Deze vooruitgang verschilt significant ($t=-2,18$, $df=107$, $p=.03$).

Van de kenmerken die op trainerniveau variëren, is alleen het zich door ouderbegeleiders expliciet openstellen voor en afstemmen op de allochtone achtergrond van ouders van invloed op de vooruitgang van ouders. Omdat de verwachting is dat de invloed van de begeleider samenhangt met het aantal bijgewoonde bijeenkomsten en dus het aantal contactmomenten van de ouder met de begeleider, wordt het aantal bijgewoonde bijeenkomsten toegevoegd aan deze toets. Dit blijkt geen significant interactie-effect op te leveren ($F(3,99)=2,01$; $p=.12$).

Ook de vier schaaltes die er zijn gecreëerd, 'Alle voorgeschreven aspecten van de training behandeld', 'Gebruik handleiding trouw', 'Handleiding vertaald naar concreet handelen ouderbegeleider' en 'Ondersteuning voldoende geacht' blijken in een variantieanalyse geen significante invloed te hebben op de vooruitgang in constructief opvoedgedrag ($(F(3,105)=1,713$; $p=.169$); $(F(2,106)=0,978$; $p=.379$); $(F(2,106)=0,315$; $p=.730$); $(F(3,104)=2,071$; $p=.109$)).

Naast de items van de schalen die op trainerniveau verschillen, zijn er ook nog andere kenmerken van de items die op *trainingniveau* verschillen. Zo is de samenstelling van het trainersduo naar geslacht, ervaring binnen het vakgebied en naar het al dan niet gevolgd hebben van de trainertraining (waarbij ingecalculeerd is of de ouderbegeleider eerdere ervaring met het geven van trainingen had) meegenomen.

Op basis van een enkelvoudige variantieanalyse kan geconstateerd worden dat er een significant verschil in vooruitgang op constructief opvoedgedrag bestaat tussen ouders met 2 mannelijke begeleiders ($n=25$), ouders met 2 vrouwelijke begeleiders ($n=50$) en ouders met een gemengd koppel begeleiders ($n=56$) ($F(2,128)=5,18$; $p=.01$). De ouders die twee mannen als ouderbegeleiders hadden, boekten gemiddeld de meeste vooruitgang in constructief opvoedgedrag ($M=0,53$; $SD=0,69$). De ouders die een gemengd duo ouderbegeleiders hadden, lieten de minste vooruitgang zien in constructief opvoedgedrag ($M=0,10$; $SD=0,51$). De ouders die 2 vrouwelijke begeleiders hadden, nemen een tussenpositie in ($M=0,23$; $SD=0,57$). Uit de post-hoc vergelijkingen volgens de Bonferroni-methode blijkt dat de vergelijking van 2 mannen en een gemengd paar significant van elkaar verschillen ($p<.01$). De ouders die twee vrouwelijke begeleiders hadden, verschillen van beide groepen niet significant ($p=.09$ respectievelijk $.71$).

Er is geen significant verschil in constructief opvoedgedrag van ouders als zij worden gegroepeerd naar hun al dan niet voor de interventie OvTJ geschoolde ouderbegeleiders ($F(2, 129)=0,04$; $p=.96$). Ook kan er op basis van een enkelvoudige variantieanalyse

geconstateerd worden dat er geen significant verschil in vooruitgang in constructief opvoedgedrag bestaat tussen ouders die weinig ervaren begeleiders hadden, ouders die gemiddeld ervaren begeleiders hadden en ouders die zeer ervaren begeleiders hadden ($F(2,126)=0,10$; $p=.90$). Van de variabele variabelen van Trainerkenmerken is dus alleen de samenstelling van het trainersduo op basis van geslacht significant van invloed.

Het percentage gegeven sessies is niet significant van invloed op constructief opvoedgedrag ($F(2,114)=0,27$; $p=.76$) en het percentage gebruikte oefeningen en materialen ook niet ($F(2,105)=0,37$; $p=.69$). De variabele variabelen van TI op trainingniveau zijn niet significant van invloed op de vooruitgang in constructief opvoedgedrag.

Kenmerken die variëren op *ouderniveau* die van invloed zouden kunnen zijn op de vooruitgang, zijn de hoeveelheid maanden dat ouders moeten wachten op de ouderbegeleiding (omdat dit uit onderzoek is gebleken) of het geslacht (omdat het onderscheid moeder/vader voor de hand ligt). De duur in maanden voordat de ouder hulp heeft gekregen na aanmelding van het kind bij de Jeugdreclassering heeft geen significant effect ($r=-.81$; $p=.41$) op de vooruitgang van de ouders in constructief opvoedgedrag. Ook niet als deze wordt ingedeeld in de categorieën kort, lang, meer dan een jaar ($F(2,105)=0,69$; $p=.50$). Ook het geslacht van de ouder is voor de vooruitgang van de ouders op constructief opvoedgedrag niet van significant belang ($t=0,14$; $df=137$; $p=.89$).

Van de variantie van de vooruitgang in constructief opvoedgedrag kan 7,5% verklaard worden uit de samenstelling van het trainersduo op basis van geslacht. Dit is een relevant, significant resultaat ($F(2,128)=5,18$; $p<.01$). Van de variantie van de vooruitgang in constructief opvoedgedrag kan 4,3% verklaard worden uit de expliciete aandacht die de ouderbegeleiders hebben voor ouders met een allochtone achtergrond. Dit is een significant effect ($F(1,107)=4,76$; $p=.03$). De vooruitgang in constructief opvoedgedrag op het gebied van de ouders hangt niet met de overige kenmerken van de flexibele Treatment Fidelity samen.

Discussie, conclusies en aanbevelingen

In deze studie is onderzoek gedaan naar het belang van Treatment Fidelity (TF) van ouderbegeleiders (n=25) bij de vooruitgang die ouders (n=217) boeken in constructief opvoedgedrag nadat zij de interventie voor opvoedingsondersteuning *OULDERS van Tegendraadse Jeugd (OvTJ)* gevolgd hebben bij de Jeugdreclassering. Het onderzoek geeft daarmee inzicht in de invloed van TF op de interpretatie van effectonderzoek. Om TF te meten is een geoptimaliseerd model van Treatment Fidelity opgesteld. Aan de hand van dit model zijn logboeken opgesteld en uitvoerige interviews gehouden met acht ouderbegeleiders die nooit elkaars duopartner waren. Uit deze informatie is een oordeel over de mate en kwaliteit van de kenmerken van flexibele Treatment Fidelity gedestilleerd met het ontwikkelde instrument TF-Flex. Deze verschillende variabelen zijn meegenomen in het effectonderzoek naar OvTJ, waarbij het verschil dat ouders voor en na de interventie in constructief opvoedgedrag ervaren via vragenlijsten inzichtelijk is gemaakt.

Invloed gelijkblijvende domeinen en strategieën van TF op constructief opvoedgedrag

De domeinen Treatment design en Training providers zijn gelijkblijvend; er is geen variatie in de kwaliteit van uitvoering op deze gebieden. De beide domeinen zijn onvoldoende van kwaliteit.

De onvoldoende scorende, gelijkblijvende domeinen waren van grote invloed op de effectiviteit van de interventie. Vaak had variatie op de andere domeinen geen invloed op de algehele effectiviteit van de interventie. Het verwachte verband tussen de flexibele kenmerken van TF en de vooruitgang in constructief opvoedgedrag van ouders was beperkt. Dit is mogelijk toe te schrijven aan de onvoldoende kwaliteit van gelijkblijvende domeinen en strategieën.

Invloed flexibele domeinen en strategieën van TF op constructief opvoedgedrag

De domeinen Treatment delivery, Treatment receipt en Treatment enactment zijn flexibel van aard; er is variatie in de kwaliteit van uitvoering van de verschillende ouderbegeleiders op deze gebieden. Bijbehorende strategieën zijn een enkele keer door allen onvoldoende uitgevoerd, maar over het algemeen varieerden de ouderbegeleiders in hun getrouwe uitvoering van de interventie.

De flexibele domeinen en bijbehorende strategieën waren weinig van invloed op de vooruitgang van ouders in constructief opvoedgedrag. De vijf domeinen van Treatment Fidelity lijken niet strikt cumulatief exclusief (Borrelli., 2005) als het gaat om de invloed van de *kwaliteit* van de domeinen. Ondanks dat op meerdere (strategieën binnen) domeinen een onvoldoende gescoord is, is er toch samenhang met enkele flexibele kenmerken gevonden. Ook in het geval dat er sprake is van onvoldoende kwaliteit van enkele domeinen, blijken de andere elementen van invloed te zijn op de effectiviteit.

Invloed van OvTJ op constructief opvoedgedrag

De vooruitgang van ouders is significant, maar wordt voorspeld door de voormeting ($r=.83$). Een dermate hoge correlatie biedt weinig ruimte aan een interventie voor opvoedingsondersteuning om verandering te realiseren. Ouders die zich bij aanvang van de ouderbegeleiding minder vaardig voelen in constructief opvoedgedrag, zien zichzelf ook niet zo veel vooruitgaan. Ouders die zichzelf vooraf al beter beoordeelden, gingen meer vooruit. De invloed van OvTJ op de verschillscore in constructief opvoedgedrag is daardoor mogelijk beperkt. Het effect van Treatment Fidelity op de verandering die aan de interventie voor opvoedingsondersteuning is toe te schrijven (bij onderzoeksvraag 4), is daarom lastig te detecteren. De mogelijke invloed van de kwaliteit van de Treatment Fidelity wordt door deze hoge correlatie vertroebeld.

Er is geen significant verschil waarneembaar in vooruitgang in constructief opvoedgedrag voor ouders op basis van het aantal bijgewoonde bijeenkomsten. De interventie lijkt niet zinvol, een verband ontbreekt met de hoeveelheid bijeenkomsten waaraan is deelgenomen. Er is weinig invloed waarneembaar van de interventie op de vooruitgang in constructief opvoedgedrag van de ouders.

Invloed van TF op vooruitgang constructief opvoedgedrag

Ouders gaan gemiddeld vooruit in constructief opvoedgedrag. Van de variantie van de vooruitgang in constructief opvoedgedrag kan 7,5% verklaard worden uit de samenstelling van het ouderbegeleidersduo op basis van geslacht. Van de variantie van de vooruitgang in constructief opvoedgedrag kan 4,3% verklaard worden uit de expliciete aandacht die de ouderbegeleiders hebben voor ouders met een allochtone achtergrond, ongeacht de afkomst van de betreffende ouders. Andere kenmerken van TF konden niet in verband gebracht worden met constructief opvoedgedrag. Er is weinig invloed van TF op de vooruitgang van ouders in constructief opvoedgedrag waarneembaar, waar wel een samenhang verwacht werd. Dit gebrek aan resultaat kan verklaard worden door de beperkingen die dit onderzoek kent.

Kracht onderzoek

Het huidige onderzoek is vernieuwend op een aantal gebieden. Het voegt allereerst een uitgebreider en breder toepasbare versie van het begrip Treatment Fidelity toe aan de huidige literatuur over de kwaliteit van theoretische onderbouwing, implementatie en uitvoering van een interventie. Bovendien geeft dit onderzoek ondanks methodische beperkingen een adequaat inzicht in de relevantie van de in deze studie gemeten effecten van de opvoedingsondersteuning dankzij de volledigheid en transparantie op het gebied van Treatment Fidelity, wat van belang is voor de interpretatie van de effectiviteit van interventies in publicaties (Perepletchikova et al., 2007).

Op basis van het vernieuwde begrip TF is ook een uitgebreid instrument ontwikkeld om de mate van flexibele Treatment Fidelity te kunnen kwantificeren. Gegevens over de mate van TF werden in het effectonderzoek naar deze interventie voor opvoedingsondersteuning geïntegreerd, wat nog niet systematisch wordt gedaan (Bellg et al., 2004; Bhar & Beck, 2009).

Het geoptimaliseerde model is te gebruiken als hulpmiddel bij het ontwikkelen van interventies en trainertrainingen, omdat het praktische informatie geeft over te hanteren strategieën en belangrijke elementen van een interventie. Dit is van toegevoegde waarde, omdat het de ontwikkeling van systematische weergave van Treatment Fidelity stimuleert.

Beperkingen onderzoek

Voorname hoog correlerende voor- en nameting is een eerste beperking van de interpretatie van dit onderzoek.

Een andere verklaring voor het uitblijven van meer relaties tussen TF en constructief opvoedgedrag is dat de onderzoeksdata geclusterd zijn. Er zijn slechts acht ouderbegeleiders geïnterviewd, wat acht verschillende TF-Flex-waarden oplevert. Er is dus geen sprake van $N=217$, maar $N=8$. Dit roept vragen op voor de significante resultaten die op trainerniveau verschillen. De samenstelling van de ouderbegeleidingsduo's varieert, geïnterviewde ouderbegeleiders hebben met diverse partners de series bijeenkomsten gegeven. Toch is het aantal duo's beperkt ($n=15$), en moet het resultaat over de geslachtssamenstelling met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Het is mogelijk dat daarbij niet zozeer geslacht bepalend is, maar andere, niet gemeten persoonskenmerken van die bewuste mannelijke ouderbegeleiders. Dit zal in toekomstig onderzoek uitgemaakt moeten worden.

Een laatste mogelijke verklaring voor de beperkte samenhang tussen TF van ouderbegeleiders en constructief opvoedgedrag van ouders, wordt gevonden in het feit dat er veel kenmerken (strategieën en domeinen) van Treatment Fidelity in deze studie gelijkblijvend waren in plaats van flexibel. Zo zijn Treatment receipt en Treatment enactment bij zowel verstrekker als ontvanger van de interventie niet structureel gemeten, en zijn Design en Training providers van onvoldoende kwaliteit. Dit geldt voor alle interventies, en omdat deze niet variëren, is hiervan geen verband met de effectiviteit te onderzoeken. Mogelijk zouden deze kenmerken als ze flexibel beoordeeld waren ook samenhangen met de vooruitgang in constructief opvoedgedrag.

Aanbevelingen voor de praktijk

TF werd nog niet eerder - in kwalitatieve of kwantitatieve vorm - gebruikt om te komen tot een oordeel over de zekerheid waarmee de resultaten van die effectiviteitsonderzoeken aangenomen kunnen worden. Het is wel van maatschappelijk belang dat er een manier van beoordelen komt waarin de werkzaamheid, de effectiviteit van een interventie, zo goed mogelijk wordt gewaarborgd. Zo kan in het belang van de samenleving als geheel geïnvesteerd worden in de ontwikkeling van (de opvoedingsvaardigheden van) ouders en daarmee in de ontwikkeling van diens kinderen. Bij het beoordelen van een verantwoorde subsidieverstrekking voor het uitvoeren van effectieve interventies, evenals voor het opleggen of aanbieden van daadwerkelijk effectieve interventies voor opvoedingsondersteuning is een dusdanig adequaat beoordelingssysteem nodig.

Het geoptimaliseerde TF-model is een goed hulpmiddel bij het ontwikkelen van interventies. Zo is het monitoren van de kwaliteit en kunde van uitvoerende professionals, maar ook het bijhouden van begrip en toepassing van de aangeleerde vaardigheden door ouders, van belang voor de ontwikkeling van toekomstige interventies. Een concrete aanbeveling voor ontwikkelaars is dat er in handleidingen meer concrete richtlijnen moeten komen over wat te doen in verschillende soorten situaties, om reacties van professionals meer te standaardiseren. Bovendien wordt zo duidelijk wat er expliciet wel en wat er expliciet *niet* gedaan moet worden bij de bijeenkomsten (4^e praktische aanvulling in geoptimaliseerd Treatment Fidelity-model). Het is daarbij belangrijk in acht te nemen dat het type professional in het huidige en veel ander onderzoek - hoger opgeleid, over het algemeen zelfstandig werkzaam in hun rol als jeugdreclasserder - graag op de eigen kennis en kunde wil varen. De professionaliteit van de werker staat op gespannen voet met het precies volgen van een handleiding. Bij voorkeur wordt de selectie van potentiële ouderbegeleiders gestandaardiseerd en wordt certificering verplicht, waarmee beter voorkomen wordt dat de professional van de handleiding af zal gaan wijken.

In het kader van dit onderzoek werden logboeken bijgehouden, de handleidingen werden strikt gehanteerd en vooruitgang in vaardigheden van de ouders werd gemonitord. Deze kenmerken uit het geoptimaliseerd Treatment Fidelity-model worden niet gehanteerd als de studie afgelopen is. Sommige ouderbegeleiders geven openlijk aan de handleiding meer te zullen loslaten na afloop van het onderzoek. De vraag is dus tot in hoeverre uit onderzoek gebleken effecten overeenkomen met die in de dagelijkse praktijk, wanneer de Treatment Fidelity achteruit gaat. Dit is wel van belang en het is dan ook iets waar men in zowel de sociale opleidingen als in de trainertraining meer aandacht aan moet besteden. Ook moet hier in vervolgonderzoek meer aandacht naar uitgaan.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Een (deels) onbekende Treatment Fidelity heeft inderdaad invloed op de juiste interpretatie van effectiviteit (Borrelli et al., 2005; Perepletchikova et al., 2007). Dit omdat deze mogelijk van onvoldoende *kwaliteit* is wat gevolgen heeft voor de *treatment change*, het beoogde effect van de interventie. Om de effectiviteit van een interventie juist te kunnen interpreteren is het nodig om als onderzoeker inzicht te geven in alle vijf domeinen van Treatment Fidelity (Borrelli et al., 2005).

Om tot een adequaat beoordelingssysteem te komen, dienen onderzoeksresultaten standaard een Treatment Fidelity-oordeel te krijgen. Zo wordt de mate waarin kwalitatieve interventies met precisie en consistentie geïmplementeerd en kundig uitgevoerd zijn, transparant voor de lezer. Ook kan het oordeel over de kwaliteit van de TF meewegen in het eindoordeel over de effectiviteit van de interventie. De lage mate van groei van de aandacht voor Treatment Fidelity in studies (Bhar & Beck, 2009; Borrelli et al., 2005) is ontoereikend en uiteindelijk zal dit de samenleving duur komen te staan. Het aanbieden van interventies aan cliënten is een kostbare aangelegenheid, en daarbij is het van belang dat de aangeboden behandelingen een optimaal resultaat opleveren. Hiertoe zal de mate van TF standaard moeten worden gerapporteerd en als factor mee moeten wegen in de interpretatie van resultaten van effectonderzoek.

Om de effectiviteit toe te schrijven aan de interventie, zijn bij voorkeur alle domeinen van TF, gelijkblijvend en flexibel, van voldoende kwaliteit. Treatment Fidelity is dan optimaal. Uit het huidige onderzoek blijkt dat onvoldoende kwaliteit op een bepaald domein van TF niet uitsluit dat de kwaliteit van een andere strategie of domein invloed heeft op de resultaten van een interventie. Ook is een optimale Treatment Fidelity praktisch niet haalbaar (Schoenwald et al., 2009). Dit geeft aanleiding om in vervolgonderzoek te bestuderen wat de afzonderlijke invloed van strategieën met variërende kwaliteitsoordelen (flexibel) is, terwijl de gelijkblijvende domeinen van goede kwaliteit zijn. Op die manier zijn de variaties in effectiviteit volledig toe te schrijven aan de flexibele domeinen, wat in het huidige onderzoek niet mogelijk is door gelijkblijvende domeinen die van onvoldoende kwaliteit waren. In zulk onderzoek kan dan ook de richting van het verband van TF en effectiviteit van de interventie bepaald worden. Dit onderzoek heeft geen uitsluitsel gegeven over de richting van het verband als professionals aanpassingen doen in het programma. Dit zou theoretisch ten goede kunnen komen aan de effectiviteit, wanneer hierbij effectievere technieken zijn toegevoegd (Perepletchikova & Kazdin, 2005).

Met deze studie is een eerste stap gezet om het belang van de *kwaliteit* van de kenmerken van Treatment Fidelity aan te tonen in relatie tot *treatment change*, het beoogde effect van de interventie. Er zijn aanwijzingen gevonden dat de kwaliteit van kenmerken van Treatment

Fidelity daadwerkelijk consequenties heeft voor de effectiviteit van interventies. Met het oog op de tendens richting een praktijk waarin enkel effectieve interventies wordt aangeboden, is dit een belangrijke bevinding. Het is noodzakelijk vervolgonderzoek te doen naar de grenzen van de samenhang tussen kwaliteit van TF en de mate waarin effectonderzoek toe te schrijven is aan de interventie. Welke domeinen mogen in welke mate onvoldoende zijn om nog de effectiviteit die uit onderzoek is gebleken met voldoende zekerheid toe te kunnen schrijven aan de interventie? Dit zal voor interventieontwikkelaars en professionals, evenals voor beleidsontwikkelaars en subsidieverstrekkers een volgende stap betekenen in het aanbieden van efficiënte en effectieve zorg wat uiteindelijk ten goede zal komen aan een gezonde ontwikkeling van kind en ouder.

Literatuur

- Asscher, J. J., Hermanns, J. M. A., Deković, M., & Reitz, E. (2007). Predicting the effectiveness of the Home-Start parenting support program. *Children & Youth Services Review, 29*, 247-264.
- Bank, L., Marlowe, J.H., Reid, J.B., Patterson, G.R., & Weinrott, M.R. (1991). A comparative evaluation of parent training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19*, 15-33.
- Bellg, A. J., Borrelli, B., Resnick, B., Hecht, J., Sharp Minicucci D., Orcy, M. ... Czajkowski, S. (2004). Enhancing treatment fidelity in health behaviour change studies: Best practices and recommendations from the NIH behavior change consortium. *Health Psychology, 23*, 443-451.
- Bhar, S. S., & Beck, A. T. (2009). Treatment integrity of studies that compare short-term psychodynamic psychotherapy with cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 370-378.
- Borrelli, B., Sepinwall, D., Ernst, D., Bellg, A. J., Czajkowski, S., Breger., R. ... Ogedegbe, G. (2005). A new tool to assess treatment fidelity and evaluation of treatment fidelity across 10 years of health behavior research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 852-860.
- Dekovic, M., & Asscher, J.J. (2007). *Interventies voor jongeren die antisociaal gedrag vertonen: kenmerken, werkzame mechanismen en moderatoren van effectiviteit*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Lundahl, B., Risser, H.J., & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 86-104.
- Maughan, D.R., Christiansen, E., Jenson, W.R., Olympia, D. & Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: a meta-analysis. *School Psychology Review, 34*, 267-286.
- McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H. & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*, 527-543.

- McCleary, L., & Ridley, T., (1998). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counselling, 38*, 3-10.
- McHugh, R. K., Murray, H. W., & Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behavior Research and Therapy, 47*, 946-953.
- Perepletchikova, F., Hilt, L. M., Chereji, E., & Kazdin, A. E. (2009). Barriers to implementing treatment integrity procedures: Survey of treatment outcome researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 212-218.
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 365-383.
- Perepletchikova, F., Treat, T. A., & Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 829-841.
- Reyno, S.M., & McGrath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 99-111.
- Schaffer, R.H. (1996). *Social Development*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Schoenwald, S. K., Chapman, J. E., Sheidow, A. J., & Carter, R. E. (2009). Long-Term youth criminal outcomes in MST transport: The impact of therapist adherence and organizational climate and structure. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*, 91-105.
- Serketich, W.J., & Dumas, J.E., (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171-786.
- Van Veluw, N. (red.) (2006). *Ouders van Tegendraadse Jeugd: de Oudertraining*. Gouda: JSO.
- Wheeler, J.J., Baggett, B.A., Fox, J., & Blevins, L. (2006). Treatment Integrity: A Review of Intervention Studies Conducted with Children with Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 21* (1), 45-54.