

Bijlage 3. In hoeverre wordt CenteringParenting uitgevoerd zoals bedoeld?

Samenvatting

Achtergrond

TNO onderzocht de mate waarin CenteringParenting (CPA) wordt uitgevoerd zoals bedoeld.

Methode

Kernelementen van de uitvoering van CPA werden geïdentificeerd op basis van de handleiding van CPA. Deze kernelementen werden voorgelegd aan trainers van CPA om te bepalen wat de belangrijkste kernelementen zijn. Vervolgens werd een scoreformulier opgesteld voor het scoren van de kernelementen per groepssessie. Op basis van een checklist en geluidsopnames werden de kernelementen per sessie geobserveerd door een getrainde observator.

Resultaten

Er werden 38 kernelementen geïdentificeerd in de handleiding, waarvan er acht als meest belangrijk werden aangemerkt om CPA uit te voeren zoals bedoeld. Van 20 CPA sessies werden alle kernelementen gescoord. Tijdens CPA sessies werd gemiddeld aan 77% van de 38 kernelementen voldaan. Aan tien kernelementen werd in alle 20 sessies voldaan. Het kernelement waar het minst vaak aan werd voldaan (5% van de sessies) was het kernelement “faciliterend begeleiden”. Dit kernelement werd ook beoordeeld als één van de acht meest belangrijke kernelementen om CPA uit te voeren zoals bedoeld. Ook werd in 5% van de sessies voldaan aan het kernelement “gebruik maken van tools voor zelfbeoordeling van de gezondheid” (5% van de sessies).

Conclusie en aanbevelingen

Aan veel kernelementen werd in het grootste gedeelte van de CPA sessies voldaan. Voor de doorontwikkeling van CPA en voor het verbeteren van de uitvoering van CPA is het belangrijk om te kijken naar kernelementen waar in mindere mate aan werd voldaan. CPA begeleiders bleken bijvoorbeeld vaak didactisch les te geven of direct het juiste antwoord te geven op vragen van ouders, in plaats van dat zij de groep actief stimuleren zelf antwoorden op vragen aan te dragen. Dit is één van de belangrijkste onderdelen van CPA en hier moet in de training en in intervisie in de toekomst nog meer aandacht aan worden besteed.

Daarnaast werd ook weinig gebruik gemaakt van tools voor zelfbeoordeling van de gezondheid (5% van de sessies). Mogelijk dienen de zelfbeoordelingsformulieren te worden aangepast zodat zij beter bruikbaar zijn of dient het kernelement “zelfbeoordeling van de gezondheid” op een andere manier vorm gegeven te worden.

Inleiding

Sinds 2014 wordt aan ouders van pasgeboren kinderen in drie JGZ organisaties in Nederland CenteringParenting (CPa) aangeboden. Bij CPa vervangen groepsbijeenkomsten de traditionele één-op-één contactmomenten bij de JGZ. In vergelijking met individuele zorg biedt CPa meer ruimte en tijd naast de fysieke gezondheid van het kind ook het psychosociaal welbevinden van kind en gezin expliciet aan de orde te laten komen. JGZ-professionals en organisaties die CPa uitvoeren zijn enthousiast over de werkwijze.

Net zoals bij elke andere innovatie geldt ook voor CPA dat het effect bij ouders het product is van de werkzaamheid van de innovatie en de mate van uitvoering/implementatie door de professional (o.a. Carroll e.a. 2007; Borrelli 2011; Bellg e.a. 2004; Durlak 2015).

CPa biedt enige interpretatie- en handelingsvrijheid aan de professional. Dit is nodig omdat de kern van CPa is dat de geboden zorg moet aansluiten bij de behoefte van individuele ouders/gezinnen. Een 'gevaar' bij deze zogenaamde "unprescribed" innovaties (Knoche e.a. 2010; Mowbray e.a. 2003; Munter e.a. 2014; Petrou e.a. 2005; Toomey e.a. 2015) is dat professionals soms vorm geven aan de uitvoering die de beoogde effecten teniet doet. Ondanks uitgebreide training en intervisiebijeenkomsten bij CPa, kunnen daarin niet alle voorkomende situaties behandeld en geoefend worden. Daarom is het belangrijk om na te gaan of professionals handelen in "de geest van" en conform de onderlinge principes van CPa. Het gaat hier om zogenaamde "fidelity of use".

Er zijn verschillende, grotendeels overlappende, theoretische modellen en raamwerken die gebruikt kunnen worden om fidelity of use te meten. Voor dit onderzoek gebruiken we het raamwerk van The National Institute of Health Behavior Change Consortium (Bellg e.a. 2004; Borrelli 2011). Dit raamwerk bestaat uit vijf stappen / componenten die nodig zijn om fidelity of use te bewerkstelligen en te kunnen evalueren: 1. bepalen van kernelementen 2. het trainen van de uitvoerders van de interventie, 3. de uitvoering van de interventie door uitvoerders beoordelen, 4. de ontvangst van de interventie bij de eindgebruiker meten en 5. gedragsverandering bij eindgebruikers vaststellen. In dit verslag ligt de focus op het bepalen van kernelementen (1) en het beoordelen van de uitvoering van de interventie (2) aan de hand van de kernelementen.

Methode

1. BEPALEN KERNELEMENTEN CPA

Om te kunnen bepalen of CPa is uitgevoerd zoals bedoeld, is het van belang om te bepalen aan welke kernelementen CPA zou moeten voldoen. Voor sommige onderdelen van CPA volstaat het om te weten óf een activiteit is uitgevoerd, de zogenaamde kwantitatieve gebruiksaspecten (bijv. duur bijeenkomst 2 uur, aanwezigheid gezonde snacks, etc.). Voor andere onderdelen is het ook belangrijk om te weten hóe het onderdeel is uitgevoerd, de zogenaamde kwalitatieve gebruiksaspecten (bijv. interactie-aspecten) (Borrelli 2011, Cross & West 2011; Bishop e.a. 2014; Fleuren e.a. 2014). Een lijst van kernelementen met zowel kwantitatieve als kwalitatieve gebruiksaspecten werd gebaseerd op de handleiding van CPA (CenteringParenting Implementatiegids, 2014). Deze kernelementen werden voorgelegd aan de ontwikkelaars van CenteringParenting (in de Verenigde Staten en in Nederland). Vervolgens werd deze lijst voorgelegd aan zeven trainers van CenteringParenting in Nederland om te meten welke kernelementen de hoogste prioriteit hebben.

Meten van de uitvoering van CPA

Om na te kunnen gaan hoe CPa werd uitgevoerd werden observaties (o.a. geluidsopnames en een checklist) gebruikt, omdat observaties uit de literatuur naar voren komen als meest geschikte methode naar voren komen om bij 'unprescribed innovation' (zoal CPA) te meten in hoeverre de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld (Forgath e.a. 2005; Dusenbury e.a. 2003; Schoenwald e.a. 2011; Borrelli 2011, Cros & West 2011, Fleuren e.a. 2014). Deze methode biedt de mogelijkheid om de vaardigheden van de begeleiders, interactie-aspecten en actieve betrokkenheid van ouders te observeren, allemaal pijlers van CPA.

Op basis van de kernelementen werd een observatielijst ontwikkeld (o.a. Petrou e.a 2005; Munter e.a 2014; Bishop e.a 2014) (zie bijlage 3AIII). De observatielijst bestond uit zowel kwalitatieve gebruikaspecten als kwantitatieve gebruikaspecten. Een observator werd getraind in scoren van observaties van kernelementen op basis van geluidsopnames en de checklist die op locatie werd ingevuld door een onderzoeksassistent (zie bijlage 3AII).

De observaties werden uitgevoerd bij vier organisaties die CPA uitvoeren, te weten GGD Regio Utrecht, GGD Hart voor Brabant, GGD Zeeland en GGD Groningen. Na toestemming van begeleiders en ouders (informed consent) werden geluidsopnames gemaakt en werd de checklist ingevuld. De observaties werden bij zoveel mogelijk diverse groepen en op verschillende leeftijden van het kind afgenomen om zo een goede weerspiegeling te geven van de uitvoering van CPA.

Resultaten

Op basis van de handleiding van CPA werden 38 kernelementen geïdentificeerd (zie tabel 2). Deze werden voorgelegd aan 7 CPA trainers om te bepalen welke kernelementen het meest belangrijk werden gevonden om CPA uit te voeren zoals bedoeld. Acht kernelementen kregen de hoogste score, deze kernelementen werden volgens trainers het meest belangrijk gevonden om CPA uit te voeren zoals bedoeld:

Een aantal van deze kernelementen kon gescoord worden op basis van geluidsopnames en een aantal op basis van de checklist (zie tabel 2).

Er werden bij 30 groepssessies observaties gedaan. Bij 20 sessies werden volledige geluidsopnames gemaakt en werd de checklist volledig ingevuld. Bij 10 sessies misten onderdelen van de observatie (bijv. slechts 1 opnameapparaat ingezet i.p.v. 2, geen checklist ingevuld, slechts een deel van de sessie opgenomen etc.), waardoor niet alle kernelementen konden worden gescoord. Om deze reden worden in dit verslag de resultaten getoond van de 20 sessies waarvan alle kernelementen konden worden gescoord.

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de locatie, de leeftijd van de kinderen, het aantal aanwezige ouders, en de duur van het groeps- en individuele gedeelte per observatie. In tabel 2. wordt per kernelement weergegeven in hoeverre er in de sessies gemiddeld aan wordt voldaan.

Tabel 1. Overzicht van de locatie, leeftijd van de kinderen, aantal ouders, en duur van het groeps- en individuele gedeelte per observatie.

Sessie #	Locatie	Leeftijd van de kinderen in maanden	Aantal moeders aanwezig	Aantal vaders aanwezig	Duur groepsgedeelte	Gemiddelde duur individuele deel
A17-1	Amersfoort	1-2	7	0	63 min 30 sec	4:58
A17-2	Amersfoort	9-11	7	0	57 min 20 sec	6:55
A17-3	Amersfoort	0-2	6	0	75 min 5 sec	5:52
A17-4	Amersfoort	0-2	8	0	45 min 40 sec	9:26
A18-5	Amersfoort	2	5	0	34 min 25 sec	Unknown
A18-6	Amersfoort	3	6	0	86 min 25 sec	9:17
A18-10	Amersfoort	4	6	1	76 min 50 sec	4:38
A18-15	Amersfoort	1-2	3	0	76 min 5 sec	8:03
A18-18	Amersfoort	12	3	2	91 min 4 sec	4:20
Z17-1	Zeeland	1-2	5	1	35 min 5 sec	11:29
Z18-2	Zeeland	1-2	5	2	39 min 10 sec	11:55
G18-1	Groningen	11-12	6	0	66 min 35 sec	1:29
O17-1	Oss	3	7	0	70 min 18 sec	7:05
O18-2	Oss	11	7	0	53 min 29 sec	6:16
O18-3	Oss	6	8	0	67 min 8 sec	5:44
O18-4	Oss	0-2	3	1	60 min 20 sec	8:11
O18-6	Oss	0-2	5	0	61 min 0 sec	7:29
O18-7	Oss	0-2	3	0	69 min 30 sec	6:57
O18-8	Oss	12	5	2	64 min 36 sec	6:04
O18-9	Oss	14	7	0	68 min 23 sec	4:51
Gemiddeld:			5,6	0,45	63 min 5 sec	6 min 49 sec

Tabel 2. Gemiddeld percentage van sessies waarin werd voldaan aan de kernelementen.

#	Kernelement	Score
1	Ten minste één groepsbegeleider is medische verantwoordelijk	100%
2	De groep bestaat uit ouders met baby's met een maximaal leeftijdsverschil van 4 weken.	100%
3	Nieuwe moeders kunnen (later) bij de groep aansluiten als de groep daarvoor toestemming geeft	100%
4	Alle data voor alle bijeenkomsten zijn vastgelegd en bekend bij ouders voor de start van CPA	80%
5	Er is consistentie in groepsbegeleiders (maximaal 4 verschillende begeleiders per groep).	100%
6	Het individuele gedeelte met de jeugdarts of jeugdverpleegkundige duurt niet meer dan 5 minuten per kind	26.32%
7	Ouders worden actief betrokken bij het wegen en meten van hun baby	27.78%
8	Ouders krijgen inzicht in welke informatie over het kind wordt opgenomen in het DD JGZ	89.47%
9	Het individuele onderzoek bij de jeugdarts of jeugdverpleegkundige blijft beperkt tot datgene wat niet in een groep kan worden gedaan (zoals het luisteren naar het hartje)	52.63%
10	De behandelde vaste onderwerpen zijn overeenkomstig de inhoud van de CenteringParenting gids	95%
11	Er is aandacht voor de mentale en fysieke gezondheid van het kind EN de moeder	95%
12	Er wordt aandacht besteed aan zelfbeoordeling (bijv mbv activiteiten of uit boekje)	5%
13	Begeleiders faciliteren het gesprek en geven geen didactische/klassikale voorlichting	5%
14	Begeleiders gebruiken werkvormen om het gesprek op gang te brengen	80%
15	Begeleiders stellen open, verdiepende vragen	100%
16	De begeleiders gebruiken de cyclus van vraag > bevestigen > erkenning > tips/oplossingen > samenvatten > evalueren	100%
17	Er worden andere onderwerpen behandeld op vraag deelnemers	90%
18	Er worden andere onderwerpen ingebracht door de zorgverlener (bijv. op basis van vragen die in het individuele bezoek naar voren kwamen)	100%
19	De sessie start als de groep compleet is (tenzij iemand laat is)	94.74%
20	De jeugdarts komt voor uitleg van het individuele onderzoek in de groep (bijv. Van Wiechen onderzoek)	70%
21	Begeleiders gebruiken werkvormen om de groepscohesie te bevorderen, bijvoorbeeld een gezamenlijke openings/sluitings activiteit waarin ze elkaar beter leren kennen	90%
22	Groepsbegeleiders grijpen in als zich onveilige situaties voordoen, zoals bij niet-respectvolle communicatie (discrimineren, uitlachen, etc.)	-
23	Er zijn geen storende factoren aanwezig zoals hinderlijk geluid, in en uit loop van anderen, inkijk	25%
24	Er is tijd voor informeel contact tussen groepsleden	100%
25	Begeleiders betrekken alle deelnemers en springen in wanneer iemand er buiten valt	100%
26	De deelnemers krijgen een herinnering voor de volgende bijeenkomst	85%
27	Het medisch onderzoek wordt binnen 30-45 minuten afgerond	84.21%
28	Er zijn minimaal 2 begeleiders die de CPA training hebben gevolgd	100%
29	Er zijn gezonde snacks en drankjes aanwezig (geen (light) frisdrank)	84.62%
30	Inbreng van deelnemers wordt gestimuleerd dmv 'wachtkamer' (een flip-over waar ouders hun vragen op kunnen schrijven)	85%
31	De start en het einde van elke bijeenkomsten is op tijd	47.37%
32	De groeps grootte is 6-8 ouder- kindparen	55%
33	De betrokkenheid van de partners/ondersteuners wordt in de groep bepaald (wijze, frequentie, wanneer)	55%
34	De groepsbijeenkomst vindt plaats in een open cirkel (geen tafel ertussen)	80%
35	Het medisch onderzoek is in dezelfde ruimte, of open aangrenzende ruimte indien de ruimte echt te klein is	70%
36	De ruimte is groot genoeg zodat iedereen in een kring kan zitten	90%
37	Er komen geen andere/oudere kinderen mee naar de bijeenkomsten (behalve tijdens het medisch onderzoek de eerste 30-45 minuten)	95%
38	Deelnemers dragen een naamkaartje (gedurende de eerste vier sessies van de groep)	76.92%

* Licht oranje kernelementen zijn de acht belangrijkste kernelementen volgens trainers

Blauw	Geobserveerd d.m.v. navraag bij organisatie	Groen	Geobserveerd in audio individuele gedeelte	Paars	Geobserveerd in audio (groeps gedeelte)	Geel	Geobserveerd d.m.v. checklist
-------	---	-------	--	-------	---	------	-------------------------------

Conclusie en aanbevelingen

Uit dit onderzoek blijkt dat tijdens CPA sessies gemiddeld aan 77% van de 38 kernelementen werd voldaan.

Aan vier van de acht kernelementen die volgens trainers het meest belangrijk waren om CPA uit te voeren zoals bedoeld werd in alle sessies voldaan. Aan twee van de acht belangrijke kernelementen werd in bijna alle sessies voldaan (95% van de sessies) en (90% van de sessies). Eén van de acht belangrijkste kernelementen, "Groepsbegeleiders grijpen in als zich onveilige situaties voordoen, zoals bij niet-respectvolle communicatie (discrimineren, uitlachen, etc.)" werd niet gescoord omdat er geen sessies waren waarin zich onveilige situaties voordeden.

Het kernelement waar het minst vaak aan werd voldaan (in slechts 5% van de sessies) was het kernelement "faciliterend begeleiden". Dit kernelement werd ook beoordeeld als één van de acht meest belangrijke kernelementen om CPA uit te voeren zoals bedoeld. CPA begeleiders bleken vaak didactisch les te geven of direct het juiste antwoord te geven op vragen van ouders, in plaats van dat zij de groep actief stimuleren zelf antwoorden op vragen aan te dragen. Dit is één van de belangrijkste onderdelen van CPA en hier moet in de training en in intervisie in de toekomst nog meer aandacht aan worden besteed.

Daarnaast werd ook weinig gebruik gemaakt van tools voor zelfbeoordeling van de gezondheid (5% van de sessies). Mogelijk dienen de zelfbeoordelingsformulieren te worden aangepast zodat zij beter bruikbaar zijn of dient het kernelement "zelfbeoordeling van de gezondheid" op een andere manier vorm gegeven te worden.

Referenties

Bellg AJ, Borrelli B, Resnick B, Hecht J, Minicucci DS, Ory M, Ogedegbe G, Orwing D, Ernst D, Czajkowski S. Enhancing treatment fidelity in health behaviour change studies: best practices and recommendations from NIH behaviour change consortium. *Health Psychology* 2004; 23(5):443-451.

Bishop DC, Pankratz MM, Hansen WB, Albritton J, Albritton L, Strack J. Measuring Fidelity and Adaptation: Reliability of a Instrument for School-Based Prevention Programs. *Evaluation and the Health Professions* 2014;37(2):231-257.

Borrelli B. The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *Journal of Public Health Dentistry* 2011;71(s1):52-63.

Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science* 2007;2(40):1-9.

Cross WF, West JC. Examining implementer fidelity: conceptualizing and measuring adherence and competence. *J Child Serv.* 2011;6(1):18-33

Durlak JA. Studying program implementation is not easy but it is essential. *Prevention Science* 2015;16:1123-1127

Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research* 2003;18(2):237-256.

Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovation. *International Journal for Quality in Health Care* 2014, 26 (5): 501-510.

Forgatch MS, Patterson GR, DeGarmo DS. Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the Oregon model of Parent Management Training. *Behavior Therapy* 2005;36(1):3-13

Knoche LL, Sheridan SM, Edwards CP, Osborn AQ. Implementation of a relationship-based school readiness intervention: A multidimensional approach to fidelity measurement for early childhood. *Early Childhood Research Quarterly* 2010;25(3):299-313.

Mowbray CT, Holter MC, Teague GB, Bybee D. Fidelity criteria: development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation* 2003;24(3):315-340.

Munter C, Wilhelm AG, Cobb P, Cordray DS. Assessing Fidelity of Implementation of an Unprescribed, Diagnostic Mathematics Intervention. *Journal of Research on Educational Effectiveness* 2014;7(1):83-113

Petrou S, Gray R. Methodological challenges posed by economic evaluations of early childhood intervention programmes. *Applied Health Economics and Health Policy* 2005;4(3):175-181

Schoenwald SK, Garland AF, Chapman JE, Frazier SL, Sheidow AJ, Southam-Gerow MA. Toward the effective and efficient measurement of implementation fidelity. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2011; 38(1):32-43.

Toomey E, Currie-Murphy L, Matthews J, Hurley DA. Implementation fidelity of physiotherapist-delivered group education and exercise interventions to promote self-management in people with osteoarthritis and chronic low back pain: A rapid review Part II. *Man.Ther.* 2015;20(2):287-294