



Determinanten voor het gebruik van de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Determinants for the use of the KNMG reporting code domestic violence and child abuse

Daisy Blömer

Studentnummer: 1131672

Begeleiders: dhr. M.E. Pieterse

mevr. A.A.J. Konijnendijk

28-6-2013

Samenvatting

In het najaar van 2008 kondigden staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de ministers Hirsch Ballin van Justitie en Rouvoet van Jeugd en Gezin een wetsvoorstel aan waarin aan organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren een plicht wordt opgelegd om een Meldcode te hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport, 2012). Deze Meldcode wordt vanaf 1 juli 2013 verplicht om te gaan gebruiken bij het signaleren van huiselijk geweld en kindermishandeling (Rijksoverheid, z.j.). De Meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling beschrijft in vijf stappen wat een beroepsbeoefenaar moet doen bij een vermoeden van geweld. Een organisatie of zelfstandige beroepsbeoefenaar maakt de Meldcode specifiek voor de eigen praktijk (Ministerie van Volksgezondheid en Sport, 2012)

Het KNMG heeft haar eigen KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld voor huisartsen. Deze is een uitbreiding van de al bestaande KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling uit 2008. Deze bestaat uit twee aparte stappenplannen, één voor kindermishandeling en één voor volwassenengeweld (KNMG, 2012).

Bij het maken van de vragenlijst voor dit onderzoek worden de bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik van de KNMG-meldcode in kaart gebracht. Bij het ontwikkeling van de vragenlijst is er gebruik gemaakt van het implementatiemodel van Grol en Wensing (2011), waarbij gekeken wordt naar de probleemanalyse, doelgroep en setting. Dit wordt in kaart gebracht door middel van het onderzoek van Fleuren et al. (2012), waarbij gekeken wordt naar de kenmerken van de persoon die de innovatie aanneemt. Dit doen we door middel van het ASE-model Bolman et al. (2004) gebaseerd op de Vries (1988).

Deze vragenlijst is verstuurd onder de 350 huisartsen die aangesloten zijn bij de huisartsenkring Twente. Gebleken is dat de voorspellers waargenomen kennis, bruikbaarheid, persoonlijk voor- en nadeel, zelfeffectiviteit, medewerking en tevredenheid van de patiënt en attitude een positieve en significante positieve samenhang met de intentie. De voorspellers die een positieve significantie samenhang hebben met het gebruik van de Meldcode zijn; sociale steun, zelfeffectiviteit en medewerking en tevredenheid van de patiënt.

Hierna is met de voorspellers die een positieve, significantie correlatie met intentie hebben een variantie analyse uitgevoerd. Waaruit is gebleken dat de voorspellers persoonlijk voor- en nadeel en de medewerking van de patiënt een beïnvloedende factor hebben op de intentie en op het gebruik van de Meldcode. Tenslotte is er een variantie analyse uitgevoerd op het item niveau. Dit is gedaan tussen de items van de persoonlijk voor- en nadeel en medewerking en tevredenheid van de patiënt met de intentie. Intentie is opgesplitst in twee groepen, laag en hoog. Vier items van persoonlijk voor- en nadeel hebben een voorspellende waarde en drie items van medewerking en tevredenheid van de patiënt.

Abstract

In the fall of 2008 announced State Secretary Bussemaker of Health, welfare and sport and the ministers Hirsch Ballin and Rouvoet of youth and families a Bill in which to organizations and independent professionals a duty is imposed to a reporting code to handle for domestic violence and child abuse (Ministry of health, welfare and sport, 2012). This report key is required to go from July 1st 2013 when identifying use of domestic violence and child abuse (State insurance, n.d.). The reporting code for domestic violence and child abuse describes in five steps what a professional reader should do when a presumption of violence occurs. An organization or self-employed reader makes the report key specific to their own practice (Ministry of public health and sport, 2012).

The KNMG has her own KNMG reporting code child abuse and domestic violence for general practitioners. This is an extension of the already existing code/rules against domestic violence and child abuse in 2008. This consists of two separate roadmaps, one for child abuse and one for adult violence (KNMG, 2012).

When creating the questionnaire for this research were the stimulating and obstructing factors for use by the KNMG-reporting code implemented. In the development of the questionnaire they used the deployment model of Grol and Wensing (2011), that looks at the problem analysis, target group and setting.

In the development of the questionnaire they did use the model of Grol and Wensing (2011), that looks at the problem analysis, target group and setting. This is charted through the investigation of Fleuren et al. (2012), that looks at the characteristics of the person who adopts the innovation. This is doing by means of the ASE-model Bolman et al. (2004) based on de Vries (1988).

This questionnaire has been sent under 350 general practitioners who are members of the GP circuit of Twente. It has been found that that forecasters observed knowledge, usability, personal advantage and disadvantage, self-efficacy, collaboration and patient satisfaction and attitude a positive and significant positive correlation with the intention. The forecasters who have a positive significance cohesion with the construct using the reporting code are: social support, self-efficacy, cooperation and patient satisfaction.

After that, with the predictors that a positive, significant correlation with the intention to have a multivariate analysis. Which has been found that the predictors personal advantage and disadvantage and collaboration and patient satisfaction have an influencing factor on the intention. They also have an influencing factor on the use of the sign code. Finally, there is a multivariate analyze performed on the item level. This is done through the items of the individual advantages and disadvantages and cooperation and patient satisfaction with the intention. Intention is divided into two groups, low and high. Four items of personal advantages and disadvantages have a predictive value and three items of cooperation and patient satisfaction.

Voorwoord

Dit onderzoek is tot stand gekomen naar aanleiding van een opdracht vanuit de opdrachtgever (samenwerkingsverband van o.a. de Gemeente Enschede en de Politie). De opdrachtgever heeft aangegeven graag meer te willen weten over het gebruik van de Meldcode bij de huisartsen. Vanaf 1 juli 2013 wordt het gebruik van de Meldcode een verplichte Wet. Voor de huisartsen bestond er vanaf 200 al een Meldcode, namelijk de KNMG-meldcode. Deze is in 2012 aangepast met betrekking tot de verplichte Wet, zoals deze is gebruikt in dit onderzoek. Dit online-survey onderzoek doet onderzoek naar het huidige professioneel handelen van de huisartsen met betrekking op de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling .

Met behulp van M.E. Pieterse en A.A.J. Konijnendijk, mijn begeleiders, is dit onderzoek en verslag tot stand gekomen. Hierbij wil ik hen dan ook danken voor al hun geboden hulp. Het onderzoek is verspreid door de huisartsenkring Twente hierbij wil ik ook de kring bedanken voor hun geboden hulp. Als laatste wil ik dhr. Marinus, huisarts en voorzitter van de huisartsenkring Twente, bedanken voor een pretest van de online-survey.

Inhoud

Samenvatting.....	2
Abstract	3
Voorwoord	4
1. Inleiding	6
2. Methode.....	15
2.1 Respondenten.....	15
2.2 Meetinstrument	16
2.3 Procedure	20
2.4 Analyse	20
3. Resultaten.....	22
3.1 Huidig gebruik Meldcode.....	22
3.2 Interne consistentie van de gebruikte constructen	22
3.3 Bivariate samenhang tussen de demografische gegevens en de determinanten van de Meldcode tegenover de intentie en het gebruik van de Meldcode.....	23
3.4 Multivariate regressie analyse op het intentieconstruct.....	26
3.5 Analyse van persoonlijk voor- en nadeel en medewerking en tevredenheid van de patiënt....	27
4. Discussie	30
5. Aanbevelingen.....	34
Referenties	36
Bijlage 2: wervende tekst	52
Bijlage 3: het implementatie model	53

1. Inleiding

Huiselijk geweld en kindermishandeling is een probleem dat veel voorkomt in onze samenleving. De laatste jaren is er veel onderzoek gedaan naar huiselijk geweld en kindermishandeling en is er veel aandacht voor geweest. Huiselijk geweld is geweld dat gepleegd wordt door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer. Er zijn verschillende vormen van huiselijk geweld, namelijk; kindermishandeling, ouderenmishandeling, eengerelateerde geweld, vrouwelijke genitale verminking, oudermishandeling en partnergeweld en ex-partnergeweld in alle verschijningsvormen (Rijksoverheid, z.j.).

Kindermishandeling is een onderdeel van huiselijk geweld, omdat het expliciet wordt genoemd bij de Meldcode wordt hier kort op in gegaan. Kindermishandeling wordt door de Wet op de Jeugdzorg als volgt gedefinieerd: *“Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel”* (Wet op de Jeugdzorg, artikel 1).

Wolzak & Ten Berge (2005) benoemden verschillende vormen van kindermishandeling, namelijk; lichamelijke mishandeling, lichamelijke en psychische verwaarlozing, psychische en emotionele mishandeling, seksueel misbruik en getuige van huiselijk geweld. Als er in dit onderzoek wordt gesproken over huiselijk geweld wordt er ook kindermishandeling onder verstaan.

Prevalentie huiselijk geweld

45% van de Nederlandse bevolking is slachtoffer of geweest van huiselijk geweld bij volwassenen. Van deze 45% van de bevolking heeft 10% dagelijks of wekelijks met deze vorm van geweld te maken. Bij meer dan 20% van de slachtoffers duurt het geweld langer dan vijf jaar. (Steunpunt Huiselijk Geweld, z.j.). In 2010 meldden 20% van de slachtoffers van huiselijk geweld het bij de politie. Hiervan was 60% van de gevallen partner- of ex-partnergeweld (Van der Veen & Bogaerts, 2010)

In 2010 zijn ruim 118.000 kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar in Nederland (ruim 3 procent van het totaal) blootgesteld aan een vorm van kindermishandeling (Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen, 2011).

Risicofactoren

Uit het NPM-2010 van Alink et al. (2011) blijkt dat bij ouders met een zeer lage opleiding van ouders deze ruim 8 keer vaker vertegenwoordigd is in de gezinnen met kindermishandeling dan op grond van de percentage zeer laag opgeleide ouders in de populatie mag worden verwacht. Ook

werkloosheid (vijf keer vaker), alleenstaand ouderschap (4,6 keer vaker) en grotere gezinnen met drie of meer kinderen (twee keer vaker). Traditionele allochtone gezinnen met een relatief lange geschiedenis van migratie in Nederland en niet-traditionele allochtone gezinnen vormen een verhoogd risico op kindermishandeling in vergelijking met autochtone Nederlandse gezinnen (Alink et al., 2013).

Gevolgen huiselijk geweld

De gevolgen van huiselijk geweld is groot. Jaarlijks sterven in Nederland gemiddeld 70 vrouwen, 25 mannen en 50 kinderen aan de gevolgen van huiselijk geweld. (Steunpunt Huiselijk Geweld, z.j.)

Huiselijk geweld leidt vooral tot emotionele problemen. Ongeveer 85% van de slachtoffers van partnergeweld is gescheiden, het huiselijk geweld zorgt dus ook voor relatief veel problemen in de relationele sfeer. Ook als men als kind slachtoffer is geweest van huiselijk geweld verliest het kind het vertrouwen in zichzelf en anderen. Ook worden vaker problemen met intimiteit en seksualiteit ervaren en is het voor het slachtoffer moeilijker om relaties aan te gaan (Van Dijk, Veen, & Cox, 2010).

Een van de mogelijke gevolgen van kindermishandeling op korte termijn is lichamelijk letsel. In extreme gevallen, bij zware lichamelijke mishandeling of verwaarlozing, kan het kind zelfs aan de gevolgen overlijden. Ook remt kindermishandeling de ontwikkeling en kan kindermishandeling stoornissen veroorzaken. Mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik van het kind verstoren de normale vorming van het netwerk van zenuwen in een deel van de hersenen. Gevolgen van kindermishandeling op lange termijn zijn bijvoorbeeld posttraumatische stressstoornissen en dissociatieve stoornissen. Ook lichamelijke klachten met een psychische oorzaak komen voor. Een volwassene die als kind is mishandeld, kan zijn toevlucht zoeken tot verslaving, zelfverwonding en zelfmoord als de herinneringen aan thuis ondraaglijk worden (Wolzak et al., 2008)

Het LHV artsennet (2013) concludeerde dat mishandelende kinderen een grotere kans lopen om later hun eigen kinderen te mishandelen. Tijdig signaleren van kindermishandeling kan helpen deze negatieve spiraal te doorbreken.

Kosten huiselijk geweld

Visee & Homurg (2010) hebben berekend dat de directe kosten voor werkgevers van het verzuim ten gevolge van huiselijk geweld tussen de 74 en 192 miljoen euro per jaar bedragen. Van Korf, Mot, Meulenbeek & Van den Brandt (1997) bespreken de kosten in drie lijnen; als eerste voor het gebruik van officiële diensten, als tweede het verzuim en tenslotte het menselijk leiden. Op basis van de verzamelde gegevens in het onderzoek van Korf werd geconcludeerd dat fysiek geweld van mannen tegen hun vrouwelijke (ex-)partners de samenleving ruim 332 miljoen gulden per jaar kost.

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Slachtoffers en plegers van geweld in afhankelijkheidsrelaties, zoals bij huiselijk geweld, vragen niet snel om hulp. Daarom is het belangrijk dat professionals geweld signaleren en weten hoe te handelen. In de praktijk is echter vaak sprake van handelingsverlegenheid om te melden. Dat is de reden van de komst van een verplichte Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

(Nieuwsbrief leren signaleren nr. 2, december 2009).

In het najaar van 2008 kondigden staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de ministers Hirsch Ballin van Justitie en Rouvoet van Jeugd en Gezin een wetsvoorstel aan waarin aan organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren, in het kader van kwaliteitszorg, de plicht wordt opgelegd om een Meldcode te hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012).

Wanneer een beroepsbeoefenaar te maken krijgt met slachtoffers van huiselijk geweld of kindermishandeling, brengt het altijd schrik en zorg met zich mee. Daarom is de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling ontwikkeld. De Meldcode wordt vanaf 1 juli 2013 verplicht om te gaan gebruiken bij signalen van huiselijk (Rijksoverheid, z.j.).

Het signaleren van kindermishandeling door huisartsen vertoont het afgelopen jaar een sterke verbetering, waardoor volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg nu vrijwel alle huisartsenposten aan de normen voldoen. Artsenorganisaties blijven kindermishandeling en huiselijk geweld als speerpunt zien en besteden veel aandacht aan het onderwerp in richtlijnen, opleidingen en trainingen (LHV artsennet, 2013). De LHV en andere artsenorganisaties blijven huisartsenposten en huisartsen daarin ondersteunen, door nadrukkelijk aandacht te blijven besteden aan de implementatie van de beschikbare instrumenten, zoals: de Meldcode, protocollen en samenwerkingsafspraken (LHV artsennet, 2013).

Bekend over de Meldcode is dat bijna de helft van de professionals (45%) erover beschikt (Doeven, 2008). Ook blijkt dat 16% van de huisartsen beschikt over een Meldcode, hiervan zegt 33% goed bekend te zijn met de Meldcode. In 2012 is door hetzelfde onderzoeksbureau, Veldkamp, een vergelijkend onderzoek gedaan in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Hieruit kwam naar voren dat momenteel de helft van de ondervraagde professionals (51%) iets gehoord, gelezen of gezien heeft over de Meldcode en is daarvan op de hoogte. De minderheid van de professionals beschikt over een Meldcode (36%). Professionals met een Meldcode zijn inhoudelijk goed op de hoogte van hun Meldcode (61%) (Veldkamp, 2012).

Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

De Meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling beschrijft in 5 stappen wat bijvoorbeeld een huisarts, leerkracht, verpleegkundige, begeleider in de kinderopvang of hulpverlener moet doen bij het vermoeden van geweld. Organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaars stellen zelf een Meldcode op gebaseerd op de 5 stappen:

- Stap 1: in kaart brengen van signalen.
- Stap 2: overleggen met een collega en eventueel raadplegen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) of het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG).
- Stap 3: in gesprek gaan met de cliënt.
- Stap 4: wegen van het geweld of de kindermishandeling.
- Stap 5: beslissen: hulp organiseren of melden.

Een organisatie of zelfstandige beroepsbeoefenaar maakt de Meldcode specifiek voor de eigen praktijk (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012).

Organisaties die onderdeel zijn van de Meldcode zijn het AMK en het SHG. Deze organisaties worden gebruikt om advies te vragen of een melding van huiselijk geweld of kindermishandeling te doen. Deze organisaties worden hieronder kort beschreven.

Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)

Het AMK, Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, is opgericht in de jaren negentig in het kader van de Wet Jeugdzorg als opvolging voor de bureaus vertrouwensartsen. Deze instanties spelen een centrale rol bij het adviseren over en het onderzoeken van meldingen over vermoedens van kindermishandeling. Het blijkt dat slechts een klein deel van de gesignaleerde gevallen van kindermishandeling gemeld wordt bij het AMK (Doeven, 2008). 12% van de professionals gaf aan advies te winnen bij het AMK en 8% om kindermishandeling te melden bij het AMK (Veldkamp, 2012). In 2009 is er bijna 60.000 keer contact opgenomen met het AMK voor een vraag of vermoeden van kindermishandeling. Het aantal eerste contacten met het AMK is sinds 2004 met 75% gestegen (Boerdam, 2010). Volgens Doeven (2008) hebben huisartsen veel minder vaak de hulp ingeschakeld van het AMK, in vergelijking met andere sectoren.

Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG)

Het SHG, Steunpunt Huiselijk Geweld, is de voordeur bij alle vormen van huiselijk geweld. Het is een onderdeel van Kadera aanpak huiselijk geweld en is een telefonisch en e-mail loket waar iedereen met vragen rond huiselijk geweld terecht kan (Steunpunt Huiselijk Geweld, z.j.). 8% van de professionals winnen advies in bij het SHG en 4% doen een melding bij het SHG (Veldkamp, 2012). Dit is minder dan bij het AMK, zoals hierboven in besproken.

KNMG-meldcode

Het KNMG, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, heeft haar eigen KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Deze is een uitbreiding van de al bestaande KNMG-meldcode kindermishandeling uit 2008. Hierbij loopt de KNMG al vooruit op de Wet verplichte Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling voor artsen bestaat uit twee aparte stappenplannen. Een voor kindermishandeling

en de andere voor volwassenengeweld. Deze lijken erg veel op elkaar en ook erg veel op de basis Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Het verschil is dat bij de KNMG-meldcode stap 3 en 4 niet als verplichte stappen worden gezien, dit is wel het geval bij de basis Meldcode. Hieronder zie je beide stappenplannen (KNMG, 2012).

Stappenplan Kindermishandeling



Stappenplan Volwassenengeweld



Figuur 1 Stappenplan kindermishandeling (KNMG, 2012) Figuur 2 Stappenplan volwassenengeweld (KNMG, 2012)

Uit onderzoek van Doeven (2008) blijkt dat de meeste professionals die kunnen beschikken over een Meldcode kindermishandeling bekend zijn met de inhoud ervan (62%). In de gezondheidszorg beschikt 43% over een Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De gezondheidszorg is opgesplitst in verschillende sectoren, hieruit was opvallend dat de huisartsen gemiddeld minder vaak beschikken over een Meldcode (16%). Doeven (2008) beschrijft verschillende motivaties die er zijn bij de gezondheidssector om de Meldcode niet te gaan gebruiken. 40% zegt dat het geen prioriteit heeft, 10% vanwege privacy/geheimhouding, 52% andere reden en 7% weet het niet. In het onderzoek van Veldkamp (2012) sprong de sector onderwijs er negatief uit en de sectoren kinderopvang en jeugdzorg daarentegen er positief uit. De sector gezondheidszorg, waar de huisartsen ondervallen, scoorde daarbij gemiddeld.

Innovaties in de gezondheidszorg

Het introduceren van innovaties in de gezondheidszorg is algemeen erkend als een complex proces. Met innovaties wordt er een idee, oefening of object bedoeld dat als nieuw wordt waargenomen door een individu of een groep die de innovatie dienen op te nemen (Fleuren, Wieferink & Paulussen, 2004). De invoering van de verplichte KNMG-meldcode kan worden gezien als nieuwe

innovatie die door de gezondheidszorg moet worden opgenomen. Tijdens deze invoering spelen verschillende theorieën over innovaties een belangrijke rol.

Grol en Wensing (2011) beschrijven de implementatie van effectieve verbeteringen van de patiëntenzorg. Implementatie kan worden omschreven als *“een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen waarde) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg”* (Zorg Onderzoek Nederland, 1997).

Grol en Wensing introduceren een implementatiemodel. Ze zeggen dat het uitgangspunt van het model tweeledig kan zijn;

- Allereerst kan er (nieuwe) wetenschappelijke informatie beschikbaar zijn die erop wijst dat de zorg voor patiënten effectiever, veiliger of kosteneffectiever kan worden verleend.
- Startpunt van de implementatie kan echter ook de signalering zijn dat een bepaalde wijze van werken binnen een werksetting problemen geeft.

Het implementatie model (bijlage 3) bestaat uit een zevental stappen. Stap 1: concreet voorstel voor verbetering van de zorg, stap 2: analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering, stap 3: probleem analyse, doelgroep en setting, stap 4: ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën, stap 5: ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan, stap 6: integratie in routines en stap 7: (continu) evaluatie en (indien nodig) bijstelling van het plan.

In dit onderzoek wordt vooral gekeken naar de derde stap van het innovatiemodel van Grol en Wensing (2011); de probleem analyse, doelgroep en setting, daarom wordt hier nog kort op in gegaan. Bij de probleem analyse gaat het vooral om de context van implementatie/betrokkenen, de bevorderende en belemmerende factoren en de kenmerken van de doelgroep segmenten. In dit onderzoek wordt er vooral gekeken naar de bevorderende en belemmerende factoren van het gebruik van de KNMG-meldcode van huiselijk geweld. Deze derde stap van Grol en Wensing wordt in kaart gebracht door het model van Fleuren et al. (2004).

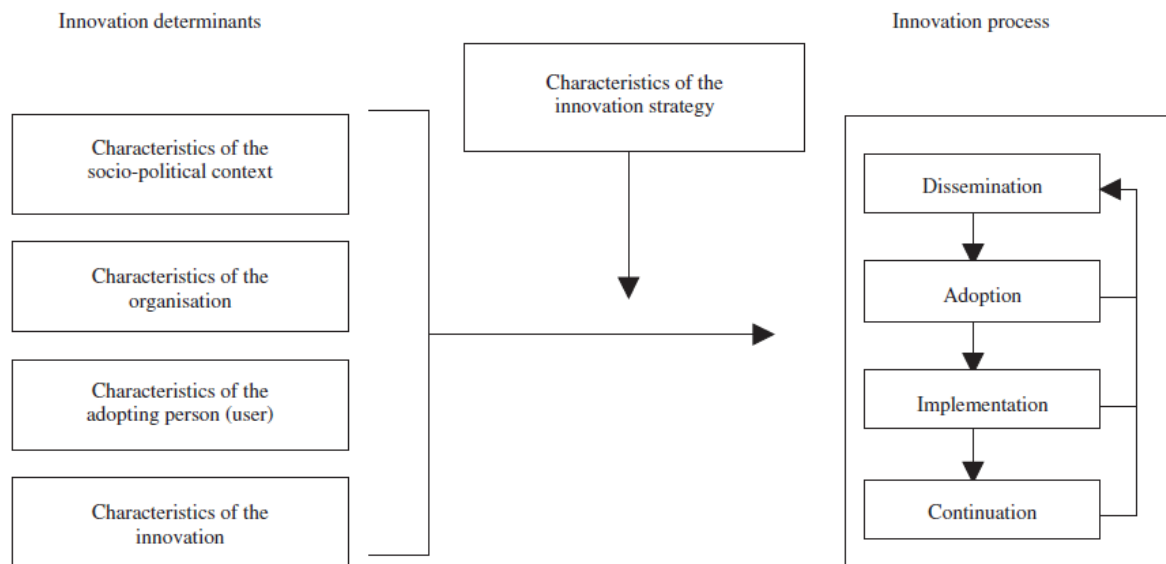
Innovatieproces

Fleuren et al. (2004) benoemde verschillende determinanten die het proces van het invoeren en opnemen van innovaties positief of negatief beïnvloeden. Onder determinanten verstaan we factoren die het proces vergemakkelijken of belemmeren. Soms kunnen er tevens veranderingen zijn die niet doorgevoerd worden, omdat de gezondheidswerkers niet akkoord gaan met de innovatie of onvoldoende financiële bronnen ter beschikking hebben. Het innovatieproces bestaat uit vier fasen; de verspreiding, adoptie, implementatie en de voortzetting. Deze kunnen gezien worden als punten waarbij een potentieel gewenste verandering kan worden belemmerd. De overgang van de ene fase naar de volgende kan worden beïnvloed door verschillende determinanten uit verschillende categorieën;

- Kenmerken van de sociaal-politieke context

- Kenmerken van de organisatie
- Kenmerken van de persoon die de innovatie aanneemt
- Kenmerken van de innovatie

In dit onderzoek worden de kenmerken gemeten vanuit de perceptie van de huisartsen, vandaar dat de categorie ‘characteristics of the adopting person’ naar voren komt. Vanuit deze categorie wordt er ook gekeken naar de andere drie categorieën.



Figuur 3 kader die het innovatieproces en de daarmee samenhangende categorieën van determinanten representeert (Fleuren et al., 2004)

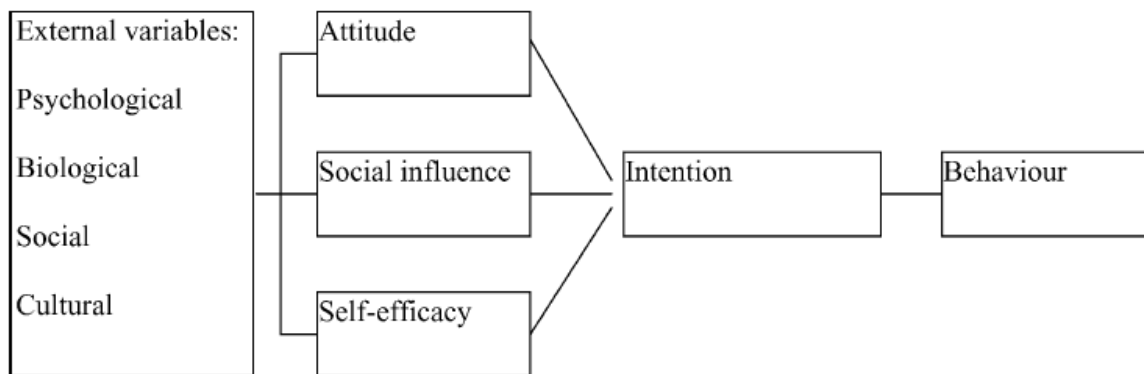
Om ‘the characteristics of the adopting person (user)’ van Fleuren et al. (2004) te meten wordt er in dit onderzoek gekeken naar gedragsveranderingmodellen. Om gedrag te kunnen veranderen en voorspellen is het van belang om te weten welke determinanten ten grondslag liggen. Het gedrag dat verbeterd of veranderd moet worden is het gebruik van de KNMG-meldcode. Dit wordt gedaan door naar de determinanten van het gedrag te kijken door middel van de kenmerken van de gebruiker van de KNMG-meldcode, de huisartsen.

Het innovatieproces zoals bij Fleuren et al. (2004) naar voren komt, wordt ook door Rogers (1995) besproken. Rogers (1995) beschrijft diffusie als een proces waarbij een innovatie wordt gecommuniceerd via bepaalde kanalen in de tijd onder leden van een sociaal systeem. De vier belangrijkste elementen in de verspreiding van nieuwe ideeën zijn; innovatie, communicatiekanalen, de tijd en sociaal systeem. Kenmerken van de innovatie die bepalen of een bepaalde innovatie wordt opgenomen of niet zijn relatief voordeel, compatibiliteit, de complexiteit, trialability en waarneembaarheid. Compatibiliteit is de mate waarin een innovatie wordt waargenomen als verenigbaar met de bestaande waarden, ervaringen en behoeften. Complexiteit is de mate waarin een innovatie wordt gezien als moeilijk te begrijpen en te gebruiken. Trialability is de mate waarin een innovatie kan worden geëxperimenteerd met een beperkte basis. Onder waarneembaarheid wordt de mate waarin de resultaten zichtbaar voor anderen is gezien (Rogers, 2002).

Het ASE-model

Een theorie die veel gebruikt wordt als gedragsveranderingmodel is het ASE-model van de Vries (1988). Dit model is gebaseerd op de Theory of Planned Behavior van Ajzen & Fishbein (1980). De Theory of Planned Behavior wordt gezien als een sociaal cognitiemodel. Hierbij wordt aangenomen dat sociaal gedrag niet eenvoudigweg door individuele cognities of attitudes wordt bepaald, maar door individuele opvattingen over gedrag binnen een bepaalde sociale context en door sociale percepties en verwachtingen (Morrison, & Bennet, 2010). Dit komt voort uit de theorie over sociaal leren van Bandura (1986). Uit onderzoek van Ajzen (1991) kwam de Theory of Planned Behavior naar voren, deze theorie bestaat uit verschillende gedragsdeterminanten, namelijk; attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole. Deze determinanten bepalen de gedragsintentie, welke vervolgens het gedrag voorspeld (Kassin, Fein & Markus, 2010).

Bolman, Sino, Hekking, Keimpema & Van Meerbeeck (2005) presenteerde het ASE-model. Het ASE-model wordt gebruikt door Bolman et al. (2005) onder anderen om implementatiegedrag van rookinterventies voor COPD patiënten bij artsen te verklaren. Het ASE-model wordt vaak gebruikt om gedrag uit te leggen en te voorspellen, dit vooral met betrekking op gezondheidsvoorlichtingen en innovaties. Het ASE-model combineert de constructen attitude, sociale invloed en verwachting van zelf-effectiviteit als voorspellers van intentie. De intentie wordt weer gezien als de voorspeller van het gedrag. Er wordt ook verondersteld dat externe variabelen, zoals demografische factoren de gedragsintentie beïnvloeden. Er blijkt dat 40% van de variaties in de intentie om een innovatie aan te nemen of niet werd verklaard door het ASE-model. De verwachting van zelf-effectiviteit en sociale norm waren de belangrijkste factoren die het gewenste gedrag voorspelde (Bolman, Sino, Hekking, Keimpema & Van Meerbeeck, 2005).



Figuur 4 ASE-model van gedragsdeterminanten van Bolman et al. (2005) (adapted from de Vries and Mudde, 1998)

In het onderzoek van Kremers, Lechner, Meertens, & De Vries (2008) worden de determinanten van het ASE-model onderbouwd. Onder attitude bleek de houding en waardering ten opzichte van het risicogedrag te worden verstaan. Ook de oordelen over voor- en nadelen en de gewoonten van iemand wordt hieronder verstaan. Volgens Kremers et al. (2008) wordt onder sociale invloed de directe invloeden van anderen op het individuele gedrag en de norm van de omgeving van

het individu verstaan. Ook benoemd Kremers et al. (2008) dat het overnemen van andermans gedrag hier onder kan worden verstaan. Wanneer er gekeken wordt naar gedragsveranderingmodellen, zoals de Theory of Planned Behavior en het ASE-model, dan is de sociale omgeving een belangrijke determinant om gewenst gedrag te bereiken (Brug, Schaalma, Kok, Meertens, & Van der Molen, 2003). De laatste determinant van het ASE-model is de self-efficacy, volgens Kremers et al. (2008) heeft deze betrekking op hoe iemand zijn eigen competenties inschat en denkt controle uit te voeren op het eigen gedrag en functioneren. De intentie voor het gedrag en het daadwerkelijk vertoonde gedrag kunnen verschillen, dit heeft te maken met de aanwezige vaardigheden en barrières (Kremers et al., 2008).

Het onderzoek

In het onderzoek wordt er gekeken naar het gebruik van de KNMG-meldcode bij de huisartsen. Dit wordt gedaan door middel van een probleemanalyse, de doelgroep en setting. Het onderzoek doet dit door vooral naar de innovatie determinanten te kijken vanuit het punt ‘characteristics of the adopting person (user)’ in dit onderzoek is de huisarts de user. De kenmerken worden in kaart gebracht door naar het gedrag van de huisartsen te kijken, dit wordt gedaan door middel van het ASE-model. Waarbij de subjectieve norm, de attitude en de zelfeffectiviteit als determinanten worden gezien, maar ook de externe variabelen.

In het onderzoek wordt er vooral gericht op welke determinanten het gebruik van de KNMG-meldcode versterken of juist verzwakken. De onderzoeksvraag leidt als volgt;

“ Wat zijn de belemmerde en bevorderde factoren bij huisartsen voor het gebruik van de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.”

2. Methode

Dit onderzoek is een cross-sectioneel onderzoek over de belemmerende en bevorderende factoren over de KNMG-meldcode bij huisartsen. Dit is onderzocht door middel van een online-survey (zie bijlage 1).

2.1 Respondenten

Het onderzoek werd gehouden onder de huisartsen uit de gemeente Twente. Bij de huisartsenkring Twente zijn 350 huisartsen aangesloten, dit is bijna 100% van de huisartsen uit Twente (volgens de kring zijn er 2 huisartsen niet aangesloten). Deze huisartsen zijn benaderd voor het onderzoek. Er is een keuze voor deze respondenten gemaakt, omdat zij een representatief beeld van de gemeente Twente zullen vormen. In dit onderzoek zijn ook de algemene factoren van de huisartsen meegenomen, zoals geslacht, leeftijd, werkervaring, gemeente waar ze werken, aantal fte, praktijkvorm, soort dienstverband en nascholing. Mogelijk hebben deze factoren invloed op de perceptie van de huisartsen op het gebruik van de Meldcode.

In totaal hebben 43 huisartsen de vragenlijst ingevuld. Deze groep bevatte zowel mannen (53,5%) als vrouwen (46,6%) in de leeftijd van 30 tot 63 jaar ($M=46,58$, $SD=9,87$). De respondenten kwamen uit de volgende gemeenten; Enschede (39,5%), Hengelo (16,3%), Almelo, Oldenzaal, Twente (elk 7%), Dinkelland, Hellendoorn, Rijssen (elk 4,7%), Goor, Losser, Tubbergen en Wierden (elk 2,3%). Het aantal fte van de huisartsen had een $M=0,75$ en een $SD=0,23$. De huisartsen waren afkomstig van verschillende soorten praktijken (groepspraktijk 37,2%, duopraktijk 32,6%, solopraktijk 27,9%) en in verschillende dienstverbanden (eigen praktijk en/of zelfstandig gevestigde huisarts 67,4%, in loondienst verband 11,6%, huisarts in dienst van een huisarts (HIDHA) en/of waarnemer 20,9%). Ook werd de factor van werkervaring van de huisartsen gemeten, het had een spreiding van 1 tot 33 jaar ($M=15,3$, $SD=9,73$). In totaal heeft 86% van de huisartsen in de afgelopen 2 jaar nascholing gevolgd met betrekking tot de KNMG-meldcode.

Tabel 1. *Demografische gegevens van de respondenten (n=43)*

Descriptieve variabele		%	
Geslacht	Vrouwelijk	46,5	
	Mannelijk	53,5	
Gemeente	Almelo	7,0	
	Dinkelland	4,7	
	Enschede	39,5	
	Goor	2,3	
	Hellendoorn	4,7	
	Hengelo	16,3	
	Losser	2,3	
	Oldenzaal	7,0	
	Rijssen	4,7	
	Tubbergen	2,3	
	Twenterand	7,0	
	Wierden	2,3	
	Praktijkvorm	Groepspraktijk	37,2
		Duopraktijk	32,6
Solopraktijk		27,9	
Anders		2,3	
Dienstverband	Eigen praktijk en/of zelfstandig gevestigde HA	67,4	
	In loondienst verband	11,6	
	HIDHA en/of waarnemer	20,9	
Nascholing gevolgd	Ja	86	
afgelopen 12 maanden	Nee	9,3	
	Mean	SD	
Leeftijd	46,45	9,87	
Aantal fte	0,75	0,23	
Werkervaring (jaren)	15,30	9,73	

2.2 Meetinstrument

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een online vragenlijst die de bevorderende en belemmerende factoren van huisartsen voor het gebruik van de KNMG-meldcode meet. Deze vragenlijst is ontwikkeld aan de hand van Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) van Fleuren et al. (2012). Hierbij zijn de determinanten die bij de MIDI vallen onder ‘determinanten met betrekking tot de gebruiker’ meegenomen in de vragenlijst. Ook is bij de ontwikkeling van de vragenlijst gebruik gemaakt van de KNMG-meldcode en het ASE-model uit Bolman et al. (2004). Deze vragenlijst is ontwikkeld met behulp van experts en is door huisarts en voorzitter van de huisartsenkring ondergaan aan een pretest.

2.2.1 Algemene gegevens

De vragenlijst bevat een aantal vragen over de persoonlijke gegevens van de huisarts. Deze

gegevens werden hierboven ook beschreven. Daarna werden er aan de respondenten een aantal vragen gesteld over de vermoedens en directe meldingen met betrekking tot de Meldcode, dit werd gedaan aan de hand van twee open vragen; “Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden een vermoeden gehad van huiselijk geweld?” en “Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden een directe melding gedaan bij de politie of de Raad voor de Kinderbescherming, omdat er sprake was van acuut gevaar?”. Deze twee vragen werden gesteld om een beeld te krijgen of de huisartsen ook daadwerkelijk met huiselijk geweld te maken heeft gehad. De gegevens hiervan zijn te vinden in tabel 2 in het resultaten gedeelte.

Ook werd er een vraag gesteld over de nascholing van de huisarts, dit werd gedaan aan de hand van een ja/nee vraag waar de huisarts kon aangeven of er nascholing is gevolgd in de afgelopen 2 jaar met betrekking tot de Meldcode. De vraag over de nascholing kwam vooral voort uit de literatuur over de Meldcode en het kwam ook naar voren in een gesprek met een huisarts, vandaar dat deze is opgenomen in de vragenlijst.

2.2.2 Gebruik van de Meldcode.

Daarna werden het gebruik van de Meldcode gemeten. Dit werd gedaan aan de hand van de stappen van de Meldcode waarbij de respondenten moesten aangeven in hoeverre ze deze stappen uitvoeren in de praktijk. Het construct is gebaseerd op de KNMG-meldcode. Het gebruik van de Meldcode bestaat uit 10 items waarvan de gemiddelde score is berekend. Het begint met de vraag; “In hoeverre verricht u de volgende activiteiten als u een aanhoudend vermoeden heeft van huiselijk geweld of kindermishandeling? Een acute melding valt hier buiten.*”. Daarna komen de 10 items waar de stappen of deelstappen van de KNMG-meldcode worden gevraagd (verzamelen van de aanwijzingen; het vastleggen van aanwijzingen in het dossier; advies vragen bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) in gevallen van vermoeden van kindermishandeling; advies vragen bij het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) in gevallen van vermoeden van huiselijk geweld; advies vragen aan collega's; in gesprek gaan met de betrokkenen of ouders van betrokkene; informatie opvragen bij andere organisaties die ook betrokken zijn bij het gezin/de betrokkene; monitoren van de mishandeling of het geweld; melden van het geweld bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling; melden van het geweld bij het Steunpunt Huiselijk Geweld). Dit werd gemeten op basis van een 5-punten Likert schaal (in geen enkel geval – in alle gevallen).

In het eindrapport van de MIDI vragenlijst staat in paragraaf 3.3 (vaststellen van determinanten en mate van gebruik) beschreven dat het construct mate van gebruik alle kernelementen/activiteiten van de innovatie bevat. Dit construct wordt compleetheid van het gebruik, ook wel completeness genoemd. Hierbij konden de respondenten per kernelement aangeven in hoeverre zij het betreffende kernelement hebben toegepast. Bij de jeugdgezondheidszorg studies is vervolgens een gemiddelde score over alle kernelementen genomen en vervolgens uitgedrukt als percentage van het maximale van de schaal. Hierbij is voor onderwijs een percentage van alle taken genomen. Op basis daarvan werd een gebruiksmaat ‘completeness’ geconstrueerd. Deze maat kon variëren tussen 0% (geen gebruik) en

100% (volledig gebruik) (Fleuren et al., 2012). Dit is te vergelijken met hoe het in dit onderzoek is gedaan. Alleen is de gebruiksmaat ‘gebruik van de Meldcode’ niet in een percentage uitgedrukt maar in een gemiddelde score van 1 tot 5. Waarbij 1 betekent geen gebruik van de Meldcode en 5 betekent het optimaal gebruiken van de Meldcode.

Het gebruik werd ook nog op een andere manier gemeten, door de huisarts te vragen “Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden de procedure uit de KNMG-meldcode met betrekking tot huiselijk geweld en kindermishandeling (gedeeltelijk) gevolgd?”. Deze vraag is gebaseerd op de KNMG-meldcode, waarbij een globaal beeld wordt geschetst over in hoeverre huisartsen de Meldcode al gebruikten.

2.2.3 Intentie

De intentie van het gebruik van de Meldcode is gevormd door 1 item. Dit is gedaan doordat gevonden werd dat deze vraag de intentie het beste representeerde. Het gaat om de het item; “Ik ben van plan conform de KNMG-meldcode te werken of te blijven werken.”. Dit item werd gemeten door een 5-punten Likert schaal (zeker niet; waarschijnlijk niet; misschien niet, misschien wel; waarschijnlijk wel; zeker wel).

2.2.4 Waargenomen kennis en bruikbaarheid

Vervolgens werden er een aantal vragen gesteld over de waargenomen kennis en de bruikbaarheid van de KNMG-meldcode. De waargenomen kennis werd gemeten aan de hand van een 3-punten Likert schaal (ik ben niet op de hoogte – ik ben op de hoogte). De bruikbaarheid werd gemeten aan de hand van een 5-punten Likert schaal (helemaal niet duidelijk – heel duidelijk). De vragen over de waargenomen kennis en bruikbaarheid zijn gebaseerd op de MIDI van Fleuren et al. (2012).

2.2.5 Persoonlijk voor- en nadeel

Daarna werd het persoonlijk voor- en nadeel gemeten, dit construct is gebaseerd op de MIDI. Het werd gemeten aan de hand van zeven vragen; “Ik heb voldoende kennis over..., ik vind het tot mijn functie horen om..., ...voel ik mij zekerder over het nemen van de stappen..., ...sta ik juridisch sterk..., ik ben soms bang voor een agressieve reactie van de familie als..., ...het teveel (vrije) tijd, ...wordt dat onvoldoende vergoed. Van deze zeven items is de gemiddelde score is berekend. De laatste drie vragen werden eerst omgeschaald voordat de gemiddelde score is berekend. De vragen bestaan uit stelling waar men moest aangeven in hoeverre ze het met de stelling eens waren dit werd gedaan aan de hand van een 5-punten Likert schaal (helemaal mee oneens – helemaal mee eens).

2.2.6 Descriptieve norm

De descriptieve norm gemeten aan de hand van twee stellingen. Beide stellingen begonnen met het zelfde gedeelte; “welk deel van ...”, gevolgd door “... de huisartsen uit uw huisartsenkring werkt volgens u volgens de KNMG-meldcode? of door ... uw collega huisartsen uit uw huisartsenkring verwacht van u dat u volgens de KNMG-meldcode werkt?”. Deze stellingen werden beantwoord met een 5-punten Likert schaal (niemand – allemaal).

2.2.7 Sociale steun

Vervolgens werd de sociale steun gemeten aan de hand van zes stellingen, waarbij de respondent moest aangeven in welke mate ze ondersteuning krijgen van; medehuisartsen in hun praktijk; betrokken professionals in de werkomgeving; het AMK voor advies; het SHG voor advies; het AMK bij het melden; het SHG bij het melden. Ook dit werd gedaan aan de hand van een 5-punten Likert schaal (nooit – altijd).

2.2.8 Samenwerking

Daarna werd de samenwerking gemeten waarbij moest de respondent aangeven in welke mate ze samenwerken met bepaalde instellingen, zoals de gezondheidszorg, het onderwijs/kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg, het AMK, het SHG, de Raad van de Kinderbescherming en de Politie. Dit deden ze door een van de volgende opties aan te klikken; nooit, soms, vaak of altijd.

2.2.9 Zelfeffectiviteit

Hierna werd gekeken naar de zelfeffectiviteit van de huisartsen, er werd gevraagd in hoeverre ze zichzelf in staat achten om de bepaalde stappen van de KNMG-meldcode uit te voeren. Dit werd gevraagd voor; het signaleren, het in gesprek gaan met de betrokkene, advies vragen bij het AMK, advies vragen bij het SHG, advies vragen aan collega's, bepalen of ze zelf hulp kunnen bieden of niet, relevante hulp te organiseren, een melding doen bij het SHG en een melding doen bij het AMK. Ze deden dit aan de hand van een 5-punten Likert schaal (zeker niet – zeker wel). Het werd gevraagd aan de hand van een negen items waarvan bij het maken van het construct de gemiddelde score is berekend.

2.2.10 Medewerking en tevredenheid van de patiënt

De medewerking en tevredenheid van de patiënten werd gemeten door gemiddelde score van een viertal stelling, waarbij de huisartsen moesten aangeven in hoeverre ze het met de stelling eens waren. Dit werd gedaan door een 5-punten Likert schaal van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens. De viertal stellingen bestonden uit "Ik verwacht dat ..., ... mijn patiënten het zullen accepteren als ik de KNMG-meldcode gebruik bij het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling, ... mijn patiënten de waarheid zullen vertellen wanneer ik het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling bespreekbaar maak, ... mijn patiënten niet zullen meewerken wanneer ik handel volgens de stappen van de KNMG-meldcode, .. met het gebruik van de KNMG-meldcode huiselijk en kindermishandeling eerder kunnen worden voorkomen of gestopt, dan zonder het gebruik. De derde stelling is een ontkenning waardoor deze eerst is omgeschaald voordat de gemiddelde score van de viertal items werd berekend.

2.2.11 Attitude

Tenslotte werd de attitude gemeten, dit werd gedaan door het gemiddelde te nemen van een drietal deelvragen waarbij de laatste deelvraag uit twee stelling bestaat. Dit werd op deze manier gedaan, omdat de antwoord schaal van de deelvragen verschillend waren. Alle stellingen werden beantwoord aan de hand van een 5-punten Likert schaal.

De deelvragen zagen er als volgt uit; “Het werken volgens de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vind ik ...” waarbij de antwoord mogelijkheden heel slecht tot heel goed waren bij de eerste vraag en bij de tweede helemaal niet effectief tot helemaal effectief. Bij de volgende deelvraag moesten de huisartsen aangeven in hoeverre ze het met de volgende 2 stellingen eens waren; ik ben tegen het gebruik van de KNMG-meldcode in de huisartsenpraktijk en het verplichtende karakter, vanaf 1 juli 2013, van de KNMG-meldcode is een ongewenste beperking van mijn vrijheid van handeling als huisarts. Deze laatste twee stellingen werden eerst omgeschaald voordat de gemiddelde score van de deelvragen werden berekend.

Als afronding van de vragenlijst was er nog ruimte voor de huisartsen om eventueel vragen, suggesties of opmerkingen te plaatsen.

2.3 Procedure

De vragen in de vragenlijst hebben betrekking op de KNMG-meldcode. Deze Meldcode is door de KNMG gevormd en in eerste versie van 2008 aangepast met betrekking op de Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, zoals die is gebruikt in dit onderzoek. De vragenlijst begint met een inleidend gedeelte waarin vermeld staat waarom het onderzoek van belang is, ook dat het volledig anoniem is en hoe de huisartsen worden geïnformeerd over de resultaten.

De vragenlijst is door de huisartsenkring Twente verzonden naar de huisartsen die hierbij aangesloten zijn. Dit is gedaan door middel van een mail waarin een wervende tekst stond met uitleg over het onderzoek en met een link naar de online vragenlijst. De afzender van de mail was de voorzitter van de Kwaliteitscommissie van de LHV Huisartsenkring Twente. De online vragenlijst opgesteld via het programma Limesurvey van het onderzoeksinstituut IGS aan de universiteit Twente. De vragenlijst is te vinden in bijlage 1 en de wervende tekst in bijlage 2.

2.4 Analyse

De data uit de vragenlijst werden in SPSS geanalyseerd. Om te beginnen werd er eerst per determinant een reliability analyse gedaan, waarbij er eerst werd gekeken of er samenhang was tussen de items van de theoretische constructen. Hiervoor is voor elk construct een Chronbach's Alfa berekend. Vervolgens zijn de demografische kenmerken beschreven met behulp van SPSS. Hierbij zijn ook de gemiddelden en de standaarddeviaties bepaald.

Daarna is een bivariate analyse uitgevoerd. Hierbij is gebruik gemaakt van spearman en pearson correlaties en een one-way ANOVA analyse. Er is spearman gebruikt, wanneer er sprake is van een ordinale of categoriale afhankelijke variabele of wanneer de afhankelijke niet normaal verdeeld is. Bij de variabelen die normaal verdeeld zijn is er een pearson correlatie gebruikt. Verder is er voor de categoriale voorspellers ook gebruik gemaakt van een one-way ANOVA. Deze analyses zijn uitgevoerd met de intentie van het gebruik van de Meldcode en met het gebruik van de Meldcode.

De voorspellers waar een spearman's correlatie met het significantieniveau van .05 berekend zijn met de intentie en het gebruik van de Meldcode zijn; leeftijd en aantal fte. Voor de categoriale

determinanten geslacht, praktijkvorm, soort dienstverband en nascholing is er gekozen voor een variantie analyse; one-way ANOVA om naar het verband tussen deze voorspellers en gebruik van de Meldcode en de intentie te kijken. De relatie tussen praktijkvorm en de intentie en het gebruik van de Meldcode is op twee manieren getoetst; groepspraktijk tegenover geen groepspraktijk en solopraktijk tegenover geen solopraktijk. Voor dienstverband is er gekozen om het met de optie eigen praktijk en/of zelfstandig gevestigde HA tegenover geen eigen praktijk en/of zelfstandig gevestigde.

Voor de determinanten leeftijd, werkervaring, aantal vermoedens, aantal directe meldingen, aantal keer Meldcode gebruikt, waargenomen kennis, bruikbaarheid, persoonlijk voor- en nadeel, gedrag, descriptieve norm, sociale steun, samenwerking, zelfeffectiviteit, medewerking en tevredenheid van de patiënt en attitude is er gebruik gemaakt voor een Pearson correlatie met de intentie en met het gebruik van de Meldcode (significantieniveau van .05).

Vervolgens is er een multivariate regressie analyse uitgevoerd waarin de voorspellers zijn opgenomen die in de bivariatie toetsen een significantieniveau van $p < .05$ hebben. In de regressieanalyse wordt getoetst wat de effecten zijn van de verschillende determinanten op de afhankelijke variabele. Het doel hiervan is om een voorspellende waarde uit te voeren met de regressie, omdat de data cross-sectioneel is, is dit lastig. Dit is proberen op te lossen door de intentie van het gebruik van de Meldcode te gebruiken, omdat de intentie ook het toekomstige gedrag probeert te meten. Het gebruik van de Meldcode is een retrospectief maat voor gedrag deze is strijdig met de voorspellende waarde wordt gemeten bij de regressie. Vandaar dat er een keuze is gemaakt om alleen de multivariate regressie uit te voeren met de intentie van het gebruik van de Meldcode.

De verklarende determinanten die een significante regressie hebben met de intentie worden hierna verder geanalyseerd. Hierbij wordt er op item niveau gekeken naar een correlatie en variantie met de intentie. Bij de variantie analyse is gekozen om van het construct intentie een factor te maken met twee groepen. Er is voor gekozen om een lage en hoge score te definiëren, onder laag worden de scores één tot en met drie gezien en onder hoog de scores vier en vijf.

3. Resultaten

3.1 Huidig gebruik Meldcode

Er zijn totaal 43 respondenten geweest die de vragenlijst hebben ingevuld. Hieronder wordt een gedeelte van de demografische gegevens over het huidige gebruik van de Meldcode beschreven (tabel 2). Dit is gedaan om een beeld te krijgen van in hoeverre de KNMG-meldcode bij de huisartsen al in de praktijk geïmplementeerd is. Het aantal vermoedens van huiselijk geweld in de afgelopen 12 maanden was gemiddeld 2,42. Acht van de respondenten (18,6%) heeft 1 keer een directe melding gedaan wanneer er sprake was van acuut gevaar ($M=0,19$). De huisartsen gebruikten de Meldcode gemiddeld 0,68 keer met een maximum van 3 keer in de afgelopen 12 maanden. Wanneer hier naar wordt gekeken wordt er verwacht dat het aantal vermoedens enerzijds gelijk is aan anderzijds het aantal keer dat de Meldcode is gebruikt en de directe meldingen. Uit de gegevens blijkt dat dit niet het geval is, namelijk; aantal vermoedens is 2,42 tegenover aantal keer de Meldcode gebruikt en direct meldingen gedaan is 0,87.

Tabel 2. Gegevens met betrekking tot het gebruik van de Meldcode ($n=43$)

Descriptieve variabele	M	SD
Aantal vermoedens (afgelopen 12 maanden)	2,42	2,35
Aantal directe meldingen (afgelopen 12 maanden) *	0,19	0,39
Aantal keer de Meldcode gebruikt (afgelopen 12 maanden)	0,68	0,88

*Aantal directe meldingen afgelopen 12 maanden: 0 keer (81,4%), 1keer(18,6%)

3.2 Interne consistentie van de gebruikte constructen

De betrouwbaarheidsanalyse waarbij de Cronbach's Alpha berekend werd is dit gedaan om te kijken hoe sterk de items in een constructen samenhangen en of er eventueel nog items verwijderd moesten worden om de betrouwbaarheid te verhogen. Er bleek dat alle Cronbach's Alpha's tussen de .61 en de .93 liggen (tabel 3). Dit was niet het geval voor de zeven items van persoonlijk voor- en nadeel. Ook kon de Cronbach's Alpha niet significant verhoogd worden bij verwijdering van een item. Doordat dit construct nog wel acceptabel is $>.50$ is het construct wel gevormd en meegenomen in de analyse.

Bij medewerking en tevredenheid van de patiënt is er een item verwijderd om de Cronbach's Alpha te verhogen naar $>.60$. Het gaat hier om het item "Ik verwacht dat mijn patiënten niet zullen meewerken wanneer ik handel volgens de stappen van de KNMG-meldcode.". Bij de intentie is er één item die dit construct representeert, vandaar dat deze ook niet is meegenomen in de betrouwbaarheidsanalyse.

Tabel 3. Cronbach's alfa voor de theoretische constructen

	Cronbachs α	#items	(n=43)
Gebruik van de Meldcode	.85	10	
Persoonlijk voor- en nadeel	.56	7	
Descriptieve norm	.93	2	
Sociale steun	.87	6	
Samenwerking	.93	8	
Zelfeffectiviteit	.76	9	
Medewerking en tevredenheid patiënt	.61	3	
Attitude (n=21)	.88	4	

3.3 Bivariate samenhang tussen de demografische gegevens en de determinanten van de Meldcode tegenover de intentie en het gebruik van de Meldcode.

In het volgende gedeelte van de analyse is er gekeken naar de samenhang tussen de demografische gegevens en determinanten van de Meldcode enerzijds met de intentie en het gebruik van de Meldcode anderzijds. Dit is gedaan door middel van verschillende analyses; spearman of pearson correlaties en een ANOVA variantie analyse. De analyses staan hieronder beschreven in tabel 4 tot en met 6.

Tabel 4. Spearman correlaties tussen de lineaire variabelen en de intentie en gebruik van de Meldcode

	Intentie		Gebruik van de Meldcode	
	r	P	r	P
Leeftijd (M=46,58, SD=9,87)	-.01	.939	.00	.986
Aantal fte (M=0,75, SD=0,23)	-.16	.336	-.25	.118

Tabel 5. Oneway ANOVA tussen de dichotome variabelen met intentie en gebruik van de Meldcode

		Intentie			Gebruik van de Meldcode		
		M	F	P	M	F	P
Geslacht	man=53,5%	3,90	.56	.458	2,57	.35	.558
	vrouw= 46,5%	4,05			2,47		

Praktijkvorm							
-	groepspraktijk	3,94	.10	.759	2,59	.40	.528
	geen groepspraktijk	4,00			2,48		
-	solopraktijk	4,00	.02	.885	2,44	.31	.579
	geen solopraktijk	3,97			2,55		
Soort dienstverband							
	eigen praktijk	4,00	.13	.718	2,48	.39	.537
	geen eigen praktijk	3,92			2,60		
Nascholing	Nee	3,75	.58	.451	2,60	.05	.829
	Ja	4,00			2,53		

Uit de bovenstaande tabellen blijkt dat er geen samenhang (zowel in correlaties als in de variantie analyse) is tussen de voorspellers geslacht, leeftijd, aantal fte, soort praktijk, soort dienstverband en nascholing met het construct intentie. Dit is ook niet het geval met het gebruik van de Meldcode.

Tabel 6. *Pearsons Correlatie tussen de voorspellers en de intentie en gebruik van de Meldcode*

	Intentie		Gebruik van de Meldcode	
	r	P	r	P
Distale determinanten				
Leeftijd	-.01	.954	-.01	.970
Werkervaring	-.03	.865	-.02	.884
Aantal vermoedens	-.23	.145	-.06	.721
Aantal directe melding	.23	.146	.27	.084
Aantal keer de Meldcode gebruikt	.08	.625	.06	.691
Proximale determinanten				
Waargenomen kennis	.38*	.016	.07	.661
Bruikbaarheid	.46**	.003	.16	.308

Persoonlijk voor- en nadeel	.60***	.000	.15	.354
Descriptieve norm	.28	.086	.23	.148
Sociale steun	.23	.152	.51**	.001
Samenwerking	-.16	.352	.20	.235
Zelfeffectiviteit	.38*	.020	.40*	.014
Medewerking en tevredenheid patiënt	.55***	.000	.36*	.028
Attitude (n=21)	.61**	.003	.37	.100
Intentie	-	-	.26	.102

Note. *** = $p < 0,001$

** = $p < 0,01$

* = $p < 0,05$

Uit de analyses blijkt dat de distale determinanten niet significante correleren met de intentie, ook correleren deze determinanten niet significant met het gebruik van de Meldcode.

Verder blijkt dat er zes significante correlaties zijn tussen de proximale determinanten en de intentie. Hierbij gaat het om de determinanten; persoonlijk voor- en nadeel, medewerking en tevredenheid van de patiënt, bruikbaarheid, waargenomen kennis, zelfeffectiviteit en attitude. De andere proximale determinanten hebben geen significante correlaties met de intentie, ook zijn deze correlaties laag. Er is een sterke positieve samenhang ($r=.60$) gevonden tussen persoonlijk voor- en nadeel en de intentie van het gebruik van de meldcode. Daarnaast correleren de constructen medewerking en tevredenheid van de patiënt ($r=.55$) en bruikbaarheid ($r=.46$) matig sterk met de intentie. De constructen die laag correleren met intentie zijn ; zelfeffectiviteit en waargenomen kennis ($r=.38$). Andere sterk positieve correlatie dat gevonden is tussen intentie en attitude ($r=.61$), hierbij moet echter wel een kanttekening worden gemaakt omdat het aantal respondenten die de items van attitude hebben beantwoord lager is dan die van de rest van de determinanten ($n=21$).

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er drie significante positieve correlaties zijn met het gebruik van de Meldcode het gaat hierbij om de voorspellers sociale steun ($r=.51$), zelfeffectiviteit ($r=.40$) en medewerking en tevredenheid van de patiënt ($r=.36$).

Hierbij valt op dat de voorspellers medewerking en tevredenheid zowel met intentie als met het gebruik van de Meldcode een positieve significante samenhang hebben. Wat ook opvalt is dat de determinanten waargenomen kennis, bruikbaarheid, persoonlijk voor- en nadeel en attitude alleen

positief samenhangen met intentie en niet met het gebruik van de Meldcode. Sociale steun heeft een positieve samenhang met gebruik van de Meldcode en niet met de intentie. Verder is het opvallend dat er geen samenhang is tussen de intentie en het gebruik van de Meldcode.

3.4 Multivariate regressie analyse op het intentieconstruct

In onderstaande tabel 7 is een multivariate regressie uitgevoerd op het construct intentie. Dit is alleen uitgevoerd met het intentie construct. Dit is gedaan, omdat de intentie kan worden gezien als een determinant voor het toekomstige gedrag. In de regressieanalyse zijn alleen de determinanten opgenomen die een significante correlatie hadden met de intentie ($p < .05$). Uit de bivariate analyse is gebleken dat de determinanten die een positieve significante samenhang hebben met de intentie, proximale determinanten zijn. Vandaar dat ook in de multivariate analyse alleen maar proximale determinanten zijn opgenomen.

De multivariate analyse is twee keer uitgevoerd de eerste keer zonder de attitude en de tweede keer met de attitude. Het is zonder attitude uitgevoerd, omdat het construct attitude minder respons had dan de andere constructen ($n=21$). Maar omdat attitude toch een sterke positieve correlatie met $p < .01$ heeft, is het wel een keer meegenomen in de regressieanalyse. Bij de tweede analyse met attitude kwam er geen significant model uit ($R^2=0,19$, $F=1,80$, $p=0,171$), vandaar dat het verder ook niet wordt gerapporteerd.

Tabel 7. Multivariate analyse van determinanten als voorspellers op intentie.

Voorspellers	β	p
Waargenomen kennis	.18	.288
Bruikbaarheid	.00	.979
Persoonlijk voor- en nadeel	.48	.074
Zelfeffectiviteit	.20	.346
Medewerking/tevredenheid patiënt	.35	.041
$R^2=0,42$		
$F= 6,22$ (df; 5;31)		
$p= 0.00$		

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de verklaarde variantie van het model 42% is. De intentie voor 42% verklaard door het model met de constructen waargenomen kennis, bruikbaarheid, persoonlijk voor- en nadeel, zelfeffectiviteit en medewerking en tevredenheid van de patiënt.

Verder blijken er in het model twee unieke verklarende determinanten te zijn gevonden die een significantie bijdrage hebben voor de intentie van het gebruik van de Meldcode ($p < .10$). Het gaat hier om de determinanten persoonlijk voor- en nadeel ($\beta=.48$, $p=.074$) en medewerking en tevredenheid van de patiënt ($\beta=.35$, $p=.041$). Hoe gunstiger de score op het persoonlijk voor- en nadeel

is, hoe hoger de intentie om de Meldcode te (blijven) gebruiken. Dit zelfde geldt voor de verwachte medewerking en tevredenheid van de patiënt.

3.5 Analyse van persoonlijk voor- en nadeel en medewerking en tevredenheid van de patiënt.

De twee determinanten die een significante positieve regressie hebben met de intentie worden verder verdiept. Dit is gedaan op het item niveau, om te kijken of bepaalde items een sterkere verklarende waarde hebben dan andere items.

Tabel 8. Oneway ANOVA van de items van de constructen persoonlijk voor- en nadeel en medewerking en tevredenheid van de patiënt met de intentie van het Meldcode gebruik

		Intentie					
		Laag (n=8)		Hoog (n=32)			
	Item	M	SD	M	SD	F	p
Persoonlijk voor- en Nadeel	Voldoende kennis	2,63	1,061	3,38	0,833	4,66	.037
	Tot functie behoren	3,13	0,641	3,97	0,538	14,62	.000
	Zekerder voelen	2,75	0,463	3,63	0,660	12,41	.001
	Juridisch sterker staan	3,00	0,926	3,81	0,693	7,69	.009
	Bang agressieve reactie	2,63	0,916	2,31	0,780	0,96	.333
	Kost teveel (vrije) tijd	2,38	0,916	2,72	0,772	1,18	.284
	Onvoldoende vergoed	2,75	0,886	2,34	0,787	1,62	.210
Medewerking en tevredenheid van de Patiënt	Zullen het accepteren	2,63	1,061	3,38	0,833	4,35	.044
	Waarheid vertellen	2,25	0,886	2,79	0,620	3,98	.054
	Voorkomen/stoppen van huiselijk geweld	2,75	0,707	3,62	0,622	11,61	.002

Uit de bovenstaande tabel blijkt bij de ANOVA toets met een significantieniveau van $p < .05$ dat er zes items een significant verschil hebben tussen de groepen lage en hoge intentie. Bij persoonlijk voor- en nadeel gaat het om de eerste vier items. Dit zijn de volgende items; “Ik heb voldoende kennis over de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, Ik vind het tot mijn functie horen om de KNMG-meldcode te gebruiken, Door de KNMG-meldcode te gebruiken voel ik mij zekerder over het nemen van de stappen bij een vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling en Door de KNMG-meldcode te gebruiken, sta ik juridisch sterk als een casus tot een rechtszaak komt.”. Hierbij is een significant verschil tussen de groepen met een lage en hoge intentie. Hierbij gaat het om de items waar het gaat om de competentie en de taakopvatting van de huisarts. Ook waarbij het gaat om de mogelijke risico's die worden vermeden door de Meldcode te gebruiken.

Bij medewerking en tevredenheid van de patiënt zijn er twee items die een significant verschil hebben tussen de groepen met een lage en hoge intentie. Het gaat om het item “Ik verwacht dat mijn patiënten het zullen accepteren als ik de KNMG-meldcode gebruik bij het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling” en om het item “Ik verwacht dat met het gebruik van de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling eerder kunnen worden voorkomen of gestopt, dan zonder het gebruik.”. Hierbij gaat het om twee verschillende soorten items; de eerste gericht op de verwachting van de huisarts op de medewerking van de patiënt en de twee gericht op de effectiviteit van de Meldcode.

Tabel 9. *Pearson correlatie tussen de items met de intentie van het Meldcode gebruik*

		Intentie	
	item	r	P
Persoonlijk voor- en Nadeel	Voldoende kennis	.280	.080
	Tot functie behoren	.69***	.000
	Zekerder voelen	.49**	.001
	Juridisch sterker staan	.50**	.001
	Bang agressieve reactie	.02	.906
	Kost teveel (vrij) tijd	.34*	.030
	Onvoldoende vergoed	-.03	.858
Medewerking en tevredenheid van de Patiënt	Zullen het accepteren	.40*	.015
	Waarheid vertellen	.34*	.041
	Voorkomen/stoppen van huiselijk geweld	.54***	.000

Note. *** = $p < 0,001$

** = $p < 0,01$

* = $p < 0,05$

Om de analyse uit tabel 8 te bevestigen of te verwerpen is er een tweede analyse uitgevoerd. Dit is gedaan met een Pearson correlatie tussen de items van persoonlijk voor- en nadeel en medewerking en tevredenheid van de patiënt enerzijds met de intentie van het Meldcode gebruik anderzijds. Dit is gedaan omdat de tweedeling in de vorige analyse wankel is, het is namelijk niet gelijk matig verdeeld (laag $n=8$, hoog $n=32$).

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat er voor het construct persoonlijk voor- en nadeel er 4 items zijn die positief correleren met de intentie. Het gaat hierbij om de items; ik vind het tot mijn functie behoren..., ik voel mij zekerder over het nemen van de stappen..., ...sta juridisch sterker... en ... kost het teveel (vrije tijd). Wanneer deze uitkomsten met de uitkomsten in tabel 8 worden vergeleken, blijkt dat het item “kost teveel (vrije tijd)” geen verklarende waarde hebben voor een hoge of lage intentie. Uit tabel 8 blijkt juist wel dat er een significantie positieve samenhang is tussen kost

teveel (vrije) tijd en de intentie, deze samenhang is wel redelijk laag. Ook is opvallend dat het item “juridisch sterker staan” bij de variantie analyse niet zo sterk naar voren komt in vergelijking met het item “zekerder voelen”, terwijl uit de pearson correlatie maar een nihil verschil is tussen de beide items. Het item “juridisch sterker staan” blijkt dus in de correlatie sterker te zijn dan bij de variantie analyse.

Voor de medewerking en tevredenheid van de patiënt hebben alle drie items een positief en significante correlatie met de intentie (zullen het accepteren, waarheid vertellen, voorkomen/stoppen van huiselijk geweld). Dit wijkt in vergelijking met tabel 8 af op 1 item. Dit is het item “waarheid vertellen”, uit tabel 8 blijkt dat de variantie niet significant is ($p=.054$). Hieruit blijkt wel dat het net niet significant is. Wanneer er wordt gekeken naar de pearson correlatie blijkt dat deze wel significant is ($r=.34$, $p=.041$).

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te kijken naar de bevorderende en belemmerende factoren voor huisartsen voor het gebruik van de KNMG-meldcode. Hierbij wordt gekeken naar welke determinanten het gebruik beïnvloeden. Er is gekeken naar de verschillende constructen van het ASE-model (Bolman et al., 2004) en de MIDI vragenlijst (Fleuren et al., 2012) en of deze een samenhang hebben met het gebruik van de Meldcode of met de intentie om de Meldcode te blijven of gaan gebruiken.

In totaal zijn alle 350 huisartsen die aangesloten zijn bij de huisartsenkring Twente benaderd om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst is door de huisartsenkring Twente per e-mail verspreid. In totaal zijn er 43 huisartsen die een respons hebben gegeven (12,3%).

Uit de resultaten blijkt het aantal vermoedens in de afgelopen 12 maanden ($M=2,42$, $SD=2,35$) hoger te zijn dan het aantal keer de Meldcode gebruikt ($M=0,68$, $SD=0,88$). Hieruit blijkt dat niet bij elk vermoeden ook daadwerkelijk de Meldcode of een gedeelte van de Meldcode wordt gebruikt. Ook is het aantal directe meldingen bij acuut gevaar in de afgelopen 12 maanden veel lager ($M=0,19$, $SD=0,39$), waarvan er 8 respondenten (18,6%) zijn geweest die 1 keer een directe melding hebben gedaan. Hieruit blijkt ook dat ook met deze gegevens erbij dat het aantal vermoedens alsnog hoger is dan het aantal keer de Meldcode gebruikt en de directe meldingen. Wanneer dit met de literatuur van Doeve (2008) wordt vergeleken, valt het op dat in de gezondheidszorg de Meldcode gemiddeld 4,1 keer is gebruikt. In dit onderzoek is dit een stuk lager, namelijk 0,68. Ook blijkt uit onderzoek van Doeve (2008) dat men in de gezondheidszorg bij 64% van de vermoedens de procedure uit de Meldcode gebruikt. Wanneer dit vergeleken wordt met dit onderzoek is 64% van de vermoedens ($M=2,42$) het aantal keer dat de Meldcode is gebruikt. Het aantal keer dat de procedure uit de Meldcode dan moet zijn gebruikt is dan gemiddeld 1,55 keer, dit wijkt ook af met wat uit dit onderzoek blijkt (gebruik, $M=0,68$). Dit hoeft echter nog niet te betekenen dat de huisartsen slecht handelen. Het kan zo zijn dat de huisartsen wel wat doen aan huiselijk geweld, maar dat ze dit doen op hun eigen manier of andere methoden gebruiken.

Uit de resultaten is gebleken dat de distale determinanten geen verklarende variabelen zijn voor de intentie en het gebruik van de Meldcode. Onder de distale determinanten verstaan we de algemene gegevens van de huisarts. Het blijkt dat bij verschillende vormen van praktijken geen significant verschil geeft met de intentie en het gebruik van de Meldcode. Hierbij gaat het om het verschil tussen groepspraktijken en geen groepspraktijken en het verschil tussen solopraktijk en geen solopraktijk. Dit kan wel worden verwacht als er naar de theorieën wordt gekeken. Clemmers et al. (1988) en Firth Corzins (1998) concluderen dat het bereiken van goede uitkomsten in de zorg is ten dele afhankelijk van individuele expertise en prestaties. Echter, de meeste zorgverleners werken (steeds meer) in groepen en teams en zijn voor de effectiviteit van hun eigen handelen afhankelijk van

anderen. Om processen in de zorg te verbeteren moet men vaak eerst de interactie en communicatie tussen betrokkenen in deze processen verbeteren. Dit zelfde geldt voor het soort dienstverband, waar een keuze is gemaakt tussen eigen praktijk en geen eigenpraktijk.

Bij de constructen springen er twee uit die een voorspellende waarde hebben op de intentie van het gebruik van de Meldcode, namelijk; het persoonlijk voor- en nadeel van de huisarts en de verwachting van de huisarts op de medewerking en tevredenheid van de patiënt. Wanneer dit wordt vergeleken met de literatuur van Fleuren et al. (2012) blijkt het dat het onder de categorie; determinanten met betrekking tot de gebruiker valt. Hieruit blijkt dus dat de gebruiker, in dit geval de huisartsen, bij het 'innovation process' belangrijk vindt of de innovatie de huisarts voordeel oplevert (Fleuren et al, 2004).

Bij persoonlijk voor- en nadeel blijkt dat sommige items zorgen dat er een verschil komt tussen de lage en hoge intentie. Zo blijkt dat voldoende kennis, het behoren tot de functie, zekerder voelen en juridisch sterk staan ervoor zorgen dat de intentie hoger uitvalt, dus dat de respondenten hierdoor eerder de Meldcode blijven gebruiken of gaan gebruiken. Het gaat hierbij om de competentie en taakopvatting van de huisartsen en ook items waarbij het gaat dat risico's worden voorkomen door het gebruik van de Meldcode.

Bij de verwachtingen van de huisarts op de medewerking en tevredenheid van de patiënt zorgen alle items voor een significant verschil hebben tussen de lage en hoge intentie. Hierbij gaat het om de verwachting dat de patiënten het zullen accepteren, de verwachting dat de patiënten de waarheid zullen vertellen en de verwachting dat wanneer de Meldcode wordt gebruikt huiselijk geweld en kindermishandeling eerder kan worden voorkomen of gestopt. De huisartsen die een hoge intentie voor het gebruik van de Meldcode hebben, hebben vaak ook het gevoel dat de patiënten het zullen accepteren, de waarheid vertellen of dat de Meldcode ervoor zorgt dat huiselijk geweld en kindermishandeling hierdoor eerder kan worden gestopt en voorkomen. Het gaat hier om twee soorten items ten eerste om de items over de verwachting van de huisarts dat de patiënten positief zullen reageren en ten tweede of het gebruik van de huisarts ook effectieve zorg oplevert.

Verder blijkt uit de resultaten dat de determinanten waargenomen kennis, bruikbaarheid, zelfeffectiviteit, en attitude(n=21) positief en significant correleren met de intentie. De voorspellers die positief en significant correleren met het gebruik van de Meldcode zijn; sociale steun, zelfeffectiviteit en medewerking en tevredenheid van de patiënt. De andere voorspellers hebben geen samenhang met de intentie en/of gebruik van de Meldcode. Wanneer dit wordt vergeleken met het ASE-model van Bolman et al. (2004) wordt er verwacht dat attitude, zelfeffectiviteit en subjectieve norm (in dit onderzoek kan sociale steun hier onder worden gezien) een significante samenhang hebben met de intentie. Dit wordt voor een groot deel wel bevestigd, namelijk voor de determinanten zelfeffectiviteit en attitude. Attitude is volgens Grol & Wensing (2011) ook van belang, Grol en Wensing concluderen dat voordat men met echte implementatie van innovaties kan starten moet men vaak eerst werken aan een positieve attitude in een instelling of bij een beroepsgroep ten aanzien van kwaliteitsverbetering en

moet men over voldoende vaardigheden beschikken om de implementatie van veranderingen te kunnen uitvoeren (Grol & Wensing, 2011).

Echter is het heel opvallend dat er geen samenhang tussen de intentie en het gebruik van de Meldcode (gedrag) is, dit wordt wel verwacht wanneer er naar de literatuur wordt gekeken. In het ASE-model (Bolman et al. 2005), waar dit onderzoek deels op gebaseerd is, komt duidelijk naar voren dat intentie een voorspeller is van het gedrag. Dit is van belang om goed te onthouden bij dit onderzoek, omdat dit de conclusie beïnvloed.

Samenvattend kan dus worden gezegd dat er een aantal bevorderende en belemmerende factoren zijn voor het gebruik van de Meldcode of de intentie om de Meldcode te gaan gebruiken. De twee beïnvloedende factoren die het sterkst naar voren komen met intentie zijn het persoonlijk voor- en nadeel van de huisartsen en de medewerking van de patiënten. Andere factoren die als bevorderende of belemmerende factoren kunnen worden gezien zijn waargenomen kennis, bruikbaarheid, sociale steun, zelfeffectiviteit en attitude. Niet alle huisartsen zien dat ze de competentie hebben om de Meldcode te gebruiken of zien het als hun taak, dit kan een belemmering zijn voor verdere toepassing van de Meldcode. Ook kan een negatieve verwachting van de reactie patiënten het gebruik van de Meldcode belemmeren. Dit zelfde geldt voor dat de huisartsen niet inzien dat het gebruik van de Meldcode ervoor zorgt dat bepaalde risico's kunnen worden voorkomen. Ook dat ze het niet zien als een effectieve verbetering voor de gezondheidszorg.

Om betrouwbare conclusies te trekken is eigenlijk een grotere populatie dan $n=43$ gewenst. Een kleine steekproef kan ervoor zorgen dat we de robuuste kenmerken er wel uit halen, alleen de subtiele predictors worden niet gevonden. Hiervoor zou eventueel verder onderzoek moeten worden gedaan met een grotere n . Wel kan de steekproef als representatief worden gezien als er wordt gekeken naar de soort praktijk, dit is namelijk in dit onderzoek gelijkmatig verdeeld onder de 3 groepen groepspraktijk (37,2%), duopraktijk (32,6%) en solopraktijk (27,9%). Wanneer we de distale kenmerken leeftijd en werkervaring vergelijken met eerder onderzoek zoals die van Doeve (2008), komt het overeen. In dit onderzoek is de gemiddelde leeftijd 46,45 jaar, bij Doeve is de leeftijd opgedeeld in categorieën, voor de gezondheidszorg neemt het de volgende waarden aan; 18-34 (13%), 35-44 (27%), 45-54 (37%) en 55-64 (22%). In dit onderzoek is de gemiddelde werkervaring 15,30 jaar, in het onderzoek van Doeve is dit 16 jaar. Mocht de steekproef van dit onderzoek niet representatief zijn voor de werkelijkheid, dan geeft dit geen vertekening van het beeld omdat de distale kenmerken geen voorspeller voor de intentie zijn.

Verder wordt alles vanuit de perceptie van de huisarts gemeten. Ze moeten zelf aangeven in welke mate ze vinden dat ze de stappen van de Meldcode gebruiken. Zo kan iemand bijvoorbeeld die het AMK in 3 van de 5 gevallen om advies heeft gebruikt het ziet als 3=in bijna alle gevallen, terwijl een andere huisarts dit ziet als 2=in sommige gevallen. Dit is lastig om hier rekening mee te nemen aangezien dit onderzoek alleen per e-mail wordt afgenomen en er niet in gesprek is gegaan met

huisartsen om de perceptie te controleren en te vragen naar definitieve cijfers. De KNMG-meldcode bestaat uit twee aparte stappenplannen, één voor volwassenen en één voor kinderen, in dit onderzoek wordt dit echter samengenomen.

Dat er meer voorspellers zijn voor de intentie dan bij het gebruik van de Meldcode kan komen doordat de Meldcode nog niet verplicht is toen we dit onderzoek hadden afgenomen. Dit kan wellicht een factor zijn dat het beïnvloed, doordat de huisartsen wel denken hem te gaan gebruiken wanneer het verplicht is maar nu nog niet gebruiken.

Het construct intentie bestaat maar uit 1 item die het construct goed representeert namelijk; “Ik ben van plan conform de KNMG-meldcode te werken of te blijven werken.”. Wellicht dat in een vervolg onderzoek het construct van intentie uit meerdere items kan bestaan. Een ander probleem van dit onderzoek kan zijn dat het een cross-sectioneel onderzoek is, de verwachting voor de toekomst kan dus nooit helemaal met zekerheid worden voorspeld.

De vragenlijst is afgeleid uit theorievorming die door empirisch onderzoek is ondersteund. Volgens het ASE-model voorspellen en veranderen attitudes, sociale normen en self-efficacy de intentie tot gedrag, welke vervolgens het gedrag voorspeld (Brug et al., 2003). In dit onderzoek komt wel een significante samenhang tussen attitude en intentie naar voren, maar niet tussen de andere determinanten en intentie (attitude met $n=21$). Ook is er geen significante samenhang tussen de intentie en het gedrag, onder gedrag wordt in dit onderzoek het gebruik van de Meldcode gezien. In onderzoek van Kremers et al. (2008) komt naar voren dat de intentie voor gedrag en het daadwerkelijk vertoonde gedrag kunnen verschillen. Dit heeft te maken met de aanwezige vaardigheden en barrières (belemmerende en bevorderende factoren).

5. Aanbevelingen

Als de wetenschap ten aanzien van dit moment beknopt samenvatten, dan kan de conclusie zijn dat verschillende innovaties en voorstellen voor verandering van de zorg aan patiënten om verschillende invoeringsstrategieën kunnen vragen (Grol & Grimshaw, 2003). Ook Fleuren et al. (2004) benaderd dat het van belang is om een passende innovatiestrategie te hebben voor de innovatie. Hieronder een aantal aanbevelingen voor eventuele verbetering van de innovatie.

Het is van belang dat huisartsen in zien dat het gebruik van de Meldcode ook voor hen persoonlijk voordeel oplevert. Huisartsen zien het gebruik van de Meldcode niet allemaal even sterk als een taak van de huisarts. Ook denken niet alle huisartsen even sterk dat ze de competentie hebben voor het gebruik of dat de risico's van het aangaan van huiselijk geweld door middel van de meldcode worden verminderd. Om te bepalen hoe deze belemmeringen voor het gebruik van de Meldcode kan worden weggenomen, is nader onderzoek nodig naar de overwegingen van de huisartsen op dit punt.

Van belang is ook dat huisartsen in gaan zien dat de patiënten het zullen accepteren en de waarheid zullen vertellen wanneer er gebruik wordt gemaakt van de Meldcode. Niet alle huisartsen verwachten nu dat de patiënten positief zullen reageren. Hoe dit het beste aan de huisartsen duidelijk kan worden gemaakt komt niet in dit onderzoek naar voren, hiervoor is ook nader onderzoek nodig.

Verder is het van belang dat huisartsen in gaan zien dat de Meldcode zorgt voor een effectieve verbetering van huiselijk geweld en kindermishandeling. In dit onderzoek is namelijk gebleken dat dit een voorspeller is dat onderscheidt maakt tussen hoge en lage intentie voor het gebruik van de Meldcode. Hiervoor is nog wel nader onderzoek nodig om te kijken of dit ook echt van belang is en wat de overwegingen zijn.

Bruikbaarheid is ook een belangrijk aspect voor het gebruik van de Meldcode, dit kan worden vergroot door mensen meer kennis te geven over de Meldcode en hoe deze moet worden toegepast in de praktijk. Eventueel een extra handleiding te schrijven buiten de 5-stappen om, of de bestaande documenten die bij de KNMG-meldcode horen ook te verspreiden onder de huisartsen. Verder is nog wel van belang om te weten, waarom de huisartsen de Meldcode bruikbaar vinden en op welke aspecten ze het nog wat onduidelijk vinden om daar de innovatie te kunnen verbeteren.

Kennis is ook een aspect wat samenhangt met de intentie voor het gebruik van de KNMG-meldcode. Kennis van de huisartsen kan worden vergroot door middel van verschillende methoden, zoals bijvoorbeeld; nascholingscursussen, vergaderingen of in nieuwsbrieven voor de huisartsen. Van belang is bij kennis net zoals bij bruikbaarheid, om verder te onderzoeken waar de mogelijke minpunten van de Meldcode liggen en waar de huisartsen al genoeg over weten.

Ook heeft zelfeffectiviteit van de huisartsen een invloed op de intentie en ook op het gebruik van de Meldcode. Van belang is dus dat de huisartsen zichzelf in staat achten om de stappen van de Meldcode te gaan gebruiken. Dit kan eventueel worden verhoogd door de huisartsen een cursus te geven waarbij de kennis en het zelfvertrouwen van de huisartsen met betrekking tot het gebruik van de

Meldcode omhoog gaat. Verder onderzoek zou wel van belang kunnen zijn om meer duidelijkheid te krijgen over waar de huisartsen het meest tegenop zien en waarom het zo is.

Ook hebben niet alle huisartsen een even grote positieve attitude ten opzichte van de Meldcode. Hierbij is dus van belang om dit ook verder te onderzoeken in vervolg onderzoek. Vooral attitude in dit onderzoek minder respondenten heeft dan de rest van de determinanten.

Verder is de interne consistentie van niet alle constructen in dit onderzoek niet even goed, hier zou in eventueel vervolg onderzoek ook naar worden gekeken. Net als het opvalt dat inhoudelijk niet alle items even goed in de constructen passen. Van belang is ook voor eventuele vervolg onderzoek dat het aantal respondenten hoger is. Dit kan misschien op een andere manier worden aangepakt, bijvoorbeeld dat huisartsen nascholingspunten kunnen krijgen door mee te doen met het onderzoek.

Referenties

- Alink, L., Van Ijzendoorn, R., Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S., (2011). *Kindermishandeling in Nederland Anno 2010*. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen. In opdracht voor het Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport. *Universiteit Leiden; TNO*.
- Alink, L.R.A, Euser, S., Van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J., (2013). Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources. *International Journal of Psychology*, 48:2, 117-127.
doi:10.1080/00207594.2012.734622
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Eaglewood Cliffs: Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organization Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. New Jersey: Prentice Hall.
- Boerdam, A., (Eindredactie). (2010). Landelijke jeugdmonitor. Trendrapport 2010. Den Haag/Heerlen: Centraal bureau voor de Statistiek
- Bolman, C., Sino, C., Hekking, P., Van Keimpema, A., & Van Meerbeeck, J. (2005). Willingness of pulmonologists to guide COPD patients in smoking cessation. *Patient Education and Counseling*, 57, 126-133.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M., & Van der Molen, H.T. (2003). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Celmmmer T., Spuhler V., Berwick D., et al. (1998). *Cooperation: the foundation of improvement*. *Ann Int Med*. doi:128:1004-9.
- Doeven, I. (2008). *Meldcodes kindermishandeling; beschikking, waardering, gebruik en scholing*. Veldkamp, projectnummer P4773.

- Van Dijk, T., Veen, M., & Cox, E.(2010) *Slachtofferschap van huiselijk geweld: aard, omvang, omstandigheden en hulpzoekgedrag*. Hilversum: Intomart
- Firth-Cozins J. (1998). *Celebrating teamwork*. Qual Health Care ;7(Suppl.):S3-7.
- Fleuren, M.A.H., Wieferink, C.H., & Paulussen, T.G.W.M. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 107-123. doi:10.1093/intqhc/mhz030
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Van Dommen, P., & Van Buuren, S. (2012). *Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)*. TNO.
- Fleuren, M.A.H., Paulussen, T.G.W.M., Van Dommen, P., & Van Buuren, S. (2012). *Ontwikkeling Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)*. TNO
- Grol R., Grimshaw J. (2003). *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*. Lancet. doi:362(9391):1225-30
- Grol R., Wensing M. (2011). *Implementatie effectieve verbeteringen van patiëntenzorg*. Amsterdam; Reed Business.
- Hoving, C., Mudde, A.N., & De Vries, H.(2007). Intention to implement a smoking cessation intervention in Dutch general practice. *Health education*, 107, 307-315. doi: 10.1108/09654280710742591
- Kassin, S., Fein, S., & Markus, H.R. (2011). *Social Psychology (8th ed.)*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Kremers, S., Lechner, L., Meertens, R., & De Vries, H. (2008). Hoofdstuk 4: Determinanten van gedrag. In Assema, van, P., Brug, J. & Lechner, L. (Eds.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. (p. 75-105). Assen: Van Gorcum.
- Korf, D.J., Mot, E., Meulenbeek H., & Van den Brandt, (1997). *Economische kosten van thuisgeweld tegen vrouwen*. Amsterdam : Thesis Publishers.

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (2012). *Basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling; stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling*.
- Morrison, V., & Bennet, P. (2010). *Gezondheidspsychologie*. Amsterdam: Pearson Education.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations (4th ed.)*. New York: Free Press.
- Rogers, E.M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors*, 27, 989-993.
- Veen, van der, H.C.J., & Bogaerts, S. (2010). Huiselijk geweld in Nederland: overkoepelend synthese rapport van het vangst-hervangst, slachtoffer- en daderonderzoek 2007-2010. Den Haag, WODC.
- Veldkamp. (2012). *Voormeting onderzoek meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. P5487. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
- Visee, H.C., & Homurg, G.H.J. (2010). *Verzuimkosten werkgevers ten gevolge van huiselijk geweld. Eindrapport*. Amsterdam: Regioplan.
- Vries, de, H., Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjectivenorm as predictor of behavioral intentions. *Health education research*, 3, 273-282.
- Vries, de, H., Mudde, A.N. (1998). *Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy mode*. *Psychol Health*; 13;369-85.
- Wensing M., Hombergh P. van den, Doremalen H. van, et al (2009). *General practioners' workload associated with practice size rather than chronic care organization*. *Health Policy*. doi:89:124-9.
- Wolzak, A., & Ten Berge, I. (2005). *'Kindermishandeling. De aanpak in Nederland'*. Utrecht/Amsterdam: NIZW Jeugd/SWP.
- Wolzak, A., & Ten Berge, I. (2008). *Gevolgen van kindermishandeling*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Zorg Onderzoek Nederland (1997). *Met het oog op toepassing. Beleidsnota Implementatie ZON 1997-1999*. De Haag: ZON.

Informatie over het aantal mishandelingen van kinderen en jeugdigen uit het Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen, (2011). Verkregen op 26-02-2013, van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/06/188.html>

Informatie over huiselijk geweld (z.j.). Verkregen op 26-02-2013, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld>
http://www.s-hg.nl/pages/ik_ben_professional/huiselijk_geweld/feiten_en_cijfers.html

Informatie over Steunpunt Huiselijk Geweld (z.j.). Verkregen op 19-03-2013, van <http://www.s-hg.nl/>

Informatie over de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (z.j.). Verkregen op 26-02-2013, van <http://www.meldcode.nl>

Informatie over de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling bij artsen (2012). Verkregen op 19-03-2013, van <http://www.knmg.nl>

Nieuwsbrief leren signaleren nr. 2 (2009). Verkregen op 29-04-2013, van <http://www.seksueelgeweld.info/doc/nieuwsbrief%20najaar%202009.pdf>

Informatie over LHV artsennet (2013). Verkregen op 29-04-2013, van <http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Huisartsen-verbeteren-signalering-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-1.htm>

Wet op de Jeugdzorg (2013). Verkregen op 03-07-2013, van http://wetten.overheid.nl/BWBR0016637/HoofdstukI/Artikel1/geldigheidsdatum_03-06-2013

Vragenlijst knelpunten KNMG meldcode huisartsen

Waarom dit onderzoek?

Dit onderzoek gaat over de KNMG-meldcode voor kindermishandeling en volwassengeweld. Deze is afgeleid van de wet Meldcode Huiselijk geweld en Kindermishandeling. De overheid stelt vanaf 1 juli 2013 het handelen volgens de Meldcode landelijk verplicht. Huisartsen kunnen echter knelpunten ervaren in de dagelijkse praktijk, waardoor niet altijd volgens de stappen van de Meldcode wordt gewerkt. Met dit onderzoek willen we hier beter zicht op krijgen.

Volledig anoniem

Dit onderzoek is geheel anoniem. De gegevens worden strikt vertrouwelijk door de onderzoekers van de Universiteit Twente verwerkt en bewaard.

Belangrijk!

Wanneer u de Meldcode niet of in beperkte mate kent, vragen wij u toch de vragenlijst in te vullen. Vul deze vragen dan in naar uw verwachting over de KNMG-meldcode. Daar waar u vragen kunt overslaan, gebeurt dit automatisch.

Hoe wordt u geïnformeerd over de resultaten?

Een factsheet met de belangrijkste uitkomsten zal door de Huisartsenkring Twente worden verspreid, naar verwachting in juli dit jaar. Het volledige onderzoeksrapport zal ook bij de Twentse Huisartsenkring te bestellen zijn, zodra de factsheet is gepubliceerd.

Er zijn 25 vragen in deze enquête

Algemene gegevens

1 [ALG1]

Geslacht: *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Vrouwelijk
- ☐ Mannelijk

2 [ALG2]

Leeftijd: *

Each answer must be between **fixnum(10)** and **fixnum(90)**

Vul uw antwoord hier in:

- jaar

3 [ALG3]

In welke gemeente bent u werkzaam als huisarts (als u op meer locaties werkt, kies dan de locatie waar u de meeste uren werkzaam bent)? *

Vul uw antwoord hier in:

4 [ALG4]

Hoeveel fte bent u op dit moment als huisarts werkzaam (we bedoelen hier alleen de directe patiëntenzorg en aanverwante praktijkwerkzaamheden en dus geen nevenfuncties)? *

Vul uw antwoord hier in:

5 [ALG5]

Bent u momenteel werkzaam in een ... (vul in wat het meest overeenkomt met uw huidige situatie) *

Please select at most **fixnum(1)** answer(s)
Selecteer alles wat voldoet

- ☐ Groepspraktijk
- ☐ Duopraktijk
- ☐ Solopraktijk
- ☐ Anders:

6 [ALG6]

In welk verband bent u momenteel werkzaam als huisarts? (vul in wat het meest overeenkomt met uw huidige situatie) *

Please select at most **fixnum(1)** answer(s)
Selecteer alles wat voldoet

- ☐ Eigen praktijk en/of zelfstandig gevestigde HA
- ☐ In loondienst verband
- ☐ HIDHA en/of waarnemer
- ☐ Anders:

7 [ALG7]Hoeveel jaar werkt u als huisarts? *

Vul uw antwoord hier in:

1

8 [VOO1]Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden een vermoeden gehad van huiselijk geweld? Als u dat niet precies weet, probeert u het dan zo goed mogelijk te schatten. *

Vul uw antwoord hier in:

9 [VOO2]

Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden direct een melding gedaan bij de politie of de Raad voor de Kinderbescherming, omdat er sprake was van acuut gevaar? *

Vul uw antwoord hier in:

2

De volgende vragen gaan over de stappen zoals die in de KNMG-meldcode chronologisch staan beschreven.

10 [GDR1]In hoeverre verricht u de volgende activiteiten als u een aanhoudend vermoeden heeft van huiselijk geweld of kindermishandeling? Een acute melding valt hier buiten. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Geen enkel geval	Sommige gevallen	Bijna alle gevallen	Alle gevallen
Verzamelen van aanwijzingen.	☐	☐	☐	☐
Het vastleggen van aanwijzingen in het dossier.	☐	☐	☐	☐
Advies vragen bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) in gevallen van vermoeden van kindermishandeling.	☐	☐	☐	☐

	Geen enkel geval	Sommige gevallen	Bijna alle gevallen	Alle gevallen
Advies vragen bij het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) in gevallen van vermoeden van huiselijk geweld.	☐	☐	☐	☐
Advies vragen aan collega's.	☐	☐	☐	☐
In gesprek gaan met de betrokkenen of ouders van de betrokkene.	☐	☐	☐	☐
Informatie opvragen bij professionals van andere organisaties die ook betrokken zijn bij het gezin/de betrokkene.	☐	☐	☐	☐
Monitoren van de mishandeling of het geweld.	☐	☐	☐	☐
Melden van het geweld bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling.	☐	☐	☐	☐
Melden van het geweld bij het Steunpunt Huiselijk Geweld.	☐	☐	☐	☐

3

11 [VO03]Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden de procedure uit de KNMG-meldcode met betrekking tot huiselijk geweld en kindermishandeling (gedeeltelijk) gevolgd? Als u dat niet precies weet, probeert u het dan zo goed mogelijk te schatten. *

Vul uw antwoord hier in:

12 [NSH1]

Heeft u in de afgelopen 2 jaar (na)scholing gevolgd waar de KNMG-meldcode, of delen hiervan, aan de orde kwam/kwamen. *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Ja
- ☐ Nee

13 [KEN1] *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Ik ben niet op de hoogte	Ik ben een beetje op de hoogte	Ik ben op de hoogte
In hoeverre bent u op de hoogte van de inhoud van de KNMG-meldcode?	☐	☐	☐

14 [BBH1] *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal niet duidelijk	Niet duidelijk	Neutraal	Duidelijk	Heel duidelijk
In hoeverre vindt u dat de KNMG-meldcode duidelijk aangeeft wat u moet doen als u huiselijk geweld of kindermishandeling vermoedt?	☐	☐	☐	☐	☐

4

15 [PVN1]

Geef bij de volgende stelling aan in hoeverre u het er mee eens bent. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik heb voldoende kennis over de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind het tot mijn functie horen om de KNMG-meldcode te gebruiken.	☐	☐	☐	☐	☐
Door de KNMG-meldcode te gebruiken voel ik mij zekerder over de nemen stappen bij een vermoeden van huiselijk geweld	☐	☐	☐	☐	☐

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
en/of kindermishandeling.					
Door de KNMG- meldcode te gebruiken, sta ik juridisch sterk als een casus tot een rechtszaak komt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben soms bang voor een agressieve reactie van de familie als ik stappen van de de KNMG-meldcode volg.	☐	☐	☐	☐	☐
Wanneer ik de stappen van de KNMG-meldcode volg kost het teveel (vrije) tijd.	☐	☐	☐	☐	☐
Wanneer ik de stappen van de KNMG-meldcode volg wordt dat onvoldoende vergoed.	☐	☐	☐	☐	☐

5

16 [INT1]Ik ben van plan ... *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien niet, misschien wel	Waarschijnlijk wel	Zeker wel
... conform de KNMG- meldcode te werken of te blijven werken.	☐	☐	☐	☐	☐
... de KNMG- meldcode op internet te downloaden of te bestellen om deze te gebruiken in mijn praktijk.	☐	☐	☐	☐	☐
... om scholing/training te volgen voor de stappen van de KNMG- meldcode.	☐	☐	☐	☐	☐

17 [INT2] Welk deel van ... *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niemand	Sommigen	Meesten	Vrijwel alle	Allemaal
... de huisartsen uit uw huisartsenkring werkt volgens u volgens de KNMG-meldcode?	☐	☐	☐	☐	☐
... uw collega huisartsen uit uw huisartsenkring verwacht van u dat u volgens de KNMG-meldcode werkt?	☐	☐	☐	☐	☐

6

18 [SST1] Ik krijg voldoende ondersteuning ... *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
... van medehuisartsen in mijn praktijk, als ik die nodig heb bij het werken volgens de KNMG-meldcode.	☐	☐	☐	☐	☐
... van betrokken professionals in mijn werkomgeving als ik die nodig heb bij het werken volgens de KNMG-meldcode.	☐	☐	☐	☐	☐
... van het AMK, als ik advies nodig heb bij het werken volgens de KNMG-meldcode.	☐	☐	☐	☐	☐
... van het SHG, als ik advies nodig heb bij het werken	☐	☐	☐	☐	☐

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
volgende de KNMG-meldcode.					
... van het AMK bij het melden van huiselijk geweld.	☐	☐	☐	☐	☐
... van het SHG bij het melden van huiselijk geweld.	☐	☐	☐	☐	☐

7

19 [SMW1]

In welke mate ervaart u knelpunten in de samenwerking met onderstaande ketenpartners bij een vermoeden van huiselijk geweld en kindermishandeling? Het samenwerken kan hierbij bijvoorbeeld gaan over informatie uitwisselen, overleggen of het afstemmen van de zorgcoördinatie. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Gezondheidszorg (bijv. artsen, verpleegkundigen, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten, kraamzorg en geestelijke gezondheidszorg psychologen)	☐	☐	☐	☐
Onderwijs/kinderopvang (bijv. onderwijspersoneel, kinderopvangpersoneel en leerplichtambtenaren)	☐	☐	☐	☐
Maatschappelijke ondersteuning, waaronder de sectoren welzijn en sport (bijv. algemeen maatschappelijk werkers, (thuis)zorgmedewerkers, welzijnswerkers en personeel in de sport, MEE consultants, jongerenwerkers en peuterspeelzaalpersoneel)	☐	☐	☐	☐
Jeugdzorg (bijv. medewerkers Bureau Jeugdzorg)	☐	☐	☐	☐
Advies en Meldpunt Kindermishandeling	☐	☐	☐	☐
Steunpunt Huiselijke Geweld	☐	☐	☐	☐

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Raad van de Kinderbescherming	☐	☐	☐	☐
Politie	☐	☐	☐	☐

8

20 [ZEF1] In hoeverre acht u zichzelf in staat om ... *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien niet, misschien wel	Waarschijnlijk wel	Zeker wel
... huiselijk geweld en/of kindermishandeling of risico's op huiselijk geweld en/of kindermishandeling te signaleren.	☐	☐	☐	☐	☐
... met de betrokkene of de ouders van de betrokkene in gesprek te gaan over een vermoeden van huiselijk geweld.	☐	☐	☐	☐	☐
... het AMK te bellen voor advies.	☐	☐	☐	☐	☐
... het SHG (steunpunt huiselijk geweld) te bellen voor advies.	☐	☐	☐	☐	☐
... advies te vragen aan collega's.	☐	☐	☐	☐	☐
... te bepalen of ik zelf hulp kan bieden of niet.	☐	☐	☐	☐	☐
... relevante hulp te organiseren wanneer patiënten het probleem van huiselijk geweld en/of kindermishandeling bevestigen en hulp aanvaarden.	☐	☐	☐	☐	☐
... een melding te doen bij het SHG bij een sterk vermoeden van huiselijk geweld.	☐	☐	☐	☐	☐
... een melding te doen bij het AMK bij een sterk	☐	☐	☐	☐	☐

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien niet, misschien wel	Waarschijnlijk wel	Zeker wel
vermoeden van kindermishandeling.					

9

21 [MTP]Ik verwacht dat ... *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens
... mijn patiënten het zullen accepteren als ik de KNMG-meldcode gebruik bij het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling.	☐	☐	☐	☐	☐
... mijn patiënten de waarheid zullen vertellen wanneer ik het vermoeden van huiselijk geweld en/of kindermishandeling bespreekbaar maak.	☐	☐	☐	☐	☐
... mijn patiënten niet zullen meewerken wanneer ik handel volgens de stappen van de KNMG- meldcode.	☐	☐	☐	☐	☐
... met het gebruik van de KNMG- meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling eerder kunnen worden voorkomen of gestopt, dan zonder het gebruik.	☐	☐	☐	☐	☐

10

22 [ATT1]Het werken volgens de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vind ik ... *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ☐ heel slecht
- ☐ slecht
- ☐ neutraal
- ☐ goed
- ☐ heel goed

23 [ATT2] Het werken volgens de KNMG-meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling vind ik ... *

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Helemaal niet effectief
- ☐ Niet effectief
- ☐ Neutraal
- ☐ Effectief
- ☐ Helemaal effectief

24 [ATT3]

Geef bij de volgende stellingen aan in hoeverre u het hiermee eens bent. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal eens
Ik ben tegen het gebruik van de KNMG-meldcode in de huisartsenpraktijk.	☐	☐	☐	☐	☐
Het verplichtende karakter, vanaf 1 juli 2013, van de KNMG-meldcode is een ongewenste beperking van mijn vrijheid van handelen als huisarts.	☐	☐	☐	☐	☐

Einde vragenlijst

25 [OPM]

Hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Wanneer u vragen, suggesties of opmerkingen heeft, kunt u dit hieronder plaatsen.

Vul uw antwoord hier in:

01.01.1970 – 01:00

Verstuur uw enquête

Bedankt voor uw deelname aan deze enquête.

Bijlage 2: wervende tekst

Beste (collega)huisarts in regio Twente,

Vanaf 1 juli 2013 zal het werken volgens de KNMG meldcode voor kindermishandeling en huiselijk geweld landelijk verplicht worden. Huisartsen kunnen echter knelpunten ervaren in de dagelijkse praktijk, waardoor niet altijd volgens de stappen van de meldcode wordt gewerkt. Om hier beter zicht op te krijgen, doet de Universiteit Twente onderzoek naar deze knelpunten. Met de uitkomsten kunnen we huisartsen beter ondersteunen bij de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld. Graag vragen we uw medewerking aan dit onderzoek.

Dit onderzoek is een gezamenlijk initiatief van de Politie Regio Twente, Gemeente Enschede, Mediant en de Universiteit Twente. De Huisartsenkring Twente steunt dit onderzoek en daarom vragen we uw medewerking.

Wat vragen wij van u?

Wij vragen u de online vragenlijst in te vullen. Het invullen duurt 10-15 minuten. U kunt dit doen via de volgende link: <https://surveys-igs.utwente.nl/index.php?sid=34147&lang=nl>

Geheel anoniem

Dit onderzoek is geheel anoniem. De gegevens worden strikt vertrouwelijk door de onderzoekers van de Universiteit Twente verwerkt en bewaard.

Belangrijk!

Wanneer u de KNMG Meldcode niet of in beperkte mate kent, vragen wij u toch de vragenlijst in te vullen. Vul deze vragen dan in naar uw verwachting over de KNMG Meldcode. Daar waar u vragen kunt overslaan, gebeurt dit automatisch.

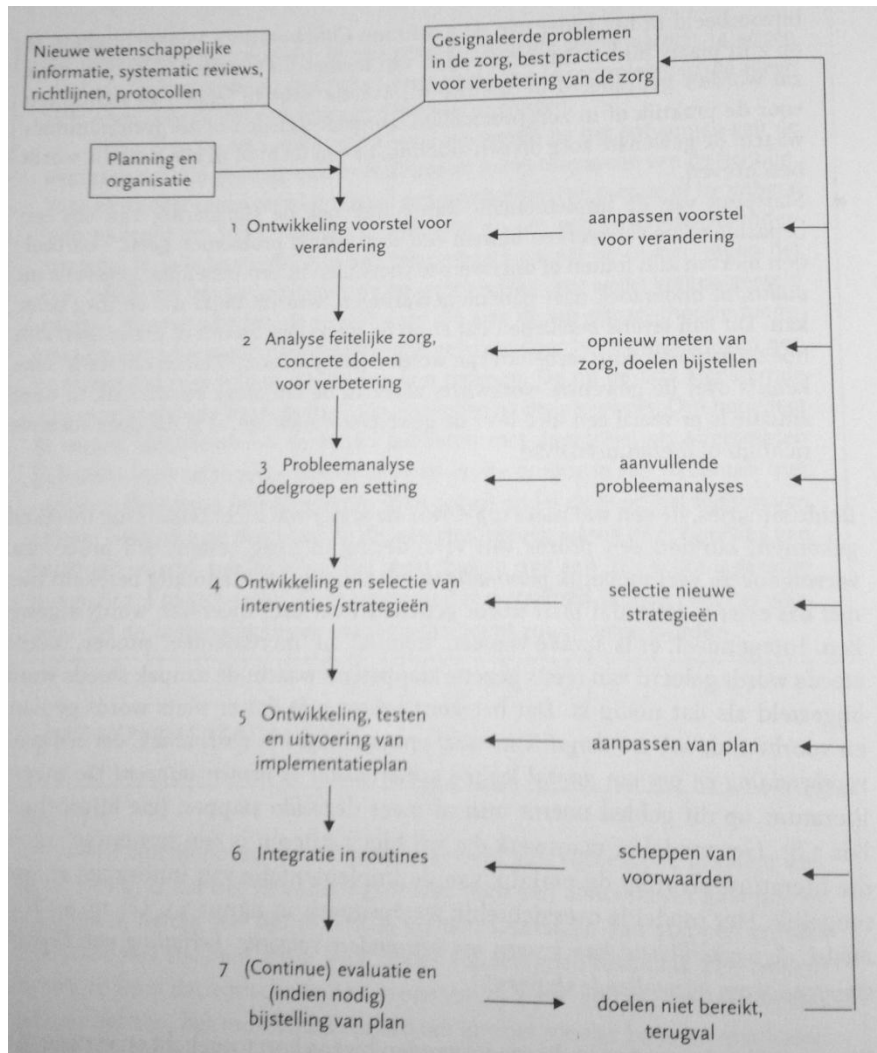
Hoe wordt u geïnformeerd over de resultaten?

Een factsheet met de belangrijkste uitkomsten zal door de Huisartsenkring Twente worden verspreid, naar verwachting in juli dit jaar. Het volledige onderzoeksrapport zal ook bij de Twentse Huisartsenkring te bestellen zijn, zodra de factsheet is gepubliceerd.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Peter Marinus, huisarts en voorzitter van de Kwaliteitscommissie van de LHV Huisartsenkring Twente.

Bijlage 3: het implementatie model



Figuur 5 het implementatiemodel (Grol & Wensing, 2011)