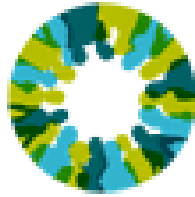


Nederlands  
**Jeugd**  
instituut



# **Kwaliteit van Treatment Integrity van het VoorZorgprogramma**

Nederlands Jeugdinstituut

Utrecht, 26 juni 2012

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Willeke W. M. Daamen



**Universiteit Utrecht**

# Kwaliteit van Treatment Integrity van het VoorZorgprogramma

Masterthesis Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken

Auteur: Willeke W. M. Daamen

Studentnummer: 3620492

W.W.M.Daamen@students.uu.nl

1<sup>e</sup> beoordelaar: Monique van Londen

2<sup>e</sup> beoordelaar: Cathy van Tuijl

### Abstract

**Objective:** In this study we examine the Treatment Integrity of the VoorZorg program (Nurse Family Partnership; NFP). The purpose of this study is to support the evidence of effectiveness studied by the RCT-study, by describing the Treatment Integrity quality. **Methods:** Treatment Integrity was studied in three ways: With a questionnaire taken by all Dutch NFP nurses ( $n= 29$ ), by semi- structured interviews with eight nurses and through a chart review (207 clients). In addition, the association between client characteristics and adherence to treatment was studied. **Results:** The nurses executed the program as intended and they were also able to work flexibly with the program. An association between client characteristics and adherence to the VoorZorg program was found. **Conclusion:** The Treatment Integrity of the VoorZorg program is adequate.

**Keywords:** Treatment Integrity, Adherence, VoorZorg, Nurse Family Partnership

### Samenvatting

**Doel:** In deze studie onderzoeken we de Treatment Integrity van het VoorZorgprogramma. Het doel van deze studie is het ondersteunen van de bewijskracht voor de effectiviteit van de RCT-studie, door te beschrijven welke kwaliteit de Treatment Integrity heeft. **Methode:** Treatment Integrity is op drie manieren bestudeerd: door middel van een enquête afgenomen bij alle VoorZorgverpleegkundigen ( $n= 29$ ), via half gestructureerde interviews bij acht VoorZorgverpleegkundigen en door een dossieronderzoek van 207 cliënten. Hiernaast is onderzocht of de kenmerken van cliënten samenhangen met de adherence (getrouwheid aan de interventie). **Resultaten:** De VoorZorgverpleegkundigen voerden het programma uit zoals bedoeld, en zij waren ook in staat flexibel om te gaan met het programma. Er is samenhang is tussen de cliëntkenmerken en adherence van het VoorZorgprogramma. **Conclusie:** De Treatment Integrity van het VoorZorgprogramma is voldoende.

**Keywords:** Treatment Integrity, Adherence, VoorZorg, Nurse Family Partnership

### Introductie

Op dit moment vindt er een effectonderzoek (RCT) plaats naar de effecten van het VoorZorgprogramma op hoog-risico moeders en hun kinderen (Mejdoubi, Heijkant van den, Struijff, Leerdam van, HiraSing & Crijne, 2011). Hoe het VoorZorgprogramma wordt vormgegeven in de praktijk, de Treatment Integrity, is in de RCT studie niet meegenomen. Als de Treatment Integrity (programma integriteit) van een interventie laag is, is moeilijk aantoonbaar dat de gevonden effecten of de afwezigheid hiervan ook daadwerkelijk veroorzaakt worden door de interventie (Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993). Een onderzoek naar Treatment Integrity is tevens een evaluatieonderzoek waarin kan worden onderzocht in welke mate een interventie aansluit op de praktijk (Gresham et al., 2000; Waltz et al., 1993). Met deze studie onderzoeken we de Treatment Integrity van het interventieprogramma VoorZorg, met als doel de uitkomsten van de RCT-studie te ondersteunen. Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag:

*Hoe hangen de kenmerken van cliënten samen met de aspecten van de programma integriteit (adherence, competence en differentiation) van VoorZorg?*

## **Treatment Integrity**

De laatste jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor evidence based programma's. Er wordt dan ook veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies. Met de toename van aandacht voor effectiviteit is ook de aandacht voor de kwaliteit van de uitvoering van de interventies gestegen (Sanetti, Gritter & Dobey, 2011; Sanetti & Kratochwill, 2009). Uit onderzoek blijkt echter dat een groot aantal onderzoeken naar effectiviteit weinig aandacht besteedt aan de Treatment Integrity van de interventie (Durlak & DuPre, 2008; Gresham, 2009; Gresham, MacMillan, Beebe-Frankenberger & Bocian, 2000; McLeod, Southam-Gerow & Weisz, 2009; Perepletchikova, Treat & Kazdin, 2007; Sanetti et al., 2011).

Treatment Integrity (ofwel treatment fidelity, intervention integrity) (Sanetti & Kratochwill, 2009) refereert aan de mate waarin een interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Treatment Integrity is van invloed op de betrouwbaarheid van de uitkomsten van een programma (Bellg, Borelli, Resnick, Hecht, Sharp Minicucci et al., 2004; Easton & Parker, 2009; Gresham et al., 2000; Perepletchikova et al., 2007; Sanetti & Kratochwill, 2009). Treatment Integrity is een belangrijk methodologisch begrip voor zowel onderzoek als praktijk. In wetenschappelijk onderzoek is Treatment Integrity echter vaker een assumptie dan een begrip dat daadwerkelijk onderzocht wordt (Dane & Scheinder, 1998; Sanetti & Kratochwill, 2009).

In de wetenschappelijke literatuur is er weinig consensus over de definitie van Treatment Integrity. Zo stellen Schulte en collega's (2009) dat Treatment Integrity refereert aan de mate waarin een interventie, zoals theoretisch vormgegeven, is geïmplementeerd zoals bedoeld. Sanetti en Kratochwill (2009) stellen dat Treatment Integrity refereert aan de mate waarin essentiële componenten van een interventie door een getrainde professional consistent worden uitgevoerd. Naast de verschillen in definitie bestaan er ook verschillende theoretische constructen voor Treatment Integrity. Deze verschillende benaderingen geven de complexiteit van Treatment Integrity weer. Om Treatment Integrity te kunnen onderzoeken is het van belang dat er een theoretisch construct voor Treatment Integrity is (Sanetti & Kratochwill, 2009).

### Treatment Integrity in theorie

Treatment Integrity is een nog weinig toegepast methodologisch begrip in de wetenschappelijke literatuur (Durlak & DuPre, 2008; Gresham et al., 2000; Perepletchikova et al., 2007; Sanetti et al., 2011). Toch werd er 30 jaar geleden al gerefereerd aan Treatment Integrity. Peterson, Homer en Wonderlich (1982) beschrijven in hun onderzoek de behoefte aan een definitie die kwaliteit van een implementatie omvat. Een goede implementatie wordt door Peterson en collega's (1982) gedefinieerd tot het werkelijk uitvoeren van de theoretisch geformuleerde interventie. Tegenwoordig wordt dit ook vaak *adherence* genoemd (Schulte et al., 2009). Waltz et al. (1993) verdelen Treatment Integrity, zoals deze door Peterson en collega's (1982) is vormgegeven, in vier categorieën. De procedure is: (a) essentieel en uniek binnen de interventie, (b) essentieel voor de interventie maar niet uniek, (c) belangrijk maar niet essentieel en (d) niet gewenst binnen de interventie. Naast deze vierdeling onderscheiden Waltz en collega's (1993) een tweede hoofdcategorie, namelijk competentie. Waltz et al. (1993) stellen dat niet alleen het precies uitvoeren van het theoretische construct van de interventie van invloed is op Treatment Integrity, maar ook de competentie van de professional (*competence*). De competentie van de professional heeft betrekking op de mate waarin de

professional competent is om de interventie uit te voeren en te laten aansluiten op contextuele factoren. De belangrijkste contextuele factoren zijn (a) cliënt variabelen, (b) de problemen die de cliënt aandraagt, (c) de situatie en het stressniveau van de cliënt en (d) andere factoren zoals, de fase van de interventie, mate van verbetering bij de cliënt en passende sensitiviteit. Hierbij is het van belang dat de focus niet op specifieke competenties van de professional ligt maar dat wordt onderzocht in welke mate de professional competent is, de eigen competenties in te zetten die aansluiten op de interventie. Waltz en collega's (1993) omschrijven Treatment Integrity dus in twee categorieën, namelijk *adherence* en *competence*.

Dane en Scheider (1998) vormen naar aanleiding van het onderzoek dat zij hebben uitgevoerd, Treatment Integrity tot vijf categorieën, waarbij de twee eerder genoemde categorieën *adherence* en *competence* van kracht van blijven. Dane en Scheider (1998) vereenvoudigen de categorie *adherence*. De vier subcategorieën (essentieel en uniek, essentieel niet uniek, belangrijk niet essentieel en niet gewenst) die Waltz en collega's (1993) aan *adherence* hebben toegevoegd, plaatsen Dane en Scheider (1998) in een nieuwe categorie: programma differentiatie (*differentiation*). Deze categorie houdt in, of een ontvanger alleen de interventie krijgt en of deze echt verschilt in vergelijking tot andere interventies. Hiernaast hebben Dane en Scheider (1998) nog twee categorieën toegevoegd, namelijk *participant responsiveness* (wat is de houding van de participant tegenover de interventie) en *exposure* (wat is de duur en de frequentie van de interventie). Treatment Integrity bestaat dus volgens Dane en Scheider (1998) uit *adherence*, *competence*, *differentiation*, *participant responsiveness* en *exposure*.

Durlak en DuPre (2008) hebben een review uitgevoerd waarbij 500 studies betrokken zijn. Zij hebben acht categorieën onderscheiden omtrent Treatment Integrity. Zij gebruiken de vijf categorieën van Dane en Scheider (1993) en hebben er nog drie aan toegevoegd: (1) Monitoring, beschrijving van de uitvoering van het programma, (2) Program reach, het aantal participanten dat betrokken is in het programma en (3) Program modification, in welke mate het programma zich in de loop van tijd heeft ontwikkeld en dus verschilt van het originele programma. Naast deze categorieën hebben Durlak en DuPre (2008) een ecologisch model ontwikkeld waarin de factoren die van invloed zijn op een goede implementatie naar voren komen. In dit model komt naar voren dat gemeenschapsfactoren, aanbiedersfactoren en innovatieve-factoren van invloed zijn op Treatment Integrity. Het ecologisch model laat zien dat het programma uitvoeren zoals bedoeld is, niet genoeg is om het programma ook effectief te laten zijn in de praktijk. Het is namelijk van belang dat de gemeenschap het programma accepteert. Dit houdt in dat het programma in de praktijk moet worden aangepast om het goed te laten aansluiten op de gemeenschap / participant van het programma. Durlak en DuPre (2008) benadrukken dat het van belang is dat er een goede balans wordt gevonden tussen *adherence* en *adaptatie*. Dit is een dilemma waar veel onderzoekers tegen aan lopen. Enerzijds de uitvoering dermate aanpassen zodat er sprake is van *adaptatie*, maar in hoeverre wordt de authenticiteit van het programma dan nog gewaarborgd? Durlak & DuPre (2008) bevelen aan dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de invloed van *adherence* en *adaptatie*, zodat er op wetenschappelijke basis een betere balans kan worden gemaakt.

Sanetti en collega's (2011) hebben een review uitgevoerd waarbij zij 223 studies hebben betrokken. Zij hebben onderzocht of in deze studies Treatment Integrity is onderzocht en welke definitie aan Treatment

Integrity werd toegekend. Sanetti en collega's (2011) hebben uit de verschillende definities van Treatment Integrity, een nieuw construct ontworpen welke bestaat uit vier categorieën: (a) adherence, (b) kwaliteit van de implementatie, (c) exposure en (d) program differentiation. In de tweede categorie "kwaliteit van de implementatie" valt de categorie competentie zoals Waltz en collega's (1993) deze hebben ontwikkeld. De vier categorieën zijn even belangrijk, maar adherence is een voorwaarde voor de andere categorieën. Wanneer een interventie niet volgens de theorie wordt uitgevoerd kunnen de overige categorieën nauwelijks accuraat gemeten worden (Schulte et al., 2009).

In een aantal studies wordt er een eenduidig construct aangehouden voor Treatment Integrity. In dit construct is Treatment Integrity verdeeld in drie categorieën: adherence, competentie en programma differentiatie (Gresham, 2009; McLeod et al., 2009; Perepletchikova et al., 2007).

**Figuur 1. Theoretisch construct Treatment Integrity**

| <u><b>Treatment integrity</b></u> |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| <b>Adherence</b>                  | <b>Competence</b>  | <b>Differentiation</b>   |
|                                   | Client variabelen<br>Problemen cliënt<br>Situatie en stressniveau<br>Andere factoren | Essentieel en uniek<br>Essentieel niet uniek<br>Belangrijk niet essentieel<br>Niet gewenst |

Samengevat zijn er veel verschillende theoretische constructen voor Treatment Integrity. In de verschillende constructen is er sprake van een overlap (Sanetti et al, 2009; 2011; Schulte et al., 2009). Binnen dit onderzoek wordt het algemene construct van Treatment Integrity toegepast, bestaande uit: *adherence*, *competence* en *differentiation*. Hierbij wordt de invulling die Waltz (1993) en collega's hebben gegeven aan competentie en worden de vier subcategorieën die Dane en Scheider (1998) hebben toegekend aan programma differentiatie toegepast. Het construct wat wordt toegepast in deze studie is vormgegeven in figuur 1.

### VoorZorg

VoorZorg is een preventieprogramma gericht op de preventie van kindermishandeling en ernstige opgroei- en opvoedproblemen. VoorZorg komt voort uit het Amerikaanse programma Nurse Family Partnership (NFP) van David Olds (1986). Dit programma is vertaald naar de Nederlandse taal en de Nederlandse situatie en is gevormd tot het VoorZorgprogramma (Prinsen & Oudhof, 2007). Voorzorg wordt uitgevoerd door verpleegkundigen die zijn opgeleid tot VoorZorgverpleegkundigen. Het programma is bedoeld voor vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind. Hierbij gaat het om moeders waarbij veel risicofactoren zijn gesignaleerd. De risicofactoren zijn: jong, alleenstaand, geen of lage opleiding, een laag inkomen, verleden van mishandeling en/of misbruik, psychiatrische problematiek en middelengebruik. Gemiddeld komt 0,5-1,0 procent van het totaal aantal geboorten per gemeente in aanmerking voor VoorZorg (Prinsen & Oudhof, 2007). Uit concept monitoringsgegevens van het VoorZorgprogramma blijkt dat in 2011 in totaal 208

moeders in het VoorZorgprogramma zijn ingestroomd. (Nederlands Jeugdinstituut, 2012). Er zijn drie doelstellingen binnen het VoorZorg programma: 1) verbetering van zwangerschaps- en geboorteresultaten voor moeder en kind, 2) verbetering van de gezondheid en ontwikkeling van het kind, 3) verbetering van de persoonlijke ontwikkeling en de mogelijkheden voor opleiding en werk van de moeder zodat zij meer kan betekenen voor haar kind (Prinsen & Oudhof, 2007).

VoorZorg is een programma dat zich kenmerkt door de sterke theoretische onderbouwing en de logische vertaling van de theorie naar praktijk. VoorZorg is gebaseerd op drie verschillende theorieën (Prinsen & Oudhof, 2007):

*De self-efficacy theorie van Bandura:* in deze theorie staat het vertrouwen in het eigen kunnen centraal. Volgens de theorie leer je door ervaringen te vertrouwen in je eigen handelen. Dit vertrouwen is van belang om een gedragsverandering teweeg te brengen. Binnen VoorZorg wordt er met de moeders dan ook veel gewerkt met het erkennen van eigen competenties en de ontwikkeling hiervan (Bandura, 1982).

*Het ecologisch model van Bronfenbrenner:* in dit model staat het kind en zijn omgeving centraal. Het model geeft verschillende systemen weer die van invloed zijn op het kind. Dit zijn het micro-, meso-, exo-, en macrosysteem. Het is van belang dat op de verschillende systemen wordt geïntervenieerd bij problemen (Bronfenbrenner, 1986). VoorZorg heeft dit gewaarborgd.

*De gehechtheidstheorie van Bowlby:* in de gehechtheidstheorie staat de hechting van een kind centraal. Bowlby (1969) geeft aan dat ieder kind gehecht is. Deze hechting kent echter verschillende typen, waarin het belangrijkste onderscheid wordt gemaakt tussen een veilige en onveilige hechting. Er zijn vier typen hechting: (a) veilige hechting (b) onveilig - vermijdende hechting (c) onveilig - ambivalente hechting en (d) onveilig - gedesorganiseerde hechting. Hechting komt tot stand door de interactie tussen kind en opvoeder(s) (Bowlby, 1969).

Het Amerikaanse programma Nurse Family Partnership (NFP) is als een experimenteel programma gestart in de jaren 70 en 80 in drie verschillende steden in Amerika: New York, Memphis en Denver. In 1996 is de experimentele fase van het programma afgesloten en is vervolgens breed verspreid in Amerika (Olds, 2002). Er zijn verschillende longitudinale effectstudies uitgevoerd naar het programma (Olds, Henderson, Tatelbaum & Chamberlin, 1986; Olds, Eckenrode, Henderson, Kitzman, Powers, Cole et al., 1997; Eckenrode, Campa, Luckey, Henderson, Cole, Kitzman et al., 2010), waaruit blijkt dat NFP een bewezen effectief programma is en wat erkend is door de Amerikaanse overheid en de World Health Organization (WHO) (Coalition for Evidence-based Policy, 2012; World Health Organization, 2004). In 2007 is vanuit het VUMC een effectiviteitsonderzoek (RCT, 460 deelnemers) gestart naar de effectiviteit van VoorZorg (Mejdoubi et al., 2011). De eerste resultaten hiervan laten zien, dat de juiste doelgroep wordt bereikt. De groep bestaat uit jonge zwangere vrouwen waarvan 98 procent vier of meer risico factoren kent: 76 procent is alleenstaand, 74 procent kent armoede, bij 68 procent is sprake van geweld in het verleden en/of heden, 19 procent had een depressie en 25 procent ervaart middelenmisbruik (Mejdoubi et al., 2011). Uit nog niet gepubliceerde resultaten blijkt dat er positieve veranderingen bij de vrouwen in de VoorZorggroep zijn: tijdens de zwangerschap neemt het roken af, na de zwangerschap roken de VoorZorgmoeders minder dan de controlemoeders en de VoorZorgmoeders roken niet waar de baby bij is. Wanneer de baby zes maanden is,

blijken de VoorZorgmoeders (14%) significant vaker borstvoeding te geven in vergelijking met de controlegroep (6%). Huiselijk geweld neemt tijdens de zwangerschap af en ook als het kind twee jaar is af t.o.v. de controle groep (VoorZorg, 2012).

### Treatment Integrity en VoorZorg

Het begrip Treatment Integrity is binnen VoorZorg tot zover bekend eenmaal onderzocht. Het Trimbos instituut heeft hier in 2006 onderzoek naar gedaan. Bij dit onderzoek zijn twee organisaties die destijds VoorZorg uitvoerden betrokken. In totaal zijn 32 dossiers geanalyseerd, 23 moeders geïnterviewd aan de hand van een enquête en twee VoorZorgverpleegkundigen geïnterviewd door middel van een diepte-interview. Uit dit onderzoek blijkt dat de VoorZorgverpleegkundigen VoorZorg uitvoeren zoals bedoeld. Er wordt flexibel omgegaan met de richtlijnen, zodat het programma zo goed mogelijk aansluit bij de moeders. De onderzoekers maken hierbij wel de kanttekening dat moet worden onderzocht in hoeverre de VoorZorgverpleegkundigen mogen afwijken van de richtlijnen (Graaf de & Riper, 2006).

O'Brien heeft in 2005 een onderzoek uitgevoerd naar de implementatie van NFP. Zij heeft de bereikte doelgroep en de uitvoering van het NFP programma geëvalueerd. Een belangrijk resultaat uit haar onderzoek is dat het gemiddeld aantal huisbezoeken dat wordt uitgevoerd door de verpleegkundigen in de zwangerschapsfase 9,5, in de babyfase 18,3 en in de peuterfase 12,8 is. Dit is in alle drie de fasen lager dan de richtlijn. O'Brien (2005) vermoedt, dat het gemiddeld aantal huisbezoeken waarschijnlijk hoger ligt bij moeders die het programma afmaken, dan voor alle NFP moeders. Zij beschrijft tevens in haar onderzoek hoe Treatment Integrity van NFP wordt gewaarborgd. Volgens de onderzoekster zijn er binnen het NFP programma een vijftal richtlijnen opgesteld die een goede implementatie waarborgen: (a) de interventie implementeren op plekken waar de gemeenschap geïnteresseerd is in het programma, (b) het gebruik van handleidingen die door onderzoekprocedures tot stand zijn gekomen, (c) trainen van jeugdverpleegkundigen, (d) de ontwikkeling en het gebruik van formulieren en monitoringssystemen die aan de hand van onderzoek ontworpen zijn en zijn aangepast op de praktijk en (e) toegang tot de gemonitorde data, zodat deze ter kwaliteitsverbetering geëvalueerd kunnen worden (O'Brien, 2005; Olds, Hill, O'Brien, Rancine & Moritz, 2003). O'Brien (2005) benoemt dat de gestructureerde handleidingen en de trainingen een grote bijdrage leveren aan de Treatment Integrity van NFP.

Olds, Robinson, O'Brien, Luckey, Pettitt, Henderson et al. (2002) hebben een onderzoek uitgevoerd naar uitvoering van NFP. In het onderzoek zijn 735 moeders betrokken. Zij zijn in drie groepen gedeeld: een controle groep, een groep waarbij NFP wordt uitgevoerd door jeugdverpleegkundigen en een derde groep waarbij NFP wordt uitgevoerd door paraprofessionals. Uit dit onderzoek blijkt dat er in de paraprofessionele groep nauwelijks significante effecten gevonden zijn in tegenstelling tot de jeugdverpleegkundigen groep (Olds et al., 2002). Dit betekent dat voor de Treatment Integrity het van belang is dat NFP wordt uitgevoerd door jeugdverpleegkundigen. Uit een evaluatieonderzoek over het Engelse NFP programma blijkt dat een goede relatie tussen moeder en verpleegkundige de belangrijkste component van de interventie is. Flexibiliteit in de uitvoering is nodig om deze relatie op te bouwen. Het is voor het programma daarom niet wenselijk dat de interventie volledig wordt uitgevoerd zoals vooraf theoretisch is opgesteld. Een lage



Treatment Integrity kan dus geïnterpreteerd worden als flexibiliteit (Barnes, Ball, Meadows & Belsky, 2009). Olds en collega's (2003) hebben onderzocht hoe Treatment Integrity gewaarborgd wordt in het NFP programma. Zij benoemen dat de gestructureerde handleidingen door buitenstaanders vaak worden bekritiseerd. Olds et al. (2003) benadrukken in het artikel dat de handleidingen structuur en kwaliteit bieden aan de jeugdverpleegkundigen en dat de jeugdverpleegkundigen vrij zijn om hier indien nodig vanaf te wijken. De handleiding is ondersteunend en structurerend en niet leidend.

### Het meten van Treatment Integrity

Treatment Integrity kent niet alleen verschillende constructen, er zijn ook verschillende methoden om Treatment Integrity te meten (Gresham et al., 2000; Waltz et al., 1993). Voor het meten van Treatment Integrity is nog geen eenduidige methode ontwikkeld (Greenwood, 2009; Perepletchikova et al., 2007; Perepletchikova, Hilt, Cherji & Kazdin, 2009). Verschillende onderzoekers geven aan dat het van belang is om Treatment Integrity met multiple methods te benaderen (Bellg et al., 2004; Gresham et al., 2000; Perepletchikova et al., 2007, 2009; Waltz et al., 1993). Perepletchikova et al. (2007) hebben de verschillende aanbevelingen die voor het meten van Treatment Integrity bestaan (Bellg et al., 2004; Gresham et al., 2000; Sheridan, Swanger-Gagné, Welch, Kwon & Garbacz, 2009; Sterling-Turner & Watson, 2002; Waltz et al., 1993) gecategoriseerd. Perepletchikova et al. (2007) geven aan dat Treatment Integrity gemeten kan worden aan de hand van een viertal categorieën: (a) establishing, (b) assessing, (c) evaluating (d) reporting.

a) *Establishing* omvat de operationele definitie van het interventieprogramma, de training en de supervisie die professionals ontvangen. Hoe meer een interventie is geoperationaliseerd, hoe groter de kans op Treatment Integrity wordt. Interventiehandleidingen zijn een voorbeeld van een geoperationaliseerde interventie (Perepletchikova et al., 2007). Voor het meten van Treatment Integrity is het van belang dat is vastgesteld wat belangrijke effectieve componenten zijn van de interventie. Voor de effectiviteit van het programma is het van belang dat deze componenten worden uitgevoerd zoals bedoeld. Om te kunnen meten of het programma wordt uitgevoerd zoals bedoeld, is het dus van belang om ten minste deze componenten te betrekken in het onderzoek naar Treatment Integrity (Sterling-Turner & Watson, 2002; Sheridan et al., 2009; Waltz et al., 1993; Gresham et al., 2000; McKenna, Rosenfield & Gravois, 2009). Naast de operationalisatie van een interventie programma, zijn ook trainingen die professionals ontvangen van invloed op Treatment Integrity. Er zijn twee soorten trainingvormen: direct en indirect (Sterling-Turner, Watson, Wildmon, Watkins & Little, 2001; Perepletchikova et al., 2007). Een directe training omvat het daadwerkelijk praktisch oefenen met de interventie, bijvoorbeeld door middel van rolspellen. Een indirecte training omvat instructies over de interventie, handleidingen, etc.. Directe trainingvormen zijn effectiever en daarmee gunstiger voor de Treatment Integrity (Perepletchikova et al., 2007).

b) In de categorie *assessing Treatment Integrity* valt het theoretische construct van Treatment Integrity, zoals deze eerder beschreven is. In de assessment of Treatment Integrity moet de *adherence*, *competence* en *differentiation* worden gemeten. Dit kan met verschillende methoden. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen directe en indirecte methoden (Perepletchikova et al., 2007). Een directe methode om Treatment Integrity te meten is observatie van de professionals tijdens de uitvoering van de interventie. Het

inzetten van een directe methode voor het meten van Treatment Integrity wordt als meest betrouwbaar gezien. Het observeren van professionals is dan ook een veel toegepaste methode binnen Treatment Integrity. (Bellg et al., 2004; Gresham et al., 2000; Perepletchikova et al., 2007, 2009; Sheridan et al., 2009; Sterling-Turner & Watson, 2002; Waltz et al., 1993). Sheridan en collega's (2009) benoemen echter, dat er deskundigheid benodigd is om professionals betrouwbaar te kunnen observeren. Dit houdt in dat de observatoren getraind dienen te worden in de te observeren interventie. Het observeren wordt daarom een dure en intensieve methode. Hiernaast bestaat het risico dat de observatoren de uitvoering van de interventie beïnvloeden, wat observeren juist een minder betrouwbare methode maakt (Sheridan et al., 2009). Indirecte methoden voor het meten van Treatment Integrity zijn bijvoorbeeld self-reports en interviews (Perepletchikova et al., 2007). Sheridan et al. (2009) beschrijven in hun onderzoek dat het gebruik van self-report en permanente producten, zoals een registratiesysteem, algemene betrouwbare methoden zijn voor het meten van Treatment Integrity. Uit het onderzoek dat door McKenna et al. (2009) is uitgevoerd blijkt dat semigestructureerde interviews een goede methode is voor het meten van Treatment Integrity.

c) Evaluatie van Treatment Integrity (*evaluation*) omvat het evalueren of de verzamelde data ook daadwerkelijk representatief is voor de gehele interventie. Perepletchikova en collega's (2007) beschrijven dat een interventie uit moeilijke en minder moeilijke processen bestaat. Tijdens het meten van Treatment Integrity dient er rekening te worden gehouden met dit verschil in moeilijkheidsgraad en de mate van integriteit. Hiernaast beschrijven zij dat er verschillende biasen mogelijk zijn in het meten van Treatment Integrity. Zo is bij self-report het risico aanwezig dat de professionals sociaal wenselijke antwoorden geven. Hiernaast is het bij observaties mogelijk dat de professionals zich anders gedragen dan wanneer er geen camera of observator aanwezig is. Deze categorie is dus van belang om de betrouwbaarheid en validiteit van dataverzameling te waarborgen (Perepletchikova et al., 2007).

d) *Reporting Treatment Integrity* omvat drie begrippen: algemene integriteit (van de hele interventie), sessie integriteit (van een sessie van de interventie, bijvoorbeeld een huisbezoek) en component integriteit (van een specifiek onderdeel van de interventie). Volgens Perepletchikova en collega's (2007) moeten de resultaten van een onderzoek naar Treatment Integrity geformuleerd worden binnen deze drie begrippen, omdat anders een vertekend beeld kan ontstaan van de Treatment Integrity van het gehele programma. Zij geven aan dat een lage sessie integriteit niet hoeft te betekenen dat de algehele integriteit laag is. Het is mogelijk dat in een sessie de integriteit laag is vanwege cliënt-specifieke kenmerken. Door Treatment Integrity te verdelen over deze drie begrippen wordt er een betrouwbaarder resultaat geformuleerd.

Er bestaat nog geen vast construct voor het onderzoeken van Treatment Integrity (Perepletchikova et al., 2007; 2009). Omdat er nog geen vast construct is, is ook nog niet vastgesteld wat de beste methode is. Hiernaast is het anderzijds mogelijk dat Treatment Integrity nog weinig onderzocht wordt, omdat er nog geen methode is ontwikkeld. Gresham et al. (2000), Waltz et al. (1993) en Bellg et al. (2004) pleiten voor een methode voor het meten Treatment Integrity, zodat het methodologisch begrip meer ingebed wordt in wetenschappelijk onderzoek.

## Vraagstelling

De hoofdvraag in het onderzoek is:

*Hoe hangen de kenmerken van cliënten samen met de aspecten van de programma integriteit (adherence, competence en differentiation) van VoorZorg?*

Onder cliëntkenmerken worden risicofactoren als leeftijd, alleenstaand, verslaving etc. verstaan.

## Methode

De Treatment Integrity (welke bestaat uit adherence, competence en differentiation) van VoorZorg wordt gemeten aan de hand van de methode zoals Perepletchikova et al. (2007) deze omschreven hebben. De specifieke methode zoals deze in dit onderzoek wordt toegepast staat weergegeven in figuur 2.

**Figuur 2. Methode meten van Treatment Integrity**

| <b>4 fasen meetmethode van treatment integrity</b> |   |                    |   |
|--|---|--------------------|---|
| <b>Establishing</b>                                | <b>Assessing</b>  | <b>Evaluating</b>  | <b>Reporting</b>                              |
| Operationalisatie                                  | Adherence<br>Competence<br>Differentiation                              | Representativiteit | Algemene integriteit<br>Component integriteit |
| <i>Meetinstrument</i><br>Literatuurstudie          | <i>Meetinstrument:</i><br>Dossieronderzoek<br>Interviews<br>Vragenlijst |                    |   |

## Procedure en deelnemers

Het onderzoek bestaat uit drie deelstudies: 1) dossieranalyse, 2) enquête en 3) interviews. Van 207 VoorZorgmoeders zijn de dossiers geanalyseerd van de locaties Rotterdam ( $n = 103$ ), Utrecht ( $n = 12$ ), Tilburg ( $n = 12$ ) en Zaanstreek Waterland ( $n = 80$ ). De dossiers van moeders die in 2007 ( $n=17$ ), in 2008 ( $n = 29$ ), in 2009 ( $n = 59$ ), in 2010 ( $n = 54$ ) in 2011 ( $n = 46$ ) en in 2012 ( $n = 2$ ) zijn ingestroomd, zijn in deze analyse meegenomen. Naast de dossieranalyse is een enquête afgenomen bij alle VoorZorgverpleegkundigen ( $n = 32$ ), met een respons van 90,6 procent ( $n = 29$ ). Tot slot zijn acht verpleegkundigen van de locaties Amsterdam, 's-Hertogenbosch, Lelystad, Rotterdam, Tilburg, Utrecht, Hollands Noorden en Zaanstreek Waterland geïnterviewd. Dit betreft zeven van de tien organisaties (na een fusie in 2012 behoren de locaties 's-Hertogenbosch en Tilburg tot dezelfde organisatie) waar VoorZorg wordt uitgevoerd. De geïnterviewde verpleegkundigen hebben een gemiddelde leeftijd van 55 jaar (49-57,  $SD = 2.4$ ), het gemiddeld aantal jaar ervaring als jeugdverpleegkundige is 21 jaar (11-30,  $SD = 6.5$ ), het gemiddeld aantal jaar ervaring als VoorZorgverpleegkundige is 5 jaar (2-7,  $SD = 1.71$ ) en gemiddeld werken de VoorZorgverpleegkundigen 21 uur (7-32,  $SD = 9.68$ ).

### Meetinstrument

In dit onderzoek wordt de categorisering voor het meten van Treatment Integrity van Perepletchikova en collega's (2007) toegepast. Dit houdt in dat Treatment Integrity wordt onderzocht aan de hand van (a) establishing, (b) assessing, (c) evaluating en (d) reporting. In deze studie wordt de nadruk op de eerste twee aspecten gelegd (establishing en assessing). Evaluating wordt in de discussie van deze studie beschreven. Om de Treatment Integrity te meten is er gebruik gemaakt van vier verschillende meetinstrumenten:

### *Literatuurstudie*

Er is een literatuurstudie uitgevoerd om het VoorZorgprogramma te kunnen operationaliseren (*establishing*). In deze studie is wetenschappelijke literatuur over het NFP programma en over het VoorZorgprogramma betrokken. Hiernaast zijn als documenten de drie handleidingen van het VoorZorgprogramma geanalyseerd op belangrijke componenten. Vervolgens is aan de hand van literatuurstudie onderzocht of deze componenten uniek en essentieel, essentieel niet uniek, belangrijk niet essentieel zijn. Deze analyse is gebaseerd op de vier categorieën van Dane en Scheider (1998). Hiernaast is onderzocht welke aspecten niet wenselijk zijn. Het resultaat van deze analyse is getoetst bij de projectleider van het VoorZorgprogramma.

### *Dossieronderzoek*

De cliëntendossiers zijn individueel geanonimiseerd, gecodeerd en geanalyseerd. Met het dossieronderzoek is *adherence* gemeten aan de hand van het aantal geregistreerde huisbezoeken per fase, in vergelijking tot de richtlijnen omtrent het aantal huisbezoeken per fase. Hiernaast zijn de *kenmerken van de moeders* geanalyseerd waardoor gemeten is of de moeders die VoorZorg ontvangen, voldoen aan de gestelde criteria voor deelname aan VoorZorg. Tot slot zijn er regressieanalyses uitgevoerd om te meten welke samenhang er bestaat tussen de cliëntkenmerken en kenmerken omtrent de uitvoering.

### *Enquête*

De enquête is samengesteld aan de hand van het instrument "Implementation of Treatment Integrity Procedures Scale" dat door Perepletchikova en collega's (2009) is samengesteld voor het meten van Treatment Integrity. Dit instrument is gericht op de drie aspecten (*adherence, competence en differentiation*) van Treatment Integrity. De elementen uit dit instrument die van toepassing zijn op het programma VoorZorg zijn meegenomen in de enquête. Naast dit instrument zijn ook de factoren die Sanetti en collega (2009) hebben opgesteld en de aan de hand van de literatuurstudie samengestelde belangrijkste componenten van VoorZorg, gebruikt in de opstelling van de enquête. In de enquête is gebruik gemaakt van een vijfpuntschaalverdeling en bestaat uit een totaal van 45 items die gericht zijn op de drie aspecten van Treatment Integrity. Er zijn 28 vragen die gericht zijn op het meten van *adherence* en richten zich op de praktische uitvoering van de verpleegkundigen ( $\alpha = .91$ ). Een voorbeeld hiervan is: in welke mate maakt u gebruik van de handleiding in de zwangerschapsfase? *Competence* is gemeten aan de hand van 38 vragen en richten zich bijvoorbeeld op de argumentatie van de verpleegkundigen voor het afwijken van de richtlijnen ( $\alpha = .91$ ). Een voorbeeld hier van is: zijn de kenmerken van cliënt van invloed op de mate van volgen van de

handleiding? In totaal zijn er 6 vragen die *differentiation* meten ( $\alpha = .59$ ). Dit zijn vragen die gericht zijn op de mate waarin VoorZorg onderscheidend is, bijvoorbeeld: ik gebruik soms onderdelen uit een handleiding van een andere fase dan de fase waarin het programma zit. De betrouwbaarheid van de totale schaal van 45 items kent een Cronbach's alpha van .89.

### Interviews

Er zijn half gestructureerde interviews afgenomen. De topics zijn opgesteld aan de hand van de vastgestelde componenten van het VoorZorgprogramma, aan de hand van de factoren van Sanetti en collega (2009) en aan de hand van de resultaten van de enquête. In de interviews zijn de verpleegkundigen door middel van open vragen bevraagd over hun praktische uitvoering van het VoorZorgprogramma. Vooraf is aan de verpleegkundigen uitgelegd wat het doel van het interview is en benadrukt dat het gaat om de uitvoering van VoorZorg en dat daarbij geen foute of goede antwoorden gegeven kunnen worden. Hiermee is ernaar gestreefd de sociale wenselijkheid van de antwoorden te minimaliseren.

### Resultaten

De resultaten uit de literatuurstudie worden eerst beschreven om het aspect *Establishing* vast te stellen. Vervolgens zullen *Assessing* (adherence, competence en differentiation) en *Reporting* aan de hand van de resultaten van de drie studies: dossieranalyse, enquête en interviews worden weergegeven.

### Establishing

Het VoorZorgprogramma richt zich op een risicogroep van jonge moeders. Voor de toelating tot het VoorZorgprogramma is een lijst met criteria opgesteld waarmee gecontroleerd wordt of de aangemelde moeder tot de risicogroep behoort. Hierin is een onderscheid gemaakt tussen eerste en tweede toelatingscriteria (VoorZorg, 2007). Deze staan weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Toelatingscriteria VoorZorg (VoorZorg, 2007)

| <i>Eerste toelatingscriteria</i>   | <i>Tweede toelatingscriteria</i>   | <i>Voorwaarden</i>   |
|--|--|--|
| 1 <sup>c</sup> levende kind<br>Max. 25 jaar oud<br>Max. 28 weken zwanger<br>Enige beheersing NI taal<br>Laag opleidingsniveau* | Geen steunend sociaal netwerk<br>Alcohol –en / of drugsgebruik**<br>Actueel huiselijk geweld<br>Zelf mishandeld<br>Psychische problematiek***<br>Irreële opvattingen over a.s. moederschap<br>Niet-pluis gevoel<br>Schoolverlater / werkloos<br>Financiële / huisvestingsproblemen | Begrijpt insteek programma<br>Geen verhuisplannen<br>Bereidheid om mee te doen |

\* Opleidingsniveau maximaal lbo/vbo, praktijkonderwijs, of VMBO basis- of kaderberoepsgerichte leerweg. Of maximaal twee jaar onderwijs in een andere schoolopleiding in het voorgezet onderwijs aansluitend op het basisonderwijs \*\* Ernstige alcohol of drugsverslaving is een contra-indicatie \*\*\* Ernstige psychische problematiek is een contra-indicatie

Aan de eerste toelatingscriteria moet voldaan worden voor toelating tot het VoorZorgprogramma. Van de tweede criteria hoeven niet alle factoren aanwezig te zijn, maar er moet wel in enige mate sprake zijn van deze risicofactoren. Bij twijfel kan de VoorZorgverpleegkundige de expertisegroep raadplegen. Deze groep

van deskundigen beoordeelt of de moeder mogelijk toch tot de risicogroep behoort ondanks dat zij niet aan alle criteria voldoet.

Het VoorZorgprogramma bestaat uit zes handelingsprincipes waar de werkwijze van de verpleegkundigen op gericht moet zijn: a) gestructureerde gedragsverandering, b) gezondheidsvoorlichting, c) ingaan op eigen vragen moeder d) werken aan realistische en haalbare doelen, e) versterken van de eigen competenties en doeltreffendheid van de moeder en f) betrekken van het sociale netwerk (Graaf de & Riper, 2006; Prinsen & Oudhof, 2007). Er zijn zes domeinen binnen het VoorZorgprogramma: (1) De eigen gezondheid van de moeder, (2) de gezondheid en veiligheid van de directe omgeving, (3) de levensloop ontwikkeling van de moeder, (4) de rol van de moeder als opvoeder in de verzorging van en interactie met het kind, (5) de relatie van de moeder tot familie en vrienden en (6) het gebruik dat moeder maakt van (andere) gemeenschapsvoorzieningen (Prinsen & Oudhof, 2007). Deze domeinen moeten in de werkwijze en visie van de verpleegkundigen verweven zijn.

Het VoorZorgprogramma bestaat uit drie fasen: zwangerschapsfase, babyfase (tot het kind ongeveer 1 jaar is) en de peuterfase (tot het kind 2 jaar wordt). Het programma wordt uitgevoerd door jeugdverpleegkundigen die zijn opgeleid tot VoorZorgverpleegkundigen. De VoorZorgtraining bestaat uit zowel directe (rollenspelen) als indirecte (instructie) trainingsvormen en wordt verzorgd door het Nederlands Jeugdinstituut. Naast deze training wordt als kwaliteitseis gesteld dat de verpleegkundigen hun deskundigheid bevorderen en een vorm van intervisie ontvangen (Prinsen & Oudhof, 2007).

De verpleegkundigen gaan bij de moeders op huisbezoek. Tijdens deze huisbezoeken komen bovenstaande domeinen aanbod. Er is een richtlijn voor het aantal huisbezoeken per fase: zwangerschapsfase 14, babyfase 28 en in de peuterfase 22 huisbezoeken (Prinsen & Oudhof, 2007). Voor elke fase die het programma kent is een aparte handleiding ontworpen die de verpleegkundigen gebruiken tijdens de huisbezoeken. De handleidingen geven structuur aan het programma, ondersteunen de verpleegkundigen in hun werkzaamheden en bieden materiaal om mee te werken met de moeders. De handleidingen waarborgen dat de bovengenoemde domeinen structureel aanbod komen tijdens de huisbezoeken. In de handleiding staat ieder huisbezoek beschreven.

Een goede relatie tussen moeder en verpleegkundige wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor het programma. Het opbouwen en onderhouden van deze relatie staat dan ook centraal (Prinsen & Oudhof, 2007).

Olds, Hill, Mihalic en O'Brien (2001) hebben de kernelementen en voorwaarden van het NFP beschreven, welke de basis van NFP en VoorZorg vormen. In tabel 2 staan de (kern)elementen van VoorZorg beschreven. De elementen zijn gescoord op basis van de vier categorieën zoals Dane en Scheider (1998) deze hebben omschreven (essentieel en uniek, essentieel niet uniek, belangrijk niet essentieel en niet gewenst).

Tabel 2. Establishing VoorZorgprogramma

|  | <i>Essentieel en uniek</i> | <i>Essentieel niet uniek</i> | <i>Belangrijk niet essentieel</i> | <i>Niet gewenst</i> |
|--|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Focus op risicomoeders                                     | x                          |                              |                                   |                     |
| Training tot VoorZorgverpleegkundige                       | x                          |                              |                                   |                     |
| Start in zwangerschap tot kind 2 jaar is                   | x                          |                              |                                   |                     |
| Frequentie huisbezoeken                                    | x                          |                              |                                   |                     |
| Handleiding en domeinen vormen richtlijn voor huisbezoeken | x                          |                              |                                   |                     |
| Sociale netwerk wordt actief betrokken                     |                            | X                            |                                   |                     |
| Intervisie   |                            | X                            |                                   |                     |
| VoorZorg wordt gedwongen ingezet                           |                            |                              |                                   | x                   |
| Gestructureerde gedragsverandering                         |                            | X                            |                                   |                     |
| Gezondheidsvoorlichting                                    |                            | X                            |                                   |                     |
| Ingaan op eigen vragen moeder                              |                            | X                            |                                   |                     |
| Versterken competenties en doeltreffendheid                |                            | X                            |                                   |                     |
| Realistische en haalbare doelen                            |                            | X                            |                                   |                     |
| Therapeutische relatie                                     |                            | X                            |                                   |                     |

Op de elementen die in tabel 2 staan weergegeven wordt Treatment Integrity getoetst. Dit houdt in dat wordt onderzocht in welke mate de verpleegkundigen bovenstaande elementen toepassen in de praktijk. De score van deze elementen geeft weer dat VoorZorg een aantal unieke componenten bevat wat het programma onderscheidend maakt van andere programma's. Dit betekent dat de Treatment Integrity van het VoorZorgprogramma gemeten kan worden.

### *Assessing*

De resultaten worden omschreven aan de hand van de drie categorieën van het theoretisch construct: adherence, competence en differentiation.

### Adherence

#### *Doelgroep*

In het *dossieronderzoek* zijn in totaal dossiers van 207 moeders betrokken. In tabel 3 staat beschreven in welke mate de risicofactoren (eerste en tweede toelatingscriteria (zie tabel 1)) aanwezig zijn.

Tabel 3. Risicofactoren populatie moeders

|                                   | <i>Ja</i> | <i>Nee</i> | <i>N</i> |
|-----------------------------------|-----------|------------|----------|
| Minderjarig                       | 78.7 %    | 21.3 %     | 207      |
| Allochtoon                        | 29.5 %    | 70.5 %     | 207      |
| Geen eigen woonruimte             | 76.8 %    | 23.2 %     | 207      |
| Geen eigen inkomen                | 76.8 %    | 23.2 %     | 207      |
| Geen potentiële startkwalificatie | 76.8 %    | 23.2 %     | 207      |
| Verslaving                        | 36.2 %    | 63.8 %     | 207      |
| Psychische problematiek           | 61.5 %    | 38.5 %     | 195      |
| Traumatische ervaring             | 82.6 %    | 17.4 %     | 195      |
| Geen partner                      | 53.8 %    | 46.2 %     | 199      |
| Geen steunend netwerk             | 83.2 %    | 16.8 %     | 197      |

In het onderzoek zijn in totaal moeders met 23 verschillende nationaliteiten betrokken, waarbij na de Nederlandse nationaliteit (70.5%), de Antilliaanse nationaliteit het meest is vertegenwoordigd (8.7%). De leeftijd van de moeders varieert van 13 tot 30 jaar ( $M = 19.5$ ,  $SD = 2.62$ ). Uit het onderzoek komt tevens naar

voren dat 11,6 procent van de moeders via begeleid wonen of in de opvang woont. Alle risicofactoren zijn op meer dan 50 procent van de moeders van toepassing, op nationaliteit en verslaving na. Opvallend is dat 82,6 procent van de moeders een traumatische ervaring heeft. Uit de dossiers blijkt dat deze ervaringen met name betrekking hebben op mishandeling en huiselijk geweld.

Uit het *dossieronderzoek* blijkt dat 27.5 procent van de moeders het programma hebben afgerond, 43 procent nog in zorg is en 29.5 procent van de moeders voortijdig gestopt is. Het voortijdig stoppen met het programma kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld: de moeder is verhuisd (10.93%), of de moeder is gestopt wegens gebrek aan motivatie (12.57%). Uit het dossieronderzoek blijkt dat een afgerond VoorZorgtraject gemiddeld 2.54 jaar duurt ( $SD = .23$ ).

Er is berekend hoeveel risicofactoren aanwezig zijn bij de moeders die betrokken zijn in het dossieronderzoek. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen het totaal aantal moeders, moeders die het programma hebben afgerond (27.5%) en moeders die voortijdig gestopt zijn (29.5%). Ongeveer 50 procent van de moeders heeft zes risicofactoren of meer. Hieruit kan worden opgemaakt dat VoorZorg een risicogroep onder zwangeren in Nederland heeft bereikt. Opvallend is dat de groep die het programma heeft afgerond ( $M = 6.72$ ,  $SD = 1.62$ ), een significant hoger aantal risicofactoren heeft, dan de moeders die voortijdig gestopt zijn ( $M = 6.1$ ,  $SD = 1.59$ ), dit is getoetst door middel van een t-toets ( $p < .05$ ,  $t = -2.1$ ). Naast de t-toets is tevens een logistische regressie analyse uitgevoerd om te onderzoeken of het aantal risicofactoren ook samenhangt met het al dan wel of niet stoppen met het programma. Hieruit blijkt dat er een significante samenhang is ( $OR = 1.28$ ,  $p < .05$ ) tussen het afronden van het programma en het aantal risicofactoren. Dit betekent dat de kans 1.28 keer groter is dat een moeder met een hoog aantal risicofactoren het programma afrondt, dan dat zij stopt met het programma.

### *Eerste toelatingscriteria*

In de populatie zijn in totaal vijf moeders in het VoorZorgprogramma betrokken die op basis van de eerste toelatingscriteria (1e kind, maximaal 25 jaar oud, maximaal 28 weken zwanger, een lage opleiding en enige beheersing van de Nederlandse taal) niet in het VoorZorgprogramma thuishoren. Bij vier van hen is volgens het protocol vervolgens de expertisegroep geconsulteerd. Dit houdt in dat 206 van 207 moeders op basis van de 1<sup>e</sup> criteria thuishoort in het VoorZorg programma, dit is 99,5 procent van de totale groep.

### *Aanmelding*

Uit de *interviews* blijkt dat het aanmeldingsproces bij de acht betrokken locaties op een eenduidige manier verloopt. Er zijn een aantal verschillen in praktische vormgeving maar globaal verloopt het proces hetzelfde. De moeders worden meestal aangemeld via verwijzers. Dit zijn over het algemeen verloskundigen, (school)maatschappelijk werk, stichting MEE, Bureau Jeugdzorg en het jongerenwerk. Deze verwijzers zijn op de hoogte van de eerste toelatingscriteria die binnen het VoorZorgprogramma wordt gehanteerd. De verpleegkundigen screenen bij een intakegesprek op de tweede toelatingscriteria (zie tabel 1). Bij twijfel wordt eerst overlegd met collega's en vervolgens indien van toepassing met de expertisegroep.



## Domeinen

In de *cliëntendossiers* is aangegeven welke domeinen in de huisbezoeken zijn besproken. Per fase is een overzicht gemaakt hoe vaak de zes domeinen in die fase besproken zijn. Dit aantal is gedeeld door het aantal huisbezoeken dat is uitgevoerd in die fase en heeft geresulteerd in het overzicht dat is weergegeven in tabel 4. In deze berekening zijn alleen dossiers meegenomen waarvan de betreffende fase is afgerond. Omdat een aantal moeders het programma (nog) niet afgerond hebben, neemt het aantal dossiers dat is meegenomen in de berekening per fase af. De cijfers in tabel 4 geven aan in welke mate de domeinen in de fasen besproken zijn.

Tabel 4. Domeinen per fase

| Domeinen               | Zwangerschapsfase<br>(n=125) |     | Babyfase<br>(n=85) |     | Peuterfase<br>(n=57) |     |
|------------------------|------------------------------|-----|--------------------|-----|----------------------|-----|
|                        | M                            | SD  | M                  | SD  | M                    | SD  |
| Gezondheid             | .91                          | .20 | .87                | .23 | .86                  | .21 |
| Veiligheid             | .75                          | .34 | .79                | .26 | .82                  | .21 |
| Levensloopontwikkeling | .76                          | .32 | .76                | .27 | .83                  | .21 |
| Moederschap            | .80                          | .29 | .84                | .24 | .85                  | .20 |
| Sociaal netwerk        | .84                          | .26 | .82                | .25 | .83                  | .20 |
| Voorzieningen          | .82                          | .27 | .77                | .28 | .82                  | .23 |

De domeinen worden in alle fasen vaak besproken. Opvallend is dat in alle fasen het domein gezondheid het meest besproken wordt. Uit de *enquête* blijkt dat van de verpleegkundigen 56.52 procent in de zwangerschapsfase, 36.36 procent in de babyfase en 61.9 procent in de peuterfase alle domeinen even belangrijk vindt. In tabel 4 is te zien dat er een kleine variatie is in de mate waarin de domeinen worden besproken. Deze variatie is het kleinst in de peuterfase, wat overeenkomt met het hoogste percentage verpleegkundige dat aangeeft dat alle domeinen even belangrijk zijn in de deze fase.

De verpleegkundigen hebben in de interviews en in de *enquête* aangegeven welke domeinen zij het belangrijkste vinden in de drie fasen. In de zwangerschapsfase vindt 43.8 procent van de verpleegkundigen de domeinen gezondheid en moederschap het belangrijkste, dit blijkt uit de *enquête*. In de *interviews* wordt naast gezondheid en moederschap ook veiligheid als belangrijkste domein genoemd.

Uit de *enquête* blijkt dat 63.64 procent van de verpleegkundigen het domein moederschap het belangrijkste domein vindt in de babyfase. Ook in de *interviews* wordt moederschap het belangrijkste domein genoemd in de babyfase door alle geïnterviewde verpleegkundigen.

In de peuterfase vindt 38.10 procent van de verpleegkundigen moederschap, veiligheid en sociaal netwerk de belangrijkste domeinen, dit blijkt uit de *enquête*. De geïnterviewde verpleegkundigen noemen de domeinen moederschap en veiligheid als belangrijkste domeinen in de peuterfase.

*“Ja dat heeft toch met hechting te maken wat bovenaan staat, voorkomen van kindermishandeling. Hoe troost je. Die interactie tussen moeder en kind. Plezier maken met je kindje. Hoe maak je je kindje wakker, hoe praat je hoe hou je vast, hoe verzorg je”.*

Naast de domeinen is ook geregistreerd hoe vaak het onderwerp huiselijk geweld is besproken tijdens de huisbezoeken. Uit de *dossieranalyse* blijkt dat huiselijk geweld in de zwangerschapsfase gemiddeld .23 ( $SD = .35$ ) in de babyfase .23 ( $SD = .33$ ) en in de peuterfase .50 ( $SD = .22$ ) keer besproken is. Opvallend is dat het onderwerp huiselijk geweld in de peuterfase sterk stijgt.

### *Huisbezoeken*

De geïnterviewde verpleegkundigen houden allen de vijf stappen aan die voor een huisbezoek in de handleidingen beschreven staan, namelijk: a) begroeting b) problemen en vragen van dat moment c) terugblik d) beoordelen en begeleiden e) doelen en afspraken volgend huisbezoek. Er is een verschil in werkwijze met betrekking tot punt b) problemen en vragen van dat moment. Drie verpleegkundigen geven aan, aandacht te besteden aan de problemen die moeders ervaren met betrekking tot huisvesting, financiën en andere problematiek. Dit vergt veel tijd en aandacht waardoor het bespreken van de bladen naar de achtergrond verschuift. Vijf verpleegkundigen geven aan te luisteren naar de problemen van de moeders, vervolgens te analyseren wat zij er samen op dat moment aan kunnen doen en vervolgens gaan zij verder met het bespreken van de invul en bespreekbladen van het VoorZorgprogramma.

*“Nee en ik kom ook niet automatisch gelijk met alle papieren eerst zitten, eerst aankijken, vertel. We hebben elkaar nu twee weken niet gezien, wil je iets vertellen, is er iets wat je bezighoudt? Dus het is eerst aan hen, nou en dan doen wij bij wijze van spreken hoe dat gaat, ik zeg nou ok dan gaan we nu verder met het werk, wat hebben we afgesproken. Gewone dingen wat hoort” .*

Drie van deze vijf verpleegkundigen benoemen nadrukkelijk de prioriteit te leggen bij het bespreken van de onderwerpen van het programma. De verpleegkundigen gebruiken de handleidingen als hulpmiddel in hun begeleiding. Uit de enquête blijkt dat 82,14 procent van de verpleegkundigen de handleiding leidend vindt in het werk als VoorZorgverpleegkundige. Uit de interviews komt naar voren dat de verpleegkundigen de handleiding toepassen maar deze wel aanpassen op de moeder die ze in begeleiding hebben.

*“Ik denk dat de handleiding ook een vorm is een soort stramien een hulpmiddel en dat je die niet op iemand moet leggen. Dat je gaat kijken wat van de handleiding heeft deze cliënt op dit moment nodig, waar ligt de behoefte, waar gaan de accenten inzitten”.*

In de enquête is de verpleegkundigen gevraagd in welke mate zij gebruik maken van onderdelen van de handleiding in hun begeleiding, zie tabel 5. Opvallend is dat het gebruik van de bladen het hoogst is in de zwangerschapsfase en afneemt in de baby en peuterfase.

Tabel 5. Resultaten enquête verpleegkundigen in percentage.

|                                      | Zwangerschapsfase |       |        | Babyfase |       |        | Peuterfase |       |        |
|--------------------------------------|-------------------|-------|--------|----------|-------|--------|------------|-------|--------|
|                                      | Soms              | Vaak  | Altijd | Soms     | Vaak  | Altijd | Soms       | Vaak  | Altijd |
| Ingedeelde huisbezoeken              | 15.38             | 57.69 | 26.92  | 25.00    | 53.57 | 21.43  | 37.50      | 41.67 | 20.83  |
| Voorlichtingsbladen                  | 13.79             | 55.17 | 31.03  | 20.69    | 51.72 | 27.59  | 29.63      | 40.74 | 29.63  |
| Invul en bespreekbladen              | 37.93             | 27.59 | 34.48  | 41.38    | 34.48 | 24.14  | 50.00      | 30.77 | 19.23  |
| Volgen richtlijn aantal huisbezoeken | 33.33             | 51.85 | 14.81  | 22.22    | 66.67 | 11.11  | 36.00      | 48.00 | 16.00  |

Uit de resultaten blijkt dat meer dan de helft van de verpleegkundigen de onderdelen van de handleiding vaak tot altijd toepassen. Dit houdt in dat het merendeel van de verpleegkundigen de handleiding met betrekking de handleiding actief toepast in de praktijk. Ongeveer twee derde van de verpleegkundigen geeft aan zich te houden aan de richtlijn voor het aantal huisbezoeken per fase.

Tabel 6. Gemiddeld aantal huisbezoeken per fase.

|                   | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>N</i> | <i>Richtlijn</i> |
|-------------------|----------|-----------|----------|------------------|
| Zwangerschapsfase | 8,5***   | 3,4       | 137      | 14               |
| Babyfase          | 19,4***  | 7,0       | 81       | 28               |
| Peuterfase        | 16,0***  | 7,1       | 55       | 22               |

\* \*\*Verschilt significant van de richtlijn  $p < .001$ , one-sample t-test

Uit het *dossieronderzoek* blijkt echter dat het gemiddeld aantal huisbezoeken significant ( $p < .001$ ) lager ligt dan de richtlijn (zie tabel 6) in elk van de drie fasen. De moeders zijn gemiddeld 16 weken zwanger bij aanmelding ( $SD = 5.9$ ), terwijl de gemiddelde zwangerschapsduur 39.1 ( $SD = 2.6$ ) weken is. Dit houdt in dat er gemiddeld een periode van ongeveer 22 weken is waarin de verpleegkundige in de zwangerschapsfase op huisbezoek kan komen. De richtlijn voor de huisbezoeken in de zwangerschapsfase is in de eerste maand elke week en vervolgens tot de bevalling om de twee weken een huisbezoek. Dit houdt in dat de verpleegkundigen volgens de richtlijn in deze periode 13 huisbezoeken moesten uitvoeren.

### Theorieën

De geïnterviewde verpleegkundigen zijn bevraged over hun uitvoering en wat zij daarin het belangrijkste vinden. Hieruit komt naar voren dat de verpleegkundigen de theorieën omtrent hechting, self efficacy en het ecologisch model van Bronfenbrenner allen dagelijks in hun werk toepassen. In de enquête is gevraagd in welke mate de verpleegkundigen bekend zijn met de drie verschillende theorieën. De resultaten zijn weergegeven in tabel 7.

Tabel 7. Kennis van verpleegkundigen over theorieën van het VoorZorgprogramma in percentage.

|                  | <i>Zeer slecht</i> | <i>Slecht</i> | <i>Matig</i> | <i>Goed</i> | <i>Zeer goed</i> |
|------------------|--------------------|---------------|--------------|-------------|------------------|
| Hechtingstheorie | -                  | -             | 7.41 %       | 81.48 %     | 11.11 %          |
| Self efficacy    | -                  | 4.35 %        | 21.74 %      | 65.22 %     | 8.70 %           |
| Ecologisch model | 4.55 %             | 13.64 %       | 50.00 %      | 31.82 %     | -                |

Alle geïnterviewde verpleegkundigen noemen de hechting tussen moeder en kind als erg belangrijk. Zij geven aan dat Video Home Training het belangrijkste middel is dat zij gebruiken om aan deze hechting te werken. Als basisaspect van VoorZorg noemen alle geïnterviewde verpleegkundigen empowerment. Empowerment is een methode die door de verpleegkundigen constant wordt ingezet. De verpleegkundigen

benoemen bijvoorbeeld in de interviews, dat zij voornamelijk met kleine en haalbare doelen werken, zodat er snel verbetering zichtbaar is, wat goed is voor het zelfvertrouwen van de moeders. Uit de *enquête* en de *interviews* komt naar voren dat de verpleegkundigen niet goed bekend zijn met het ecologisch model van Bronfenbrenner. Twee van de acht geïnterviewde verpleegkundigen kon benoemen wat de theorie inhoudt. Uit de interviews en *enquête* blijkt dat zij de theorie wel toepassen in de praktijk. Alle geïnterviewde verpleegkundigen richten hun begeleiding op de verschillende niveaus die het model kent. Uit de *enquête* komt naar voren dat 92.31 procent van de verpleegkundige het sociale netwerk van de moeder betreft in het VoorZorgprogramma. Tevens komt naar voren dat 100 procent van de verpleegkundigen het sociale netwerk van de moeder probeert te vergroten. Uit de interviews blijkt dat de geïnterviewde verpleegkundigen het betrekken en het versterken van het sociale netwerk hebben geïntegreerd in hun werkwijze.

### Competence

Competence is gemeten aan de hand van de *enquête* en de *interviews*. De resultaten staan beschreven aan de hand van kernaspecten die bepalend zijn voor de mate van competence.

#### *Competent*

Uit de *enquête* komt naar voren dat 72 procent van de verpleegkundigen zich meestal competent voelt, 20 procent zich altijd competent voelt en 8 procent zich soms wel soms niet competent voelt. Uit de *interviews* blijkt dat alle verpleegkundigen zich competent voelen om VoorZorg uit te voeren. De verpleegkundigen geven aan onzeker te worden als een moeder afhaakt, omdat zij zich hier deels verantwoordelijk voor voelen. Hiernaast geven de verpleegkundigen aan dat het een moeilijke doelgroep is en dat het bij sommige moeders moeilijk in te schatten is wat de juiste aanpak / aansluiting met de moeder is.

#### *Redenen en afwegingen afwijken richtlijnen*

Uit de *interviews* en de *enquête* komt naar voren dat het aanpassen aan de moeder de belangrijkste reden is om af te wijken van de richtlijnen, bijvoorbeeld door onderwerpen te bespreken waar de moeder zelf behoefte aan heeft. “Het volgen van de hartenwens van de moeder” noemen de verpleegkundigen dit. Hiernaast vinden zij het ook belangrijk om zich te richten op de problemen die de moeders ondervinden voornamelijk op het gebied van psychische problematiek, huisvesting en financiën.

*“Bij sommige meiden wel, doe je heel veel met de map, maar bij sommige gewoon niet omdat die ja geen uitkering hebben, geen geld hebben, soms moet je brood regelen, soms moet je de voedselbank regelen. En dat zijn dan basisspullen zeg maar die gewoon eerst moeten. Eerst moeten ze geld en eerst moeten ze eten”.*

Van de verpleegkundigen geeft 78.26 procent aan dat de cliëntkenmerken zoals IQ en woonsituatie veel tot heel veel van invloed is op de mate van volgen van de richtlijnen. Van de verpleegkundigen geeft 72.73 procent aan dat de problemen en 74.07 procent de ernst van de problemen van de cliënt veel tot heel veel van invloed is op de mate van het volgen van de richtlijnen. Uit de interviews blijkt dat er een verschil is tussen

de locaties in welke mate aandacht besteed wordt aan de praktische problemen van de moeders. Op twee locaties wordt veel aandacht besteed aan de praktische problemen en gaan de verpleegkundigen ook met de moeders mee naar bijvoorbeeld de gemeenten voor de aanvraag van bijzondere bijstand. Op twee andere locaties wordt voor praktische problemen direct doorverwezen naar het maatschappelijk werk. De begeleiding van het contact tussen maatschappelijk werk en de moeder wordt door de VoorZorgverpleegkundige gemonitord. De werkwijze van de vier overige locaties zit tussen beiden in. Zij ondersteunen de moeders in het oplossen van de praktische problemen maar wanneer het te veel tijd en aandacht vraagt wordt de moeder doorverwezen naar bijvoorbeeld het maatschappelijk werk.

Uit het *dossieronderzoek* blijkt dat moeders gemiddeld vier (SD = 5) keer niet thuis zijn in het VoorZorgtraject. Uit de interviews blijkt dit een belangrijke reden te zijn voor verpleegkundigen voor het afwijken van de richtlijnen. Sommige moeders zijn volgens de verpleegkundigen regelmatig onaangekondigd niet thuis waardoor huisbezoeken niet door kunnen gaan. Hiernaast geven de verpleegkundigen aan dat met name in de peuterfase de frequentie van de huisbezoeken naar beneden wordt bijgesteld omdat de moeder het heel druk heeft met school en of werk, of omdat de moeder de frequentie te hoog vindt en daarom minder gemotiveerd is. De verpleegkundigen passen hun werkwijze dus aan de cliënt variabelen en de situatie van de cliënt aan.

De voorgeschreven frequentie van het aantal huisbezoeken is volgens de verpleegkundigen in het begin van de babyfase niet haalbaar. Het programma schrijft voor dat de frequentie na de geboorte van het kind wordt verhoogd naar eens per week over een periode van zes weken. De verpleegkundigen geven aan, dat de moeders in de eerste weken van de zwangerschap al erg veel bezoek krijgen van de jeugdverpleegkundige en de kraamzorg. De verpleegkundigen gaan in deze periode wel op bezoek maar houden het kort.

Tot slot benoemen de verpleegkundigen een aantal beschermende factoren die van invloed zijn op de uitvoering. Zo geven zij aan dat de aanwezigheid van andere hulpverlening en een goed sociaal netwerk van invloed zijn op de uitvoering. Wanneer er veel hulpverlening betrokken is bij de moeder, of de moeder zit bijvoorbeeld in de opvang, dan wordt de frequentie van de huisbezoeken in sommige situaties naar beneden bijgesteld.

### *Prioriteit VoorZorg*

Uit de *interviews* komt naar voren dat de ontwikkeling van het kind en de veiligheid van het kind prioriteit hebben binnen het VoorZorgprogramma. Hiernaast heeft het aanpassen aan de moeder bij de verpleegkundigen prioriteit. Aan de verpleegkundigen is in de interviews gevraagd wat zij de moeders graag willen leren in de verschillende fasen. In de zwangerschapsfase geven alle verpleegkundigen aan, “goed voorbereid op moederschap”. Hiernaast worden zelfstandigheid, zelfvertrouwen en ontspanning genoemd. De verpleegkundigen willen graag dat de moeders het volgende hebben bereikt aan het einde van de babyfase: a) een veilige hechting b) aankunnen sluiten op de ontwikkeling van het kind c) zelfvertrouwen. Uit de interviews komt naar voren dat de verpleegkundigen er naar streven dat de moeders aan het einde van

het programma in staat zijn tot goed moederschap, zelfvertrouwen hebben en goed voor zichzelf kunnen zorgen.

#### *Belemmeringen om VoorZorg goed uit te voeren*

De verpleegkundigen geven verschillende redenen aan waardoor zij worden belemmerd in hun uitvoering van Voorzorg. Van de verpleegkundigen geeft 76.19 procent aan dat er factoren zijn waardoor zij “een beetje” belemmerd worden. Deze factoren zijn, het IQ van de moeder, als er sprake is van psychiatrie, motivatie van de moeder, crisissituaties en de organisatie. Dat laatste punt betreft het niet aansluiten van de bladen uit de handleiding op de situatie van de moeder.

#### *Rol en positie ten opzichte van andere hulpverlening*

De geïnterviewde verpleegkundigen geven allen aan dat zij geen coördinerende rol hebben in de hulpverlening die de moeders ontvangen. Zij organiseren soms wel multidisciplinaire overleggen om zo inzichtelijk te maken wie wat doet en wie er allemaal betrokken zijn. De verpleegkundigen benoemen dat het initiatief voor het contact met de andere hulpverlening vaak vanuit hen komt. In de enquête is aan de verpleegkundigen gevraagd of voor hen, voor de moeders en voor de andere hulpverlening duidelijk is wat de rol is van de VoorZorgverpleegkundigen, zie tabel 8.

Tabel 8. Resultaten enquête rol VoorZorgverpleegkundigen. Resultaten in percentage.

|  | <i>Soms</i> | <i>Meestal</i> | <i>Altijd</i> |
|--|-------------|----------------|---------------|
| Voor verpleegkundigen is het duidelijk wat rol is in hulpverlening | 3.85%       | 76.92%         | 19.23%        |
| Voor de moeder is rol van verpleegkundige duidelijk                | 23.08%      | 65.38%         | 11.54%        |
| Voor hulpverlening is rol van verpleegkundige duidelijke           | 53.85%      | 42.31%         | 3.85%         |

Opvallend is dat meer dan de helft van de verpleegkundigen aan geeft, dat het voor de andere hulpverlening soms niet duidelijk is wat de rol is van de VoorZorgverpleegkundigen. Uit de interviews blijkt dat dit verschillende problemen veroorzaakt: de hulpverlening betreft de VoorZorgverpleegkundige soms te weinig in grote beslissingen omtrent de moeder, bijvoorbeeld het uitzetten van de moeder uit de opvang. De hulpverlening overschat de VoorZorgverpleegkundigen soms juist door de verpleegkundigen te veel verantwoordelijkheid toe te eigenen in het hulpverleningsproces. Als argument wordt daarbij de frequentie dat de VoorZorgverpleegkundige in het gezin is gebruikt. De verpleegkundigen geven echter aan dit niet als belemmerend te ervaren, omdat voor hen duidelijk is wat andere hulpverlening van hen mag en kan verwachten.

#### *Ondersteuning VoorZorg verpleegkundigen*

Uit de interviews blijkt dat alle verpleegkundigen zich gesteund voelen door de eigen organisatie in de uitvoering van VoorZorg. Op een aantal locaties is het echter nog wel onduidelijk hoe lang en voor hoeveel uur VoorZorg ingekocht gaat worden. Dit brengt onzekerheid met zich mee. Bij twee organisaties is sprake van een onderbezetting volgens de verpleegkundigen. De vraag naar VoorZorg is te groot voor het aantal verpleegkundigen op de locaties.

Op alle locaties die betrokken zijn in de interviews, ontvangen de verpleegkundigen intervisie. De frequentie van deze intervisie verschilt per locatie van 10 keer per jaar tot eens in de twee weken. Op vier locaties ontvangen de verpleegkundigen supervisie, twee locaties hebben reeds een supervisie traject afgerond en op twee locaties wordt geen supervisie gegeven.

De geïnterviewde verpleegkundigen geven aan positief te zijn over de case conferences. Zij vinden deze voldoende ondersteunend voor hun werk als VoorZorg verpleegkundigen. De training tot VoorZorg verpleegkundigen is als positief en voldoende ondersteunend beoordeeld. Twee verpleegkundigen benoemen wel graag meer diepgang te willen in de peutertraining.

### Differentiation

Differentiation is gemeten aan de hand van de *interviews* en de *enquête*. Uit de *enquête* blijkt dat de handleidingen van de drie fasen ook worden toegepast in fasen waar het programma zich niet in bevindt. Dit heeft betrekking op de baby en de peuterfase. Uit de *interviews* blijkt dat deze twee fasen soepel in elkaar overlopen en dat het voor de moeder geen markeerpunt is. De verpleegkundigen benoemen dat een kind bijvoorbeeld in het eerste levensjaar al last kan hebben van driftbuien, terwijl dit in het programma pas behandeld wordt in de peuterfase. De twee fasen zijn gesplitst door middel van de handleidingen maar in de praktijk is dit een geheel.

Uit de interviews blijkt dat er onderdelen van andere programma's worden toegepast in het VoorZorgprogramma. De verpleegkundigen hebben materiaal verzameld wat zij gebruiken voor voorlichting aan de moeders, zoals folders en ander voorlichtingsmateriaal. Dit materiaal is echter niet in conflict met de visie en of onderwerpen van het VoorZorgprogramma.

### *Authenticiteit VoorZorg*

De verpleegkundigen noemen de duur van het programma, de frequentie van de huisbezoeken, de therapeutische relatie, de empowerment, rol van verpleegkundige en gedragsverandering als kernelementen van VoorZorg en als elementen die het VoorZorgprogramma uniek maken. Alle geïnterviewde verpleegkundigen benoemen dat zij naast de cliënt staan. Volgens de verpleegkundigen is andere hulpverlening vaak gericht op hetgeen wat niet goed gaat en op specifieke gedeelten van het leven van een moeder.

*“Twee en een half jaar ben je gewoon betrokken bij zo'n meisje. In een hele turbulente fase. En het is ook wel zo dat wij soms gewoon een ja een beetje een soort rotsje, een heel klein rotsje in de branding zijn (...)En toen vroeg ik ook aan haar maar heb je, is er nou nog iemand waar je het gevoel bij hebt dat die een beetje achter jou staat. Omdat iedereen had tegen haar gezegd ja ik geloof je niet. Ze zei nou ja eigenlijk ben jij de enige”.*

VoorZorg richt zich volgens de verpleegkundigen op vele aspecten van het leven van moeder en kind en is juist gericht op wat goed gaat. Alle geïnterviewde verpleegkundigen benoemen dat er sprake is van een

therapeutische relatie tussen hen en de moeders. VoorZorgmoeders zijn vaak niet in staat om een langdurige relatie te onderhouden, door middel van VoorZorg leren zij hoe zij dit kunnen doen en wat het hen oplevert. Hiernaast benoemen de verpleegkundigen dat de functie van verpleegkundigen waardevol en onderscheidend is. Zij richten zich op gezondheidsverbetering en gedragsverandering op zowel psychische als lichamelijke gezondheid van moeder en kind.

### Reporting

Aan de hand van bovenstaande resultaten is tabel 9 ingevuld. Deze tabel geeft weer hoe op *adherence* en *competence* is gescoord. De scoring is gebaseerd op de analyses van de interviews, enquête en de cliëntendossiers.

Tabel 9. Treatment Integrity VoorZorg.

| <i>Adherence</i>   |     | <i>Competence</i>              |   |
|--|-----|--------------------------------|---|
| Focus op risicomoeders                                     | +   | Flexibiliteit                  | + |
| Training tot VoorZorgverpleegkundige                       | +   | VoorZorgtraining               | + |
| Start in zwangerschap tot kind 2 jaar is                   | +   | Case conferences               | + |
| Frequentie huisbezoeken                                    | --  | Ondersteuning                  | + |
| Handleiding en domeinen vormen richtlijn voor huisbezoeken | +/- | Problemen die cliënt aandraagt | + |
| Sociale netwerk wordt actief betrokken                     | +   | Situatie stressniveau          | + |
| Intervisie   | +   | Client variabelen              | + |
| VoorZorg wordt niet gedwongen ingezet                      | ++  | Fase van interventie           | + |
| Gestructureerde gedragsverandering                         | +   |                                |   |
| Gezondheidsvoorlichting                                    | +   |                                |   |
| Ingaan op eigen vragen moeder                              | +   |                                |   |
| Versterken competenties en doeltreffendheid                | +   |                                |   |
| Realistische en haalbare doelen                            | +   |                                |   |
| Theorieën van VoorZorg                                     | +/- |                                |   |

Score -- = zeer lage integriteit, - = lage integriteit, +/- voldoende integriteit, + = hoge integriteit en ++ = zeer hoge integriteit.

Hieruit komt naar voren dat het aantal huisbezoeken niet voldoet aan de richtlijn. Het totaal aantal huisbezoeken dat is uitgevoerd in de drie fasen is significant lager dan de richtlijn. De kennis van de theorieën die de basis vormen van het VoorZorgprogramma (gehechtheidstheorie van Bolwby (1969), Self efficacy theorie van Bandura (1982) en het ecologisch model van Bronfenbrenner (1986) scoort voldoende omdat de verpleegkundigen zich de drie theorieën in de praktijk eigen hebben gemaakt. Handleiding en domeinen vormen richtlijnen voor huisbezoeken scoort ook een voldoende; de verpleegkundigen geven aan het gebruik van de handleiding aan te passen aan de moeder. Hiernaast vullen de verpleegkundigen de handleiding met eigen materiaal aan. Uit de interviews en de enquête komt naar voren dat de verpleegkundigen de belangrijke aspecten van VoorZorg uitvoeren, er is echter weinig zicht op de daadwerkelijk individuele uitvoering van de verpleegkundigen en heeft daarom extra aandacht.

### Differentiation

Uit de *literatuurstudie*, de *interviews*, het *dossieronderzoek* en de *enquête* blijkt dat VoorZorg een uniek programma is. VoorZorg omvat elementen die ook in andere programma's toegepast worden, zoals het werken met doelen. Het betreft voornamelijk de combinatie van de kernelementen van VoorZorg die het



programma tot een uniek programma maken, zoals de start en de duur van het programma en de frequentie van de huisbezoeken.

#### *Samenhang tussen adherence en cliëntkenmerken*

Er zijn drie multiple regressie analyses uitgevoerd om te bezien welk percentage variantie in het aantal huisbezoeken verklaard wordt door de risicofactoren van de moeders (zie tabel 10). In de analyses zijn 10 risicofactoren meegenomen: a) psychische problematiek b) traumatische ervaring c) geen partner d) geen eigen woonruimte e) verslaving f) geen startkwalificatie g) minderjarig h) allochtoon i) geen eigen inkomen j) geen steunend netwerk en de variabele cumulatie van eerder genoemde risicofactoren. In de analyses zijn alleen moeders meegenomen die de betreffende fase hebben afgerond. Uit de analyses komt naar voren dat in de zwangerschapsfase het aantal huisbezoeken voor 22 procent van de variantie wordt verklaard door de risicofactoren ( $F(10,120) = 3.32, p < .001$ ), terwijl geen van deze factoren op zichzelf voorspellend is.

Uit de analyse die is uitgevoerd voor de babyfase blijkt dat van het aantal huisbezoeken geen significante variantie verklaard wordt door het aantal risicofactoren. Er is wel een significantie positieve invloed gevonden van het risicofactor geen startkwalificatie ( $p < .05$ ). Wanneer een moeder geen potentiële startkwalificatie heeft worden meer huisbezoeken uitgevoerd in de babyfase.

In de peuterfase is de verklaarde variantie door de risicofactoren 34 procent ( $F(10,41) = 2.11, p < .05$ ). De risicofactoren minderjarig en geen eigen inkomen hebben een positieve significante invloed op het aantal huisbezoeken ( $p < .05$ ). Dit houdt in dat wanneer er sprake is van een minderjarige moeder of een moeder zonder eigen inkomen het aantal huisbezoeken stijgt. De cumulatie van risicofactoren heeft ook een positieve significante invloed op het aantal huisbezoeken ( $p < .05$ ). Hoe meer risicofactoren een moeder heeft hoe vaker de verpleegkundige op huisbezoek gaat.

Tabel 10. Regressie tussen aantal huisbezoeken en risicofactoren per fase.

|                          | <i>Zwangerschapsfase</i><br>( <i>n=131</i> ) |      | <i>Babyfase</i><br>( <i>n=77</i> ) |      | <i>Peuterfase</i><br>( <i>n=52</i> ) |       |
|--------------------------|--|------|------------------------------------|------|--------------------------------------|-------|
|                          | R <sup>2</sup>                               | B    | R <sup>2</sup>                     | B    | R <sup>2</sup>                       | β     |
| Minderjarig              |  | -.01 |                                    | .22  |                                      | .35*  |
| Allochtoon               |  | .07  |                                    | -.03 |                                      | -.18  |
| Geen eigen woonruimte    |  | -.18 |                                    | .05  |                                      | .25   |
| Geen eigen inkomen       |  | -.09 |                                    | .05  |                                      | .31*  |
| Geen startkwalificatie   |  | .10  |                                    | .25* |                                      | .16   |
| Verslaving               |  | .01  |                                    | .00  |                                      | -.11  |
| Psychische problematiek  |  | .09  |                                    | -.06 |                                      | .15   |
| Traumatische ervaring    |  | .15  |                                    | .03  |                                      | -.02  |
| Geen partner             |  | .22  |                                    | -.13 |                                      | -.13  |
| Geen steunend netwerk    |  | .20  |                                    | .12  |                                      | .06   |
| Cumulatie risicofactoren |  | .09  |                                    | .15  |                                      | .40** |
|                          | .22***                                       |      | .12                                |      | .34*                                 |       |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Uit bovenstaande analyse blijkt dat sommige cliëntkenmerken significant van invloed zijn op het aantal huisbezoeken dat wordt uitgevoerd. De verpleegkundigen geven aan dat de ernst van de problematiek van invloed is op het aantal huisbezoeken. Dit komt overeen met de resultaten uit tabel 10. De ernst van de

problematiek (cumulatie van risicofactoren) is significant van invloed op het aantal huisbezoeken in de peuterfase. De geïnterviewde verpleegkundigen noemen dat met name de motivatie van de cliënt van invloed is op het aantal huisbezoeken. Er is berekend hoeveel huisbezoeken er gemiddeld zijn uitgevoerd bij een moeder die later in het programma is gestopt wegens gebrek aan motivatie. Dit is berekend voor de zwangerschapsfase en de babyfase. De peuterfase is hierin niet meegenomen omdat deze moeders dan inmiddels gestopt zijn met het programma. De resultaten staan weergegeven in tabel 11.

Tabel 11. Aantal huisbezoeken moeders gebrek aan motivatie

|                     | <i>Zwangerschapsfase Gestopt (n=15)</i> |           | <i>Zwangerschapsfase gemiddeld (n=137)</i> |           | <i>Babyfase Gestopt (n=5)</i> |           | <i>Babyfase Gemiddeld (n= 81)</i> |           |
|---------------------|---|-----------|--|-----------|-------------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|
|                     | <i>M</i>                                | <i>SD</i> | <i>M</i>                                   | <i>SD</i> | <i>M</i>                      | <i>SD</i> | <i>M</i>                          | <i>SD</i> |
| Aantal huisbezoeken | 6,9                                     | 3,17      | 8,5  | 3,4       | 16,6                          | 12,97     | 19,4                              | 7,0       |

Hieruit komt naar voren dat er minder huisbezoeken uitgevoerd worden bij moeders die later in het programma stoppen vanwege gebrek aan motivatie. Dit komt overeen met wat de verpleegkundigen aangeven. De motivatie van de cliënt heeft invloed op het aantal huisbezoeken. Er is echter geen significant verschil gevonden. De verpleegkundigen noemen dat de aanwezigheid van andere hulpverlening ook van invloed is op de het aantal huisbezoeken. Tot slot noemen alle geïnterviewde verpleegkundigen dat zij de inhoud, frequentie en vormgeving van de huisbezoeken aanpassen aan de behoeften van de moeder.

## Discussie

In deze studie is onderzoek gedaan naar de Treatment Integrity van het VoorZorgprogramma met als doel het effectenonderzoek naar VoorZorg te ondersteunen. De vraag die in deze studie centraal staat is: *Hoe hangen de kenmerken van cliënten samen met de aspecten van Treatment Integrity (adherence, competence en differentiation) van VoorZorg?*

### *Treatment Integrity*

In het VoorZorgprogramma wordt de beoogde doelgroep bereikt. In deze studie heeft ongeveer 88,6 procent van de moeders vier of meer risicofactoren, terwijl dit in de RCT 98 procent is (Mejdoubi et al., 2011). In dit onderzoek is het aantal risofactoren gemeten aan de hand van dossieronderzoek, in de RCT zijn meerdere meetmethode gebruikt, wat dit verschil kan verklaren.

Het VoorZorgprogramma wordt met een eenduidige werkwijze uitgevoerd door de verpleegkundigen. Zij gebruiken de handleidingen als leidraad in hun werk. Zij volgen de handleiding en passen deze waar nodig aan de moeder aan. De mate van aanpassing en het precieze gebruik van de handleidingen verschilt per verpleegkundige. Van de richtlijn van het aantal huisbezoeken wordt echter sterk afgeweken. De frequentie van de huisbezoeken is significant lager dan de richtlijn. Uit het onderzoek van O'Brien (2005) blijkt ook een laag gemiddelde aan huisbezoeken. De gemiddelden kunnen niet met elkaar vergeleken worden omdat in het onderzoek van O'Brien (2005) ook niet afgeronde trajecten zijn meegenomen. Toch geven deze cijfers wel een indicatie dat ook het NFP programma in de praktijk niet voldoet aan de richtlijn, wat overeenkomt met de Nederlandse situatie. Mogelijke verklaringen voor de lage

frequentie van het aantal huisbezoeken zijn dat in de zwangerschapsfase het aantal huisbezoeken beïnvloed wordt door het aantal weken zwangerschap bij de moeder bij aanmelding. Uit dit onderzoek blijkt op basis van aantal weken zwangerschap bij aanmelding en bij de bevalling, dat er ongeveer 13 huisbezoeken uitgevoerd kunnen worden, terwijl de richtlijn 14 huisbezoeken voorschrijft. In de babyfase geven de verpleegkundigen aan, dat het gestelde aantal huisbezoeken niet overeenkomt met de Nederlandse situatie. In de weken direct voor en na de geboorte krijgt de moeder bezoek van jeugdverpleegkundigen van het consultatiebureau. Deze zorg is in Amerika niet georganiseerd waardoor de frequentie van de huisbezoeken na de geboorte omhoog gaat. Toch wordt in Amerika voor de babyfase ook niet voldaan aan de richtlijn. Mogelijk zijn er hier dus nog meerdere factoren op van invloed. In de peuterfase daalt de motivatie van de moeders. Dit komt vermoedelijk doordat het beter gaat met de moeders en omdat het programma dan al ongeveer 1.5 jaar duurt. Hiernaast hebben de moeders in deze fase een baan of gaan naar school, waardoor zij minder tijd hebben. Tot slot wonen een aantal moeders (11,6%) in de opvang of via begeleid wonen, wat kan inhouden dat verpleegkundigen bij deze moeders minder op huisbezoek gaan, omdat zij in een hulpverleningsomgeving wonen. Mogelijk zijn dit verklaringen voor de lagere frequentie van de huisbezoeken. De voorgeschreven frequentie van de huisbezoeken lijkt dus niet goed aan te sluiten op de praktijk. Hiernaast speelt wellicht ook de werkdruk een rol. Twee verpleegkundigen geven aan dat de toestroom van VoorZorgmoeders hoger is dan de capaciteit van de verpleegkundigen. Mogelijk dat deze verpleegkundigen uit tijdnood minder huisbezoeken uitvoeren.

De VoorZorgverpleegkundigen passen de theorieën die binnen het VoorZorgprogramma gehanteerd worden (gehechtheidstheorie, self efficacy en ecologisch model) toe in de praktijk. De kennis van de verpleegkundigen van het ecologisch model blijkt laag te zijn. Omdat de verpleegkundigen de theorie wel in de praktijk toepassen, is vermoedelijk de kennis van terminologie omtrent het ecologisch model van de verpleegkundigen laag, maar hebben zij de theorie zich wel eigen gemaakt.

De verpleegkundigen voelen zich competent genoeg en zijn competent om het VoorZorgprogramma uit te voeren. De verpleegkundigen weten waar ze prioriteit in het programma moeten leggen, zijn in staat zich aan te passen aan de behoeften van de moeder en kunnen flexibel met het programma omgaan. Hiernaast blijken de training, deskundigheidsbevordering en intervisie voldoende ondersteunend te zijn voor het werk als VoorZorgverpleegkundige. De training bestaat uit zowel directe als indirecte trainingsvormen wat de Treatment Integrity vergroot (Sterling-Turner et al., 2001; Perepletchikova et al., 2007).

Het VoorZorgprogramma is een goed geoperationaliseerd en beschreven waardoor het programma goed te onderscheiden en te volgen is aan de hand van de handleidingen en wat de Treatment Integrity vergroot (Perepletchikova et al., 2007). De combinatie van de kernelementen van VoorZorg maakt het programma tot een uniek programma, de specifieke start tijdens een hoge risicofase, de duur van het programma en de frequentie van de huisbezoeken zijn hier een voorbeeld van.

#### *Samenhang tussen cliënt kenmerken en adherence.*

Er is een significante samenhang tussen specifieke risicofactoren van de cliënten en het aantal huisbezoeken dat is uitgevoerd in de verschillende fasen. De risicofactoren verklaren in de zwangerschapsfase 22 procent,

in de babyfase 12 procent (niet significant) en in de peuterfase 34 procent van de variantie. Tevens blijkt dat de motivatie van de cliënt en de ernst van de problematiek van invloed te zijn op het aantal huisbezoeken. Dit blijkt uit de enquête, interviews en dossieronderzoek. Deze samenhang bevestigt de werkwijze van de verpleegkundigen: het aantal huisbezoeken, de uitvoering wordt aangepast op de kenmerken van de moeders. Dit komt overeen met de studie van Waltz en collega's (1993). Zij beschrijven dat cliëntfactoren van invloed zijn op de mate van Treatment Integrity. Durlak en DuPre (2008) benoemen hiernaast dat voor de effectiviteit van een programma het van belang is dat de uitvoering wordt aangepast op de ontvanger. De samenhang tussen cliëntfactoren en de uitvoering van de verpleegkundigen is hieruit te verklaren en heeft volgens Durlak en DuPre (2008) een positieve invloed op de effectiviteit van het programma. Tot slot blijkt er een significante samenhang te zijn tussen het al dan wel of niet voortijdig stoppen met het programma en het aantal risicofactoren. Het aantal risicofactoren heeft een positieve voorspellende waarde op het afmaken van het programma. De hoog risicogroep binnen de VoorZorgdoelgroep maakt het programma af.

#### *Adherence versus adaptatie*

Uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van voldoende mate van Treatment Integrity. Uit het onderzoek van het Trimbos Instituut (2006) blijkt een soortgelijke conclusie: de verpleegkundigen voeren het programma uit zoals bedoeld en passen het flexibel toe om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de moeders. Deze studie ondersteunt de betrouwbaarheid van de effecten die gevonden zijn van het VoorZorgprogramma in de RCT. De effecten zijn hierdoor meer toe te schrijven aan het programma nu bekend is dat het programma, programma integer wordt uitgevoerd (Sanetti et al., 2009; Bellg, Borelli, Resnick, Hecht, Sharp Minicucci, Ory et al., 2004; Schulte, Easton & Parker, 2009; Perepletchikova et al., 2007; Gresham et al., 2000). De verpleegkundigen passen de uitvoering van het VoorZorgprogramma aan op de behoefte van de moeders, maar houden zich daarin wel aan de kernelementen van het VoorZorgprogramma. Durlak en DuPre (2008) beschrijven in hun onderzoek dat het van belang is dat er een balans wordt gevonden tussen adherence en adaptatie. De verpleegkundigen passen hun werkwijze aan, zodat de moeder gemotiveerd blijft voor het programma en zodat de moeder zelf aan de slag kan met de voor haar belangrijke onderwerpen. De self efficacy theorie staat voor het versterken van het eigen vermogen van de cliënt en de cliënt is leidend in haar eigen hulpverleningsproces (Bandura, 1982). Deze theorie pleit meer voor adaptatie dan voor adherence, omdat adaptatie eraan bijdraagt, dat de moeder intrinsiek gemotiveerd wordt om tot gedragsverandering te komen. Barnes et al. (2009) dat flexibiliteit van de professional noodzakelijk is voor het opbouwen van therapeutische relatie, dat een belangrijk component is van het programma. De balans tussen adaptatie en adherence is daarom een ingewikkelde balans die per moeder anders ligt. Olds et al. (2003) geven aan dat, de handleidingen structuur en kwaliteit bieden en dat de verpleegkundigen vrij zijn om hier indien nodig van af te wijken. Er wordt echter niet benoemd in welke mate de verpleegkundigen hiervan af mogen wijken. Hierdoor is het onduidelijk wanneer er sprake is van adherence en wanneer niet meer.

## *Evaluating*

De onderzoeksmethode is samengesteld aan de hand van wetenschappelijke literatuur. Er is gebruik gemaakt van een model van Pereplechikova en collega's (2007). Hiernaast zijn constructen toegevoegd aan dit model. Er is in deze studie gebruik gemaakt van meerdere methoden. Verschillende onderzoekers geven aan dat Treatment Integrity het best gemeten kan worden door middel van multiple methods (Bellg et al., 2004; Gresham et al., 2000; Pereplechikova et al., 2007, 2009; Waltz et al., 1993). Deze studie heeft met een stevig theoretisch construct de Treatment Integrity van het VoorZorgprogramma gemeten.

Er zijn echter wel een aantal beperkingen in dit onderzoek. Er hebben geen observaties plaatsgevonden waardoor moeilijk aan te tonen is of hetgeen wat de verpleegkundigen aangeven te doen, ook daadwerkelijk doen. Dit is geprobeerd te ondervangen door zowel gebruik te maken van een enquête, als interviews, als dossieronderzoek. Alle drie de databronnen zijn echter een vorm van self reports. De cliëntendossiers zijn door de verpleegkundige zelf ingevuld, de registratie komt niet 100 procent overeen met de werkelijkheid omdat onder andere niet alle dossiers volledig geregistreerd zijn. Er zijn 207 dossiers betrokken waarmee is getracht de validiteit en betrouwbaarheid te vergroten. Deze studie beschrijft de Treatment Integrity van het VoorZorgprogramma. Om daadwerkelijk vast te stellen wat de Treatment Integrity is, dient er een grootschaliger onderzoek uitgevoerd te worden, waarin ook dient te worden onderzocht in welke mate de verpleegkundigen kunnen afwijken van de richtlijnen om te kunnen spreken van adherence. Tot slot wordt aanbevolen om te onderzoeken of de voorgeschreven frequentie van de huisbezoeken kan worden teruggebracht zodat deze wellicht beter aansluit op de praktijk.

## **Conclusie**

Concluderend op de hoofdvraag van deze studie: *Hoe hangen de kenmerken van cliënten samen met de aspecten van de programma integriteit (adherence, competence en differentiation) van VoorZorg?* kan worden gesteld dat er sprake is van Treatment Integrity binnen het VoorZorgprogramma. De kernelementen van VoorZorg, op de frequentie van de huisbezoeken na, worden uitgevoerd zoals bedoeld. Hiernaast zijn de verpleegkundigen competent om het VoorZorgprogramma uit te voeren en zijn ze in staat om de inzet van hun kwaliteiten aan te passen aan de behoeften van de moeders. Er is sprake van een samenhang tussen de cliëntkenmerken en het aantal uitgevoerde huisbezoeken. In de zwangerschapsfase en in de peuterfase wordt een deel van de variantie significant verklaard door de risicofactoren bij de vrouwen. Er is meer onderzoek nodig om de Treatment Integrity van het VoorZorgprogramma definitief vast te stellen. Hiernaast is meer onderzoek nodig om het programma beter aan te laten sluiten op de praktijk.

Deze studie toont aan dat er sprake is van Treatment Integrity: het programma wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Hierdoor zijn de gevonden effecten binnen de RCT toe te schrijven aan het programma.

## Referentielijst

- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 122-147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122
- Barnes, J., Ball, M., Meadows, P., & Belsky, J. (2009). Nurse-Family Partnership Programme. Second

- Year Pilot Sites Implementation in England: The Infancy Period. Institute for the Study of Children, Families and Social Issues. Birkbeck: University of London
- Bellg, A.J., Borelli, B., Resnick, B., Hecht, J., Sharp Minicucci, D., Ory, M., et al. (2004). Enhancing Treatment Fidelity in Health Behavior Change Studies: Best practices and recommendations from the NIH behavior change consortium. *Health Psychology, 23*, 443-451. doi: 10.1037/0278-6133.23.5.443
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology, 22*, 723-742. doi: 10.1037/0012-1649.22.6.723
- Coalition for Evidence-Based Policy, (2012). Top Tier Evidence Initiative: Evidence Summary for the Nurse-Family Partnership. Verkregen op: <http://toptierevidence.org/wordpress/wp-content/uploads/NFP-updated-summary-for-release-March-2012.pdf>
- Dane, A.V. & Scheider, B.H. (1998). Program Integrity in Primary and Early Secondary Prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review, 18*, 23-45. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00043-3
- Durlak, J.A. & DuPre, E.P., (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D.W., Henderson, C.R., Cole, R., Kitzman, H., et al. (2010). Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths. 19-Year Follow-up of a Randomized Trail. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164*(1), 9-15. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.240
- Graaf de, I. & Riper, H. (2006). Zorg voor moeder en kind. Programma VoorZorg: huisbezoeken door een verpleegkundige tijdens de zwangerschap en eerste twee levensjaren van het kind. Trimbos-instituut.
- Greenwood, C.R. (2009). Treatment Integrity: Revisiting Some Big Ideas. *School Psychology Review, 38*, 547-553. Verkregen op <http://web.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Gresham, F.M. (2009). Evolution of the Treatment Integrity Concept: Current Status and Future Directions. *School Psychology, 38*, 533-540. Verkregen op <http://web.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Gresham, F.M., MacMillan, D.L., Beebe-Frankenberger, M.E., & Bocian, K.M. (2000). Treatment Integrity in Learning Disabilities Intervention Research: Do We Really Know How Treatments Are Implemented? *Learning Disabilities Research & Practice, 15*, 198-205. doi: 10.1207/SLDRP1504\_4
- McKenna, S.A., Rosenfield, S., & Gravois, T.A. (2009). Measuring the Behavioral Indicators of Instructional Consultation: A Preliminary Validity Study. *School Psychology Review, 38*, 496-509. Verkregen op <http://web.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- McLeod, B.D., Southam-Gerow, M.A., & Weisz, J.R. (2009). Conceptual and Methodological

- Issues in Treatment Integrity Measurement. *School Psychology Review*, 38, 541-546. Verkregen op <http://web.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Mejdoubi, J., Heijkant, van den S., Struijff, E., Leerdam, van F., HiraSing, R., & Crijne, A. (2011). Addressing Risk Factors for Child Abuse Among High Risk Pregnant Women: design of a randomised controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. *BMC public health*, 11. doi: 10.1186/1471-2458-11-823.
- Nederlands Jeugdinstituut, (2012). Concept monitoringsgegevens van het VoorZorgprogramma 2011. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- O'Brien, R.A. (2005). Translating a Research Intervention into Community Practice: The Nurse Family Partnership. *The Journal of Primary Prevention*, 26(3). doi: 10.1007/s10935-005-3599-z.
- Olds, D.L., (2002). Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses: From Randomized Trials to Community Replication. *Prevention Science*, 3(3), 153-172. doi: 1389-4986/02/0900-0153/1
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson C.R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect. Fifteen-year Follow-up of a Randomized Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 287(8), 637-643. doi: 10.1001/jama.1997.03550080047038
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1986). Improving the Delivery of Prenatal Care and Outcomes of Pregnancy: a randomized trail of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77, 16-28. Verkregen op <http://web.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Olds, D.L., Hill, P.L., O'Brien, R.A., Racine, D., & Moritz, P. (2003). Taking preventive Intervention to Scale: The Nurse-Family Partnership. *Cognitive and Behavioural Practice*, 10, 278-290. doi: 10.1016/S1077-7229(03)80046-9
- Olds, D.L., Hill, P.L., Mihalic, S.F., & O'Brien, R.A. (2001). *Blueprints for Violence Prevention. Nurse Family Partnership*. Colorado: Institute of Behavioural Science, Regents of the University of Colorado.
- Olds, D.L., Robinson, J., O'Brien, R.A., Luckey, D.W., Pettitt, L.M., Henderson, C.R., et al. (2002). Home Visiting by Paraprofessionals and by Nurses: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*, 110(3), 486-496. doi: 10.1542/peds.110.3.486
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.829
- Perepletchikova, F., Hilt, L.M., Chereji, E., & Kazdin, E. (2009). Barriers to Implementing Treatment Integrity Procedures: Survey of Treatment Outcome Researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 212-218. doi: 10.1037/a0015232
- Peterson, L., Homer, A.L., & Wonderlich, S.A. (1982). The Integrity of Independent Variables in Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 477-492. doi: 10.1901/jaba.1982.15-477
- Prinsen, B., & Oudhof, M. (2007). Zorgen voor VoorZorg. Evaluatieonderzoek van de uitvoering van

- VoorZorg door JGZ-verpleegkundigen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Sanetti, L.M., Gritter, K.L., & Dobey, L.M. (2011). Treatment Integrity of Interventions With Children in the School Psychology Literature from 1995 to 2008. *School psychology Review*, 40, 72-84. Verkregen op <http://web.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Sanetti, L.M., & Kratochwill, T.R. (2009). Introduction to the special series: Toward developing a science of Treatment Integrity: implications for research, practice, and policy. *School Psychology Review*, 38, 445-459. Verkregen op <http://web.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Sheridan, S., Swanger-Gagné, M., Welch, G.W., Kwon, K., & Garbacz, S.A. (2009). Fidelity Measurement in Consultation: Psychometric Issues and Preliminary Examination. *School Psychology Review*, 38, 476-495. Verkregen op <http://web.ebscohost.com.proxy.library.uu.nl>
- Sterling-Turner H.E., & Watson, T.S. (2002). An Analog Investigation of the Relationship Between Treatment Acceptability and Treatment Integrity. *Journal of Behavioural Education*, 11, 39-50. doi: 10.1023/A:1014333305011
- Sterling-Turner, H.E., Watson, T.S., Wildmon, M., Watkins, C., & Little, E. (2001). Investigating the Relationship between Training Type and Treatment Integrity. *School Psychology Quarterly*, 16, 56-67. doi: 10.1521/scpq.16.1.56.19157
- Voorzorg (2007). Selectie en selectiecriteria voor deelname aan VoorZorg. Versie april 2007. Verkregen op 4 juni 2012 op [www.voorzorg.info](http://www.voorzorg.info)
- VoorZorg (2012). Factsheet VoorZorg, maart 2012. Verpleegkundige ondersteuning bij zwangerschap, opvoeding en opgroeien. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Waltz, J., Addis, M.E., Koerner, K., & Jacobson, N.S. (1993). Testing the Integrity of a Psychotherapy Protocol: Assessment of Adherence and Competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 62-630. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.620
- World Health Organization (2004). *A Summary Report: Prevention of Mental Disorders- Effective Interventions and Policy Options*. Geneva: World Health Organization .



Enquête

Onderzoek VoorZorg

Algemene gegevens

Wat is uw leeftijd?

20 - 25 jaar

Hoeveel jaar ervaring heeft u als jeugdverpleegkundige?

- < 1 jaar
- 1 - 5 jaar
- 5 - 10 jaar
- > 10 jaar

Hoeveel jaar werkt u als VoorZorgverpleegkundige?

- < 1 jaar
- 1 - 5 jaar
- 5 - 10 jaar

Binnen welke instelling bent u werkzaam?

Binnen welke gemeente(n) voert u VoorZorg uit?

Handleiding

Deze categorie omvat vragen die betrekking hebben op het toepassen van de handleidingen.

Hieronder volgt een stelling. Vink aan wat bij u het meest van toepassing is.

De handleiding vind ik leidend in mijn werk:

- Helemaal niet
- Niet
- Een beetje
- Wel
- Heel erg

Vul in wat het meest bij u van toepassing is.

In welke mate maakt u gebruik van de handleiding in de:

Zwangerschapsfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Vaak
- Altijd

Babyfase?

- Helemaal niet

- Peuterfase?
- Niet
  - Soms niet / soms wel
  - Vaak
  - Altijd
- Peuterfase?
- Helemaal niet
  - Niet
  - Soms niet / soms wel
  - Vaak
  - Altijd

Ruimte voor eventuele toelichting

Maakt u gebruik van de vooraf ingedeelde huisbezoeken van de handleiding in de:  
Zwangerschapsfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Vaak
- Altijd

Babyfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Vaak
- Altijd

Peuterfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Vaak
- Altijd

Ruimte voor eventuele toelichting

Maakt u gebruik van de voorlichtingsbladen in de:  
Zwangerschapsfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Vaak
- Altijd

Babyfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Vaak
- Altijd

Peuterfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Vaak

Altijd

Ruimte voor eventuele toelichting

Maakt u gebruik van de invul- en bespreekbladen in de:

Zwangerschapsfase?

- Helemaal niet  
 Niet  
 Soms niet / soms wel  
 Vaak  
 Altijd

Babyfase?

- Helemaal niet  
 Niet  
 Soms niet / soms wel  
 Vaak  
 Altijd

Peuterfase?

- Helemaal niet  
 Niet  
 Soms niet / soms wel  
 Vaak  
 Altijd

Ruimte voor eventuele toelichting

Wat is uw mening over de volgende onderdelen in de handleiding:

Het onderdeel slim aanpakken vind ik:

- Niet ondersteunend  
 Een beetje ondersteunend  
 Ondersteunend  
 Zeer ondersteunend  
 Noodzakelijk in mijn werk

Het onderdeel mama's memo vind ik:

- Niet ondersteunend  
 Een beetje ondersteunend  
 Ondersteunend  
 Zeer ondersteunend  
 Noodzakelijk in mijn werk

Het onderdeel papatijd vind ik:

- Niet ondersteunend  
 Een beetje ondersteunend  
 Ondersteunend  
 Zeer ondersteunend  
 Noodzakelijk in mijn werk

Het onderdeel "Hallo ik ben ... oud!" vind ik:

- Niet ondersteunend  
 Een beetje ondersteunend  
 Ondersteunend  
 Zeer ondersteunend  
 Noodzakelijk in mijn werk

Is uw mening over de vier genoemde onderdelen verschillend per fase?

Zo ja, licht dit kort toe.

Maakt u gebruik van de volgende onderdelen?

Het onderdeel slim aanpakken gebruik ik:

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Het onderdeel mama's memo gebruik ik:

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Het onderdeel papatijd gebruik ik:

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Het onderdeel "Hallo ik ben ... oud!" gebruik ik:

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Verschilt de mate van gebruik van de vier genoemde onderdelen per fase? Zo ja, licht uw antwoord kort toe.

Zijn er invulbladen, voorlichtingsbladen en of andere onderdelen in de handleiding, die u regelmatig gebruikt in uw werk en die niet genoemd zijn in bovenstaande vragen? Zo ja, licht uw antwoord kort toe.

Zijn er invulbladen, voorlichtingsbladen en of andere onderdelen in de handleiding, die u nauwelijks tot niet gebruikt in uw werk en die niet genoemd zijn in bovenstaande vragen? Zo ja, licht uw antwoord kort toe.

#### Richtlijnen

Deze categorie omvat vragen die betrekking hebben op richtlijnen die er zijn voor het uitvoeren van VoorZorg. Hierbij is het van belang dat u zo goed als mogelijk invult wat bij u in de dagelijkse praktijk aan de orde is.

Bent u bekend met het aantal voorgeschreven huisbezoeken per fase?

- Ja
- Nee

Vul in wat het meest op u van toepassing is.

Volgt u het aantal voorgeschreven huisbezoeken in de zwangerschapsfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Volgt u het aantal voorgeschreven huisbezoeken in de babyfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Volgt u het aantal voorgeschreven huisbezoeken in de peuterfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Ruimte voor eventuele toelichting


Wat zijn voor u redenen om van dit aantal af te wijken (meerdere antwoorden mogelijk)?

- Niet van toepassing
- Ernst van aanwezige problemen
- Kenmerken van de cliënt zelf (b.v. IQ, woonsituatie, etniciteit, leeftijd)
- Anders, namelijk:

Ruimte voor eventuele toelichting

Bent u bekend met de zes domeinen van VoorZorg?

- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht
- Zeer slecht

Zijn er domeinen die u over het algemeen meer aandacht geeft in uw werk ten opzichte van andere domeinen? 

- Nee
- Ja, namelijk domein(en)

Zijn er domeinen die meer aandacht krijgen in de zwangerschapsfase?

- Nee
- Ja, namelijk domein(en)

Zijn er domeinen die meer aandacht krijgen in de babyfase?

- Nee
- Ja, namelijk domein(en)

Zijn er domeinen die meer aandacht krijgen in de peuterfase?

- Nee
- Ja, namelijk domein(en)

Ruimte voor eventuele toelichting

Bent u bekend met de toelatingscriteria voor de moeders?

- Zeer slecht
- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed

Maakt u bij twijfel of de moeder voldoet aan de toelatingscriteria gebruik van de expertisegroep?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Ruimte voor eventuele toelichting

### Theorie

Deze categorie omvat vragen over de drie theorieën die het theoretisch kader vormen van VoorZorg.

Bent u bekend met de gehechtheidstheorie?

- Zeer slecht
- Slecht
- Matig
- Goed
- Zeer goed

Heeft het onderwerp hechting een rol in uw werk als VoorZorg verpleegkundige?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Laat u het onderwerp hechting terug komen in uw werk als VoorZorg verpleegkundige in de:  
Zwangerschapsfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Babyfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Peuterfase?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Ruimte voor eventuele toelichting

Maakt u gebruik van video home training?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Bent u bekend met het ecologisch model (van Bronfenbrenner)?

- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht
- Zeer slecht

Betrekt u het sociale netwerk van de moeder in uw werk als VoorZorg verpleegkundige?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Maakt u gebruik van sociale media (hyves, facebook, etc.) en sms'en in uw werk als VoorZorg verpleegkundige ?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Stimuleert u de moeder in het versterken van haar eigen sociale netwerk?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Heeft de komst van sociale media de invulling van uw werk veranderd?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Heeft u behoefte aan extra ondersteuning / richtlijnen met betrekking tot het gebruik van sociale media?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Heel erg

Zo ja, licht uw antwoord kort toe

Bent u bekend met de self-efficacy methode?

- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht
- Zeer slecht


Empowert u de moeders in uw werk als VoorZorg verpleegkundige?

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Maakt u gebruik van motiverende gespreksvoering

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Vaak
- Altijd

#### Stellingen

Er vindt een duidelijke overgang plaats tussen de drie verschillende fases. 


- Helemaal niet
- Niet
- Soms wel / soms niet
- Meestal
- Altijd

De babyfase en de peuterfase overlappen elkaar een periode.

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Ik maak gebruik van alledrie de handleidingen.

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Ik gebruik soms onderdelen uit een handleiding van een andere fase dan de fase waarin het programma zit. 

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal
- Altijd

Ik voel me competent genoeg om VoorZorg uit te voeren.

- Helemaal niet
- Niet
- Soms niet / soms wel
- Meestal



|   |  |
|---|--|
| Ruimte voor eventuele toelichting.  | <input type="radio"/> Altijd<br><input type="text"/>   |
| Het is voor mij duidelijk wat mijn rol is in de hulpverlening aan een moeder.                     | <input type="radio"/> Helemaal niet<br><input type="radio"/> Niet<br><input type="radio"/> Soms niet / soms wel<br><input type="radio"/> Meestal<br><input type="radio"/> Altijd |
| Ruimte voor eventuele toelichting.  | <input type="text"/>   |
| Voor de moeder is het duidelijk wat mijn rol als VoorZorg verpleegkundige in de hulpverlening is. | <input type="radio"/> Helemaal niet<br><input type="radio"/> Niet<br><input type="radio"/> Soms niet / soms wel<br><input type="radio"/> Meestal<br><input type="radio"/> Altijd |
| Ruimte voor eventuele toelichting.  | <input type="text"/>   |
| Voor andere hulpverleners is het duidelijk wat mijn rol als VoorZorg verpleegkundige is.          | <input type="radio"/> Helemaal niet<br><input type="radio"/> Niet<br><input type="radio"/> Soms niet / soms wel<br><input type="radio"/> Meestal<br><input type="radio"/> Altijd |
| Ruimte voor eventuele toelichting.  | <input type="text"/>   |

### Uitvoering

Deze categorie omvat vragen over factoren die van invloed zijn op de uitvoering van VoorZorg.

Ik welke mate spelen de volgende factoren een rol in uw beslissingen omtrent de uitvoering van VoorZorg?

|  |  |
|--|--|
| Ernst van het probleem van de moeder:                      | <input type="radio"/> Helemaal niet<br><input type="radio"/> Niet<br><input type="radio"/> Een beetje<br><input type="radio"/> Veel<br><input type="radio"/> Heel veel |
| Clientkenmerken (bijvoorbeeld IQ, woonsituatie, leeftijd): | <input type="radio"/> Helemaal niet<br><input type="radio"/> Niet<br><input type="radio"/> Een beetje<br><input type="radio"/> Veel<br><input type="radio"/> Heel veel |
| Richtlijnen uit de handleiding                             | <input type="radio"/> Helemaal niet<br><input type="radio"/> Niet<br><input type="radio"/> Een beetje<br><input type="radio"/> Veel                                    |

Inschatten eigen kunnen (van uzelf):

- Heel veel
- Helemaal niet
- Niet
- Een beetje
- Veel
- Heel veel

Zijn er nog meer factoren van invloed op het maken van uw beslissingen? Zo ja, licht uw antwoord kort toe.

Zijn de kenmerken van de cliënt (b.v. IQ, woonsituatie, etniciteit, leeftijd) van invloed op de mate van volgen van de handleiding?

- Helemaal niet
- Niet
- Een beetje
- Veel
- Heel veel


Zijn de problemen, vragen van de moeder van invloed op de mate van volgen van de handleiding?

- Helemaal niet
- Niet
- Een beetje
- Veel
- Heel veel

Zijn er factoren waardoor u belemmerd wordt VoorZorg optimaal uit te voeren?

- Helemaal niet
- Niet
- Een beetje
- Veel
- Heel veel

Zo ja, welke belemmeringen zijn dit?

Zou u extra ondersteuning kunnen gebruiken in het uitvoeren van VoorZorg? 

- Helemaal niet
- Niet
- Een beetje
- Veel
- Heel veel

Zo ja, licht uw antwoord kort toe.

Zijn er onderwerpen in de VoorZorg training en of landelijke ondersteuning waarvan u vindt dat deze (meer) aan bod mogen komen? Zo ja, licht uw antwoord kort toe.

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.

Met vriendelijke groet,  
Willeke Daamen

## Bijlage 2

### Topiclijst interview VoorZorgverpleegkundigen

Welkom, Uitleg onderzoek, globaal overzicht interview

- Hoe staat u tegenover het VoorZorgprogramma?
  - Wat zijn voor jouzelf als professional positieve aspecten van VoorZorg?
  - Wat zijn voor jouzelf als professional negatieve / moeilijke aspecten van VoorZorg?

#### Aanmelding

- Hoe wordt een VoorZorgmoeder aangemeld?
  - Hoe wordt er gehandeld bij twijfel of moeder thuis hoort in het VoorZorgprogramma?
- Wanneer is jouw eerste contact met de VoorZorgmoeder?
  - Welke onderwerpen worden besproken in een intake?
  - Worden bij de intake eventuele partners / familieleden / vrienden betrokken?
    - Waarom wel / waarom niet?
    - Zo ja, hoe pak je dat aan?

#### Zwangerschapsfase

- Wat zijn voor jou de belangrijkste elementen in de zwangerschapsfase?
  - Hoe komen deze elementen tot uiting in je werk?
- Wat zijn voor jou de belangrijkste domeinen in de zwangerschapsfase?
  - Waarom?
  - Komen deze domeinen ook meer aan bod vergeleken de andere domeinen in de zwangerschapsfase?
- Wat vind je van de zwangerschapshandleiding?
  - Wat is positief?
  - Wat kan beter?
- Hoe pas je de handleiding toe in de praktijk?
  - Welke rol hebben de invul en bespreekbladen in de begeleiding?
  - Waar loop je hierin tegenaan
- Hoe belangrijk vind je het om het sociale netwerk te betrekken tijdens de zwangerschapsfase?
  - Hoe pak je dit aan?
  - Welke belemmeringen kom je hierin tegen?
- Wat zijn voor jou belangrijke redenen / omstandigheden om af te wijken van de richtlijnen in de zwangerschapsfase?
  - Kun je hier een voorbeeld van geven?
  - Komt dit vaak voor?
  - Vind je dat de richtlijnen voldoende aansluiten op de praktijk?
- Wat zijn voor jou belangrijke veranderingen die je ziet bij de moeders in deze fase?
  - Hoe uit zich dit?
- Wat wil je graag zien veranderen in de zwangerschapsfase?

#### Babyfase

- Wat zijn voor jou de belangrijkste elementen in de babyfase?
  - Hoe komen deze elementen tot uiting in je werk?
- Wat zijn voor jou de belangrijkste domeinen in de babyfase?
  - Waarom?
  - Komen deze domeinen ook meer aan bod vergeleken de andere domeinen in de babyfase?
- Wat vind je van de babyhandleiding?
  - Wat is positief?
  - Wat kan beter?
- Hoe pas je de handleiding toe in de praktijk?
  - Welke rol hebben de invul en bespreekbladen in de begeleiding?

- Waar loop je hierin tegen aan?
- Hoe belangrijk vind je het om het sociale netwerk te betrekken tijdens de babyfase?
  - Hoe pak je dit aan?
  - Welke belemmeringen kom je hierin tegen?
- Wat zijn voor jou belangrijke redenen / omstandigheden om af te wijken van de richtlijnen in de babyfase?
  - Kun je hier een voorbeeld van geven?
  - Komt dit vaak voor?
  - Vind je dat de richtlijnen voldoende aansluiten op de praktijk?
- Wat zijn voor jou belangrijke veranderingen die je ziet bij de moeders in deze fase?
  - Hoe uit zich dit?
- Wat wil je graag zien veranderen in de babyfase?

#### Peuterfase

- Wat zijn voor jou de belangrijkste elementen in de peuterfase?
  - Hoe komen deze elementen tot uiting in je werk?
- Wat zijn voor jou de belangrijkste domeinen in de peuterfase?
  - Waarom?
  - Komen deze domeinen ook meer aan bod vergeleken de andere domeinen in de peuterfase?
- Wat vind je van de peuterhandleiding?
  - Wat is positief?
  - Wat kan beter?
- Hoe pas je de handleiding toe in de praktijk?
  - Welke rol hebben de invul en bespreekbladen in de begeleiding?
  - Waar loop je hierin tegenaan
- Hoe belangrijk vind je het om het sociale netwerk te betrekken tijdens de peuterfase?
  - Hoe pak je dit aan?
  - Welke belemmeringen kom je hierin tegen?
- Wat zijn voor jou belangrijke redenen / omstandigheden om af te wijken van de richtlijnen in de peuterfase?
  - Kun je hier een voorbeeld van geven?
  - Komt dit vaak voor?
  - Vind je dat de richtlijnen voldoende aansluiten op de praktijk?
- Wat zijn voor jou belangrijke veranderingen die je ziet bij de moeders in deze fase?
  - Hoe uit zich dit?
- Wat wil je graag zien veranderen in de peuterfase?

#### Uitvoering in het geheel

- Wat vind je de grootste verschillen tussen de verschillende fasen?
- Wat zijn de overeenkomsten tussen de fasen?
- Vind je het belangrijk dat er een duidelijk overgang plaatsvindt tussen de fase?
  - Hoe verloopt dit in het algemeen?
- Vind je het belangrijk om het gebruik van social media te betrekken in de begeleiding?
  - Waarom wel / waarom niet?
  - Zo ja, hoe pak je dit aan?
  - Zou je hier extra ondersteuning in kunnen gebruiken?
- Hoe belangrijk vind je het om een therapeutische relatie op te bouwen?
  - Hoe pak je dit aan?
  - Welke belemmeringen kom je hierin tegen?

#### Programma

- Wat zijn voor jou aspecten die VoorZorg onderscheidend maakt?
  - Zijn dit aspecten die ook meer prioriteit krijgen in de uitvoering?
- Welke rol heeft hechting in je begeleiding?
  - Hoe pas je dit toe in de praktijk?

- Welke rol heeft self-efficacy in je begeleiding?
  - Hoe pas je dit toe in de praktijk?
- Bent je bekend met het ecologisch model van Bronfenbrenner? Welke rol heeft dit in je begeleiding?
  - Hoe pas je dit toe?
- Hoe zien de huisbezoeken er in het algemeen uit?
  - Is er een verschil tussen de fasen?
- Zijn er nog meer veranderingen die je ziet bij de moeders, dan degene die je tot nu toe genoemd hebt?
- Wat vind je de belangrijkste vaardigheden die je de moeders wilt leren in het programma?
  - Lukt dit over het algemeen ook?
  - Waarom wel / niet?

#### Competentie

- Voel je je competent genoeg om VoorZorg uit te voeren?
  - Kun je voorbeelden noemen waarin je je competent / zeker voelde in de begeleiding?
  - Kun je een voorbeeld noemen waarin je je onzeker voelde over je eigen competenties?
- Waar ligt volgens jou de prioriteit in uw werk als VoorZorgverpleegkundige?
  - Welke afwegingen maakt u hierin? (aanpassen cliënten versus richtlijnen programma)
  - Zijn er aspecten in het programma waar je hoe dan ook niet van afwijkt?

#### Organisatie

- Hoe staat jouw organisatie tegenover het VoorZorgprogramma?
  - Wat vind je daarvan?
- Hoe word je door uw organisatie ondersteund in de uitvoering van VoorZorg?
  - Wat vind je van deze ondersteuning?
- Ontvang je een vorm van intervisie?
  - Zo nee, heb je hier wel behoefte aan?
  - Zo ja, hoe vaak vindt de intervisie plaats?
    - Zou je de frequentie graag anders zien?
- Wat is volgens jou je rol als VoorZorgverpleegkundige ten opzichte van de andere hulpverlening?
  - Lukt het om deze rol te bewaken?
- Zijn er factoren waardoor je wordt belemmerd in de uitvoering als VoorZorgverpleegkundige?
  - Zo ja, welke factoren zijn dit? (denk ook aan beleid eigen organisatie)
- Waarin zou je extra ondersteuning kunnen gebruiken?

#### Training

- Wat vind je van de training tot VoorZorgverpleegkundige?
  - Wat heb je geleerd?
  - Wat heb je mogelijk in de training gemist?
  - Vind je dat je door de training voldoende bent voorbereid op het werk?
- Wat vindt je van de case conferences?
  - Vind je deze voldoende ondersteunend voor je werk als VoorZorgverpleegkundige?
    - Waarom wel / waarom niet?
- Zijn er nog dingen die je graag wilt toevoegen?

#### Tot slot algemene gegevens

- Hoe oud ben je?
- Hoeveel jaar ervaring heb je als jeugdverpleegkundige?
- Hoeveel jaar ervaring heb je als VoorZorgverpleegkundige?
- Hoeveel uur per week werk je als VoorZorgverpleegkundige?