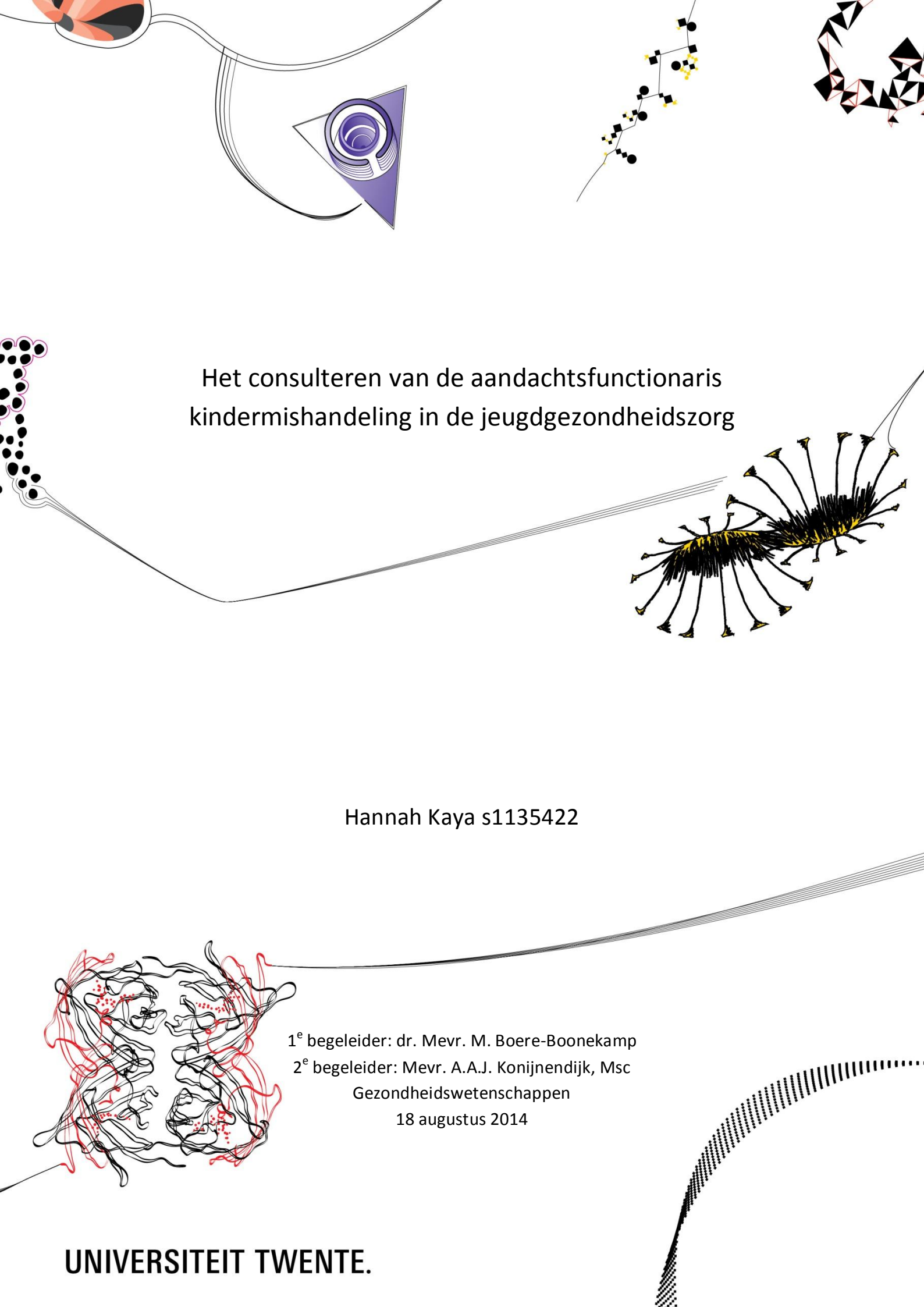


Het consulteren van de aandachtsfunctionaris
kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg

Hannah Kaya s1135422

1^e begeleider: dr. Mevr. M. Boere-Boonekamp
2^e begeleider: Mevr. A.A.J. Konijnendijk, Msc
Gezondheidswetenschappen
18 augustus 2014

UNIVERSITEIT TWENTE.

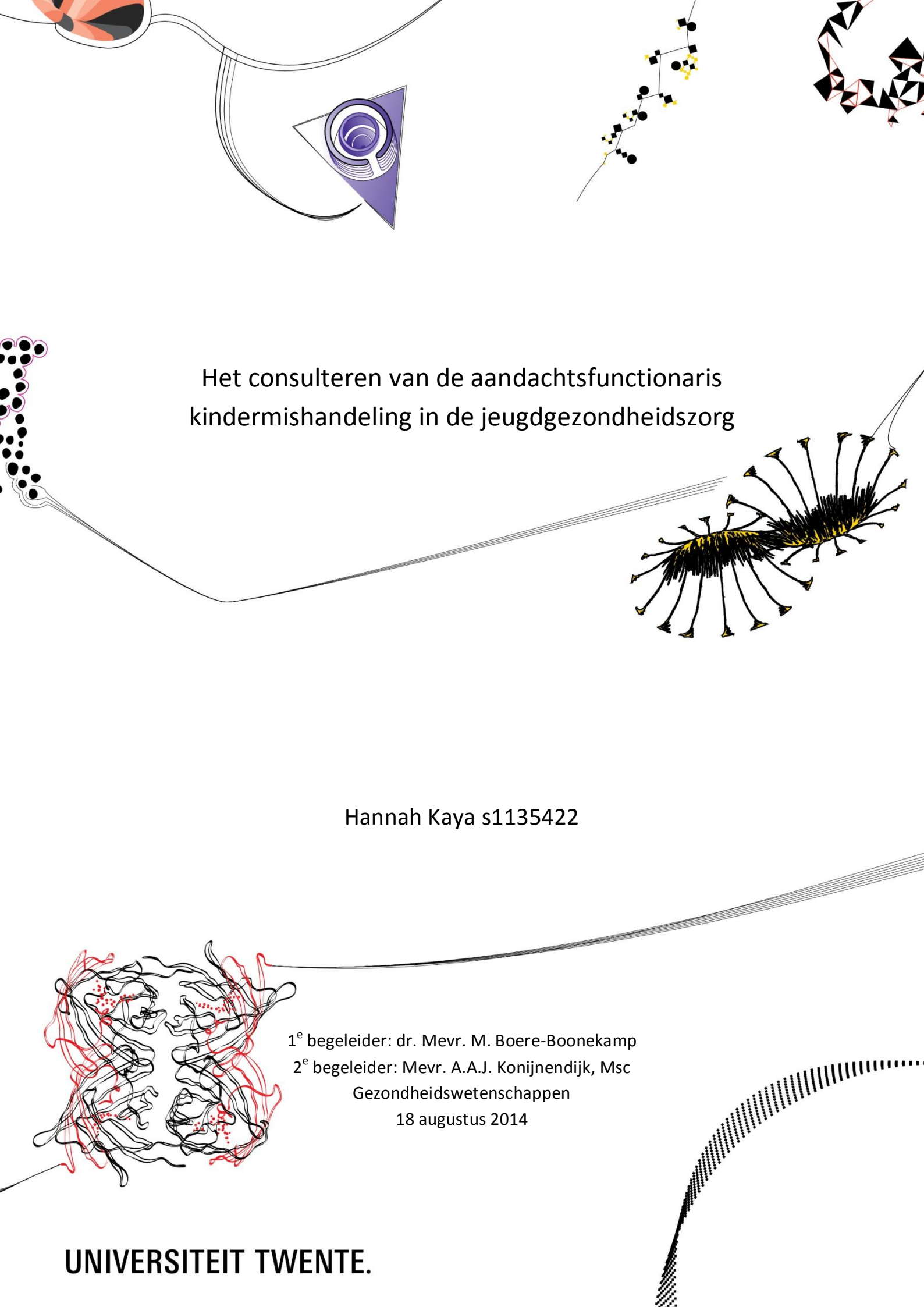


Het consulteren van de aandachtsfunctionaris
kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg

Hannah Kaya s1135422

1^e begeleider: dr. Mevr. M. Boere-Boonekamp
2^e begeleider: Mevr. A.A.J. Konijnendijk, Msc
Gezondheidswetenschappen
18 augustus 2014

UNIVERSITEIT TWENTE.

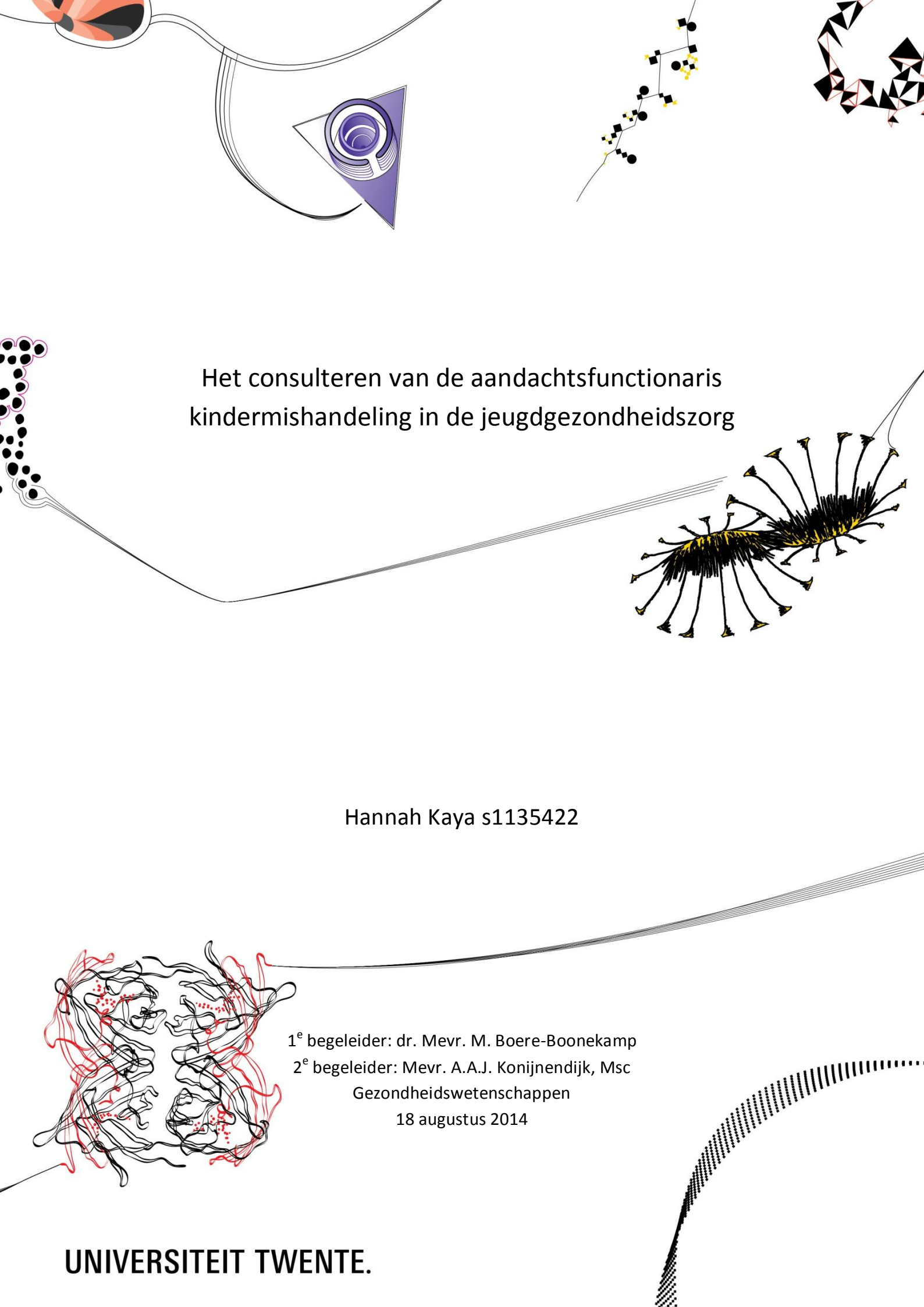


Het consulteren van de aandachtsfunctionaris
kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg

Hannah Kaya s1135422

1^e begeleider: dr. Mevr. M. Boere-Boonekamp
2^e begeleider: Mevr. A.A.J. Konijnendijk, Msc
Gezondheidswetenschappen
18 augustus 2014

UNIVERSITEIT TWENTE.

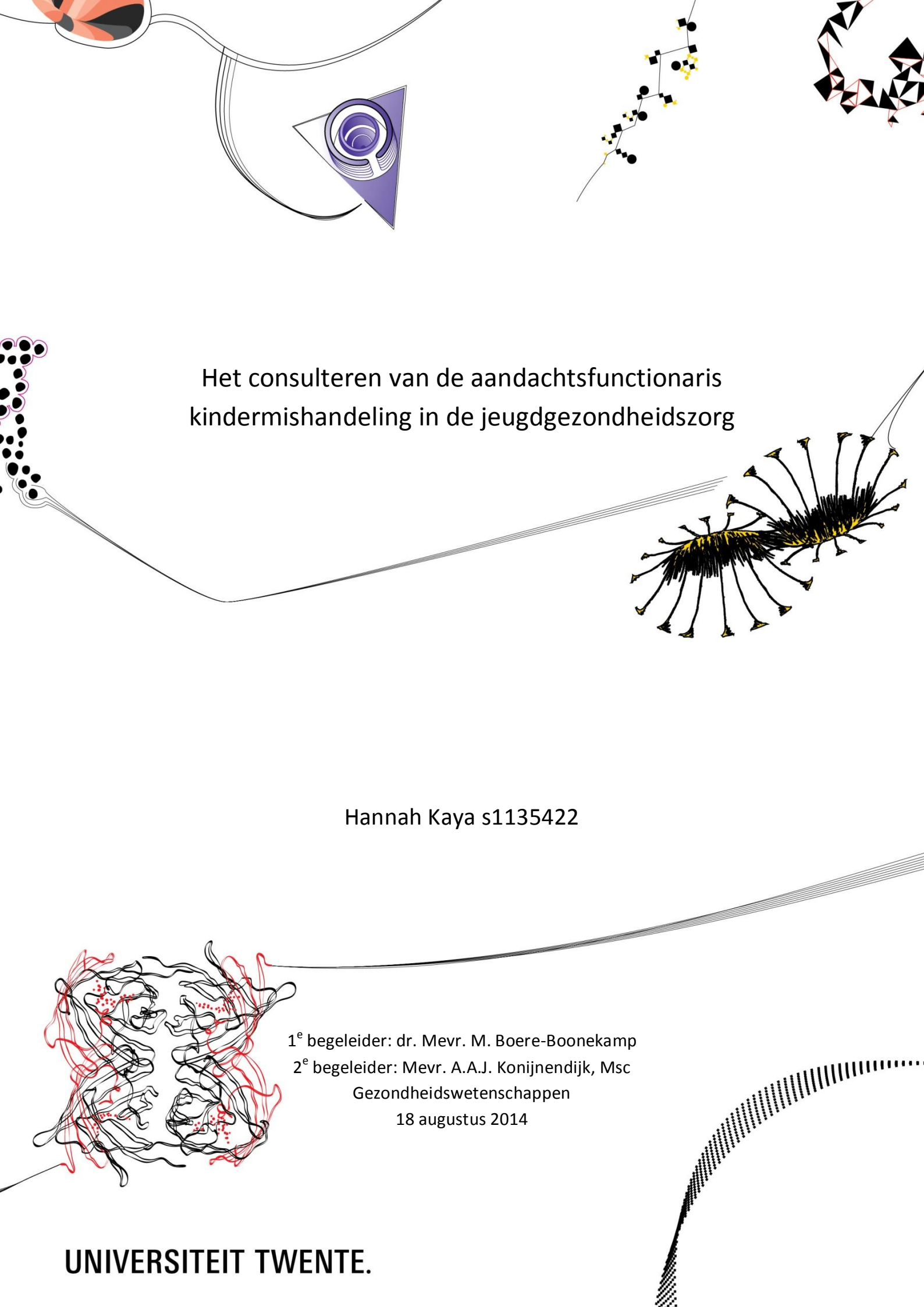


Het consulteren van de aandachtsfunctionaris
kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg

Hannah Kaya s1135422

1^e begeleider: dr. Mevr. M. Boere-Boonekamp
2^e begeleider: Mevr. A.A.J. Konijnendijk, Msc
Gezondheidswetenschappen
18 augustus 2014

UNIVERSITEIT TWENTE.

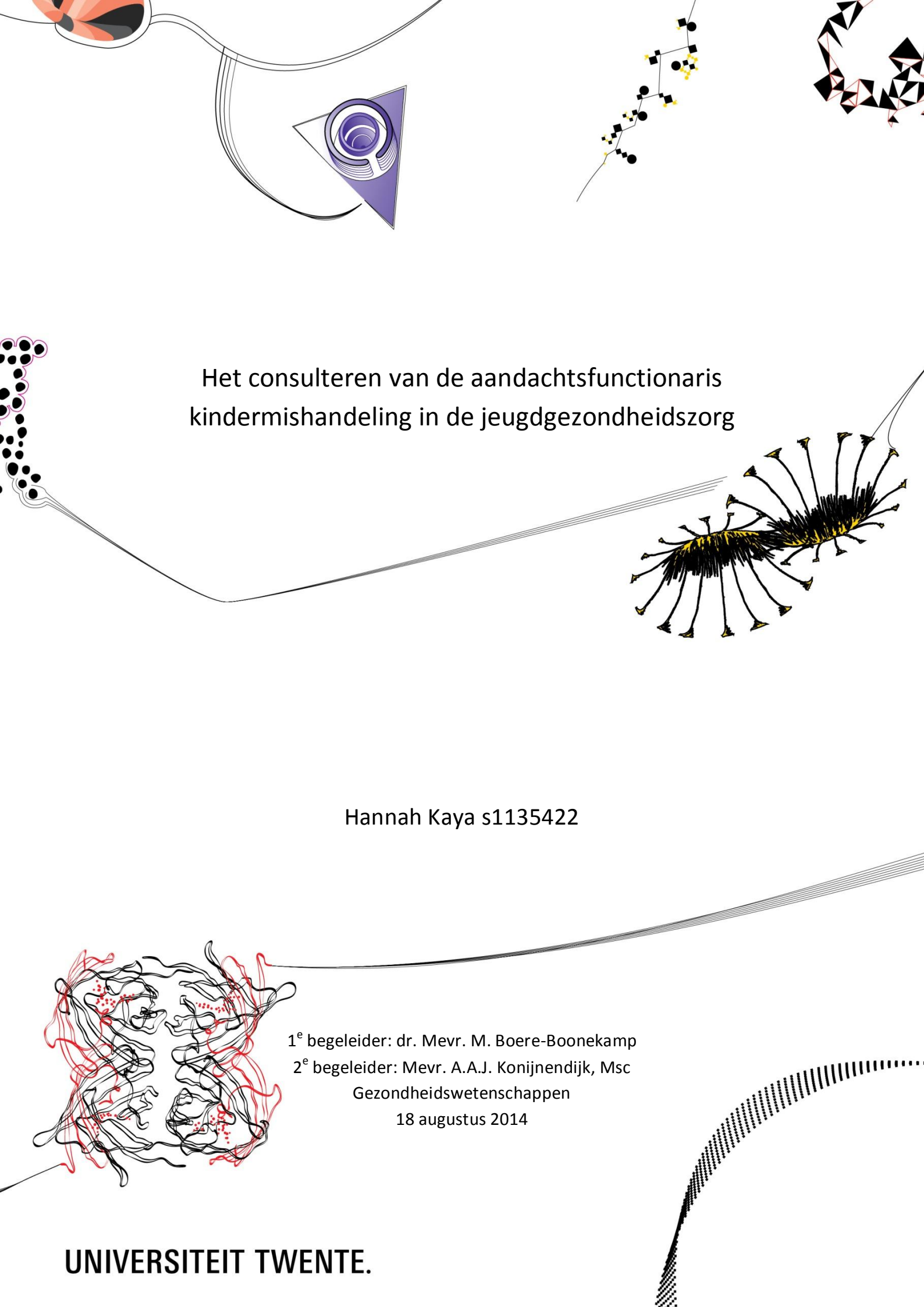


Het consulteren van de aandachtsfunctionaris
kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg

Hannah Kaya s1135422

1^e begeleider: dr. Mevr. M. Boere-Boonekamp
2^e begeleider: Mevr. A.A.J. Konijnendijk, Msc
Gezondheidswetenschappen
18 augustus 2014

UNIVERSITEIT TWENTE.



Het consulteren van de aandachtsfunctionaris
kindermishandeling in de jeugdgezondheidszorg

Hannah Kaya s1135422

1^e begeleider: dr. Mevr. M. Boere-Boonekamp
2^e begeleider: Mevr. A.A.J. Konijnendijk, Msc
Gezondheidswetenschappen
18 augustus 2014

UNIVERSITEIT TWENTE.

Samenvatting

Achtergrond Kindermishandeling is een veelvoorkomend probleem dat continue aandacht vraagt vanwege de ernstige gevolgen voor het kind. Veel professionals die met gezinnen werken ervaren barrières in het herkennen en melden van kindermishandeling. De jeugdgezondheidszorg (JGZ)-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling is ontwikkeld om JGZ-professionals te ondersteunen bij het herkennen en ondernemen van actie bij vermoedens van kindermishandeling. Dezelfde richtlijn adviseert JGZ-organisaties om tenminste één aandachtsfunctionaris kindermishandeling aan te stellen die JGZ-professionals kunnen consulteren bij vermoedens van kindermishandeling. Het is tot dusver onbekend in hoeverre en om welke redenen JGZ-professionals wel of niet gebruik maken van deze vorm van collegiale consultatie.

Doel Dit onderzoek heeft als doel inzicht te krijgen in de mate waarin JGZ-professionals de aandachtsfunctionaris kindermishandeling consulteren bij vermoedens van kindermishandeling en welke factoren (de intentie tot) het wel of niet consulteren van een aandachtsfunctionaris verklaren.

Methoden In totaal namen 156 JGZ-professionals uit 17 JGZ-organisaties deel aan een online vragenlijstonderzoek. De vragen hadden betrekking op de persoonlijke kenmerken van de professional, de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling en de aandachtsfunctionaris kindermishandeling. De vragen zijn gebaseerd op het ASE (Attitude, Sociale invloed en Eigen-effectiviteitsverwachting)-model. Via univariate en multivariate analyses zijn directe en indirecte effecten van factoren op het voornemen tot en de daadwerkelijke consultatie van de aandachtsfunctionaris bepaald.

Resultaten Uit de resultaten bleek dat de schatting van het aantal collega's dat met een aandachtsfunctionaris overlegt en de houding tegenover consultatie met de aandachtsfunctionaris een positieve invloed hebben op het voornemen en het daadwerkelijke gedrag in het wel of niet consulteren van de aandachtsfunctionaris bij vermoedens van kindermishandeling. De werkervaring van de JGZ-professional heeft een negatieve invloed op de het voornemen en daadwerkelijke gedrag. De bekendheid met de inhoud van het overleggen met de aandachtsfunctionaris heeft een positieve invloed op de relatie tussen het voornemen en de daadwerkelijke consultatie. De variantie in het voornemen om te overleggen met de aandachtsfunctionaris werd voor 48,6% verklaard door factoren van het ASE-model, gecontroleerd voor de werkervaring en de bekendheid met de samenvatting van de richtlijn. De variantie in het daadwerkelijk gedrag werd voor 60,6% door factoren van het ASE-model verklaard, gecontroleerd voor de werkervaring, de bekendheid met de samenvatting van de richtlijn en het voornemen om te overleggen met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling.

Conclusie De resultaten pleiten ervoor dat onderzoekers en organisaties voldoende aandacht besteden aan deze voorspellers door middel van vervolg onderzoek. Ook wordt aanbevolen om nieuw onderzoek te doen naar factoren die een rol kunnen spelen bij gebruikmaking van consultatie van een aandachtsfunctionaris. Door meer duidelijkheid uit verder onderzoek te verkrijgen zou er vervolgens in organisaties ingegrepen kunnen worden op handelen waarmee het functioneren van de aandachtsfunctionaris verbeterd zou kunnen worden.

Abstract

Background Child abuse is a common problem that needs attention because of its serious effect on children. Many child healthcare professionals (CHP's) experience barriers recognizing and responding to suspected child abuse. Therefore the Child Abuse Prevention guideline was developed to support CHP's in signaling and responding to suspected child abuse. In the same guideline, preventive child health care organizations are recommended to have a child abuse expert in their organizations which CHP's can consult when child abuse is suspected. However, little is known about the extent to which CHP's consult such an expert and what factors explain intended and actual consultation seeking behavior.

Objective This research aims to give an answer on the question which factors impede and facilitate CHPs' (intention to) use child abuse expert consultation in preventive child health care organizations.

Methods A total of 156 CHPs' from 17 preventive child healthcare organizations participated in an online questionnaire. The questions related to the personal characteristics of the professional, the Child Abuse Prevention guideline and the child abuse expert. The questions are based on the ASE (Attitude, Social influence, Self-efficacy)-model. Through univariate and multivariate analysis, the relation between the factors of intended and actual child abuse expert were determined. Also the effect of certain factors on the relationship between the intention and the actual decision to consult a child abuse expert is determined.

Results The results showed that the estimation of the number of colleagues that consults with a child abuse expert and the attitude to consultation with the child abuse expert to have a positive influence on the intention and the actual behaviour whether or not to consult a child abuse expert when child abuse is suspected. The work experience of the child healthcare professionals has a negative impact on the intention and actual behaviour. Familiarity with the content of consulting a child abuse expert has a positive impact on the relationship between the intention and the actual consultation of a child abuse expert. The variance in the intention to consult a child abuse expert was explained for 48,6% by the factors of the ASE-model, where work experience and familiarity with the summary of the guideline are taken into account. The variance in the actual behaviour was explained for 60,6% by the factors of the ASE-model, where work experience, familiarity with the summary of the guideline and the intention to consult a child abuse expert are taken into account.

Conclusion The results advocate that researchers and organizations pay sufficient attention to these predictors through further research. It is also recommended to investigate factors that may play a role in the use of consulting a child abuse expert. By gaining more clarity from further research, organizations could intervene on actions which may lead to an improvement of the child abuse expert's functioning.

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie die ik heb geschreven ter afsluiting van de bacheloropleiding gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Deze scriptie is het resultaat van het onderzoek dat ik heb gedaan naar de determinanten met betrekking tot de intentie tot gebruik en het daadwerkelijk gebruik van consultatie van de aandachtsfunctionaris kindermishandeling. Ik hoop hiermee een bijdrage te kunnen leveren aan het werk van onderzoekers dat vervolgens via beleidsmakers zou kunnen leiden tot verhoging van de kwaliteit van het beleid rondom kindermishandeling in de JGZ.

Via deze weg wil ik een aantal mensen bedanken die hebben bijgedragen aan totstandkoming van deze scriptie. Ik wil alle jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die op de vragenlijst hebben gerespondeerd hartelijk danken voor hun tijd en medewerking. Ik wil mijn begeleiders mevrouw Boere-Boonekamp en mevrouw Konijnendijk heel erg bedanken voor de begeleiding tijdens het uitvoeren van de opdracht. Tijdens mijn studie heb ik veel kennis opgedaan wat ik in mijn scriptie heb kunnen toepassen. Toch kwam ik soms ergens niet meer uit, waarna ik gelukkig altijd op tijd ondersteuning kreeg door middel van tips en adviezen. Hier ben ik ze erg dankbaar voor.

Hannah Kaya,

Enschede, Augustus 2014

Inhoud

Samenvatting.....	2
Abstract	3
Voorwoord	4
1. Inleiding	6
1.1 Kindermishandeling.....	6
1.2 Preventie.....	7
1.3 De jeugdgezondheidszorg	8
1.3.1 Richtlijn kindermishandeling.....	9
1.4 Aandachtsfunctionaris kindermishandeling	10
1.5 Vernieuwingen in de zorg	13
1.5.1 Proces en determinanten van innovatie	13
1.6 Onderzoek en vraagstelling	15
2. Methode.....	17
2.1 Participanten	17
2.2 Meetinstrument	18
2.2.1 Opbouw van de vragenlijst.....	18
2.2.2 Proximale factoren van het ASE-model.....	19
2.2.3 Distale factoren van het ASE-model.....	20
2.3 Procedure	21
2.4 Data-analyse	21
3. Resultaten	23
3.1 Kenmerken van de participanten	23
3.1.1 Bekendheid, intentie, gebruik en gewoonte van de participant.....	23
3.1.2 De interne betrouwbaarheid constructen.....	24
3.2 Univariate correlatie analyse	24
3.3 Multivariate regressie analyse	25
3.3.1 Regressieanalyse met Intentie als afhankelijke variabele	25
3.3.2 Regressieanalyse met Gedrag als afhankelijke variabele	26
3.4 Moderatoranalyse	27
4. Discussie	30
4.1 Vergelijking van de resultaten met de literatuur.....	30
4.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek.....	32
5. Conclusie & Aanbevelingen.....	34
5.1 Conclusie.....	34
5.2 Aanbevelingen	34
Literatuur	35
Bijlage 1. Vragenlijst	40

1. Inleiding

Kindermishandeling is wereldwijd een veel voorkomend en ernstig maatschappelijk probleem waar continue aandacht voor nodig is (Pharos, 2014). Omdat kindermishandeling zowel op korte als op lange termijn ernstige gevolgen voor het kind kan hebben is preventie noodzakelijk. Het doel van deze preventie is om kindermishandeling vroeg te signaleren en verergering van het probleem te voorkomen. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft een belangrijke rol hierbij omdat ze zich inzet voor bescherming en bevordering van de gezondheid van kinderen en jeugdigen (VGGM, z.d.). Om professionals bij dit doel te ondersteunen, heeft de JGZ in 2010 de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling ontwikkeld (Wagenaar-Fischer, Heerdink-Obenhuijsen, Kamphuis & de Wilde, 2010). Omdat het voor professionals lastig kan zijn om te weten hoe ze bij vermoedens van kindermishandeling moeten handelen, worden er in de richtlijn bepaalde te volgen stappen aanbevolen. Deze stappen sluiten aan bij de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten wettelijk verplicht deze meldcode te gebruiken (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013.).

De overheid adviseert de organisaties die met de meldcode werken om één of meerdere aandachtsfunctionarissen kindermishandeling en huiselijk geweld aan te stellen. De aandachtsfunctionaris is een persoon in de organisatie die collega's kan adviseren en coachen als zij kindermishandeling vermoeden (Landelijke Vakgroep Aandachtsfunctionarissen kindermishandeling (LVAK), 2014). De aandachtsfunctionaris bestaat in de JGZ, in tegenstelling tot andere sectoren, al in de praktijk. Het is alleen onbekend in hoeverre JGZ-professionals gebruik maken van consultatie van een aandachtsfunctionaris en welke factoren hierbij een rol spelen. Het doel van dit onderzoek is antwoord te krijgen op de vraag wat de belemmerende en bevorderende zijn factoren bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in JGZ-organisaties bij het gebruik van consultatie. De uitkomsten van dit onderzoek zouden vervolgens een bijdrage kunnen leveren aan het verbeteren van de invoering van consultatie van een aandachtsfunctionaris in de JGZ.

1.1 Kindermishandeling

Onder het begrip kindermishandeling wordt elke vorm van mishandeling verstaan die voor een kind ongewenst of gewelddadig is. Volgens de Wet op de jeugdzorg (2014) is de definitie van kindermishandeling:

'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)

Volgens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bestaan er verschillende vormen van kindermishandeling. Dit zijn: lichamelijke mishandeling waaronder alle vormen van

lichamelijk geweld worden verstaan, emotionele of geestelijke mishandeling waarbij een volwassene afwijzend en vijandig tegen een kind doet, lichamelijke verwaarlozing waarbij het kind niet de benodigde verzorging krijgt, emotionele of geestelijke verwaarlozing waar er een continu tekort aan positieve aandacht voor het kind bestaat en seksueel misbruik waarbij een volwassene seksuele aanrakingen aan een kind opdringt (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.) (AMK, 2013). Ook wanneer kinderen getuige zijn van huiselijk geweld is er sprake van kindermishandeling. Huiselijk geweld is geweld dat gepleegd wordt door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer (Rijksoverheid, z.d.). Volgens de Rijksoverheid (z.d.) worden onder de huiselijke kring partners, ex-partners, leden van het gezin, leden van de familie en huisvrienden verstaan. Er zijn verschillende vormen van huiselijk geweld. Deze zijn: kindermishandeling, ouderenmishandeling, eerdergerelateerd geweld zoals eerwraak en vrouwenverminking, oudermishandeling en (ex-)partnergeweld in alle verschijningsvormen (Rijksoverheid, z.d.).

Uit onderzoek naar de omvang van kindermishandeling door Alink, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Pannebakker, Vogels & Euser (2011) bleek dat naar schatting jaarlijks 119.000 kinderen worden mishandeld. Dit betekent dat in het jaar 2010 van elke 1000 kinderen er 24 zijn mishandeld. Hiervan was bij bijna de helft van de mishandelde kinderen sprake van meerdere vormen van mishandeling. De meest voorkomende vormen zijn emotionele en fysieke verwaarlozing (Alink et al, 2011).

Kindermishandeling kan zowel op korte als lange termijn ernstige gevolgen hebben voor het kind (Wagenaar-Fischer et al, 2010). Zo kan kindermishandeling op korte termijn leiden tot lichamelijk letsel (Trocmé & Wolfe, 2001). Wanneer de lichamelijke mishandeling extreem wordt, kan dit zelfs leiden tot het overlijden van het kind. Een ander gevolg op korte termijn is het verstoord sociaal functioneren van het kind. Mishandeling kan zich bij een kind uiten in veel schaamte, onzekerheid en teruggetrokkenheid. Zo zouden mishandelde kinderen meer fysiek en verbaal agressief gedrag vertonen en werden ze vaker buitengesloten door leeftijdsgenootjes (Anthonysamy & Zimmer-Gembeck, 2007).

Op lange termijn zouden mishandelde kinderen volgens Hussey, Chang & Kotch (2006) kunnen lijden aan posttraumatische stress stoornissen, verslavingen, zelfverwondingen, psychiatrische ziektebeelden en een verstoorde beleving van seksualiteit (Goodwin, Hoven, Murison, & Hotopf, 2003). Bij kinderen die getuige zijn van huiselijk geweld bestaat er een hoger risico op een depressie, angst, trauma en agressief gedrag (Chen, Jacobs & Rovi, 2013). Verder bestaat er bij mishandelde kinderen ook het risico dat ze later ook hun eigen kinderen gaan mishandelen (Cicchetti & Valentino, 2006). Preventie en het op tijd signaleren van kindermishandeling is dus van groot belang om deze negatieve spiraal te doorbreken (Hussey et al, 2006) (Alink et al, 2011).

1.2 Preventie

Preventie is een breed begrip. Het gaat bijvoorbeeld zowel over adviezen van jeugdartsen aan rokende jongeren als online zelfhulp cursussen voor mensen met diabetes. Universele preventie draagt bij aan bevordering en actieve bescherming van de gezonde bevolking (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Het doel van preventie in de zorg is het voorkomen van ziekte en

gezondheidsproblemen en het bevorderen van gezondheid. Hierin gaat gezondheidsbevordering vooral om gedragsverandering en leefstijlaanpassing van de patiënt om zijn gezondheid te bevorderen (Van den Berg, Post, Hamberg- van Reenen, Baan & Schoemaker, 2014).

Preventie valt onder te verdelen in drie verschillende vormen, namelijk; primaire, secundaire en tertiaire preventie. Onder primaire preventie vallen alle gezondheidsinterventies die voorkomen dat mensen een bepaalde ziekte of gezondheidsprobleem krijgen. In het geval van kindermishandeling valt hier te denken aan opvoedingsondersteuning voor ouders (Oudhof, de Wolff, de Ruiter, Kamphuis, L'Hoir, Prinsen, 2014). Bij secundaire preventie gaat het om het vroege opsporen van ziekten of beginnende afwijkingen bij personen die ziek zijn, een hoog risico op bepaalde ziekten lopen of een genetische aanleg hebben voor bepaalde ziekten. Hierbij is er dus sprake van tijdige signalering zodat patiënten eerder behandeld kunnen worden of de gevolgen beperkt blijven (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Een voorbeeld van vroegtijdig signalering van kindermishandeling is het checken van kinderen die bij de spoedeisende hulp komen op signalen van kindermishandeling (ZonMw, 2013). De doelgroep bij tertiaire preventie zijn patiënten. De behandeling bestaat hier uit het voorkomen van verergering van de ziekte en het reduceren van complicaties en klachten van de patiënt. Om preventie tot uitvoering te laten komen worden interventieprogramma's opgesteld. Bij het proces van signalering en adviseren worden hiervoor richtlijnen ter standaardisering gebruikt (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Wanneer de kindermishandeling zich al heeft voorgedaan bestaat de preventie bijvoorbeeld uit hulpverlening aan ouders in de vorm van woedebeheersing en stressmanagement (Mutsaers, 2008).

1.3 De jeugdgezondheidszorg

De JGZ in Nederland heeft als wettelijke taak het beschermen en bevorderen van de gezondheid van kinderen en jeugdigen van 0 tot 19 jaar (VGGM, z.d.). In de praktijk werken JGZ-organisaties met verschillende leeftijdscategorieën. Veel organisaties werken nog alleen met de categorie van 0-4 jaar of 5-19 jaar. Andere werken met beide categorieën. In de JGZ zijn verschillende disciplines werkzaam. Zo werken er bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, pedagogen en logopedisten (Gemeente Utrecht, z.d.).

Gezien haar wettelijke taak zet de JGZ zich in voor de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van kinderen en jeugdigen (VGGM, z.d.). De JGZ onderzoekt kinderen op bepaalde van tevoren vastgestelde momenten om op deze manier problemen met betrekking tot de gezondheid of de ontwikkeling van het kind zo snel mogelijk op te sporen. Indien er sprake is van problemen vindt er door de JGZ begeleiding plaats voor het kind, de ouders of verzorgers en eventueel de leerkracht van het kind (VGGM, z.d.). Indien nodig verwijst de JGZ door naar andere organisaties zoals Bureau Jeugdzorg, waar verdere begeleiding plaatsvindt. In het geval van kindermishandeling is de JGZ gericht op signalering van (risico's op) kindermishandeling. Als er vermoedens bestaan dienen JGZ-professionals te handelen om zo kindermishandeling te voorkomen of te stoppen. Het doel van de JGZ hierbij is om een gesignaleerd probleem te verhelpen en om verergering van het probleem te voorkomen (Wagenaar-Fischer et al, 2010). Sinds 2010 bestaat de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling om professionals hierbij te helpen.

1.3.1 Richtlijn kindermishandeling

Het doel van de JGZ-richtlijn is om een landelijk uniforme standaard te geven voor het handelen van JGZ-professionals bij vermoedelijke kindermishandeling (Nederlands Jeugd instituut (NJI), z.d.). Zo zou een landelijke uniforme richtlijn de kans vergroten op handelend optreden bij kindermishandeling, voorkomen dat belangrijke stappen worden overgeslagen en voorkomen dat emotionele en subjectieve eigenschappen teveel invloed zullen hebben op het handelen van de JGZ-professionals (NJI, z.d.). In de richtlijn worden de verschillende vormen van kindermishandeling en de gevolgen ervan beschreven. Ook beschrijft de richtlijn uitgebreid de risico- en beschermende factoren. Hiermee kan de JGZ-professional een risico-inschatting maken door inventarisatie van deze factoren tijdens het contact met kind en ouders of verzorgers. Tevens beschrijft de richtlijn het stappenplan van signalering tot begeleiding en/of melding bij het Advies- en Meldpunt en Kindermishandeling (AMK) en worden de problemen rondom de interventies bij een vermoeden van kindermishandeling en bij knelpunten rondom de samenwerkende instanties besproken. Verder wordt de meldcode, de rol van het AMK en de regelgeving hieromheen besproken (Wagenaar-Fischer et al, 2010).

Om bij kindermishandeling op tijd te kunnen ingrijpen is het van belang dat zorgverleners zo snel mogelijk reageren bij signalen van mishandeling. Wanneer professionals signalen van kindermishandeling opmerken is het soms lastig voor hen om meteen te weten hoe ze moeten handelen. Kinderen die slachtoffer zijn van mishandeling vragen vaak niet zelf om hulp, dit wordt maar door minder dan 1% van de kinderen gedaan (Jeugdbescherming, z.d.) (AMK, 2012). Daarom worden in de JGZ-richtlijn voor secundaire preventie van kindermishandeling, bepaalde te volgen stappen aanbevolen om professionals in hun handelen te ondersteunen. Deze stappen sluiten aan bij de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Sinds 1 juli 2013 zijn beroepskrachten wettelijk verplicht de meldcode te gebruiken bij het vermoeden van huiselijk geweld en kindermishandeling. De wet geldt voor de sectoren gezondheidszorg, onderwijs, kinderopvang, maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en justitie. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013.)

De Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling bevat vijf basisstappen die de beroepskrachten, bijvoorbeeld de jeugdarts of jeugdverpleegkundige, moeten doorlopen bij het vermoeden van kindermishandeling. Organisaties en zelfstandige beroepsoefenaars stellen zelf een eigen meldcode op die gebaseerd moet zijn op de vijf basisstappen (VWS, 2013):

- Stap 1: In kaart brengen van signalen.
- Stap 2: Overleggen met een collega. En eventueel raadplegen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) of een deskundige op het gebied van letselduiding.
- Stap 3: Gesprek met de betrokkene(n).
- Stap 4: Wegen van het huiselijk geweld of de kindermishandeling. En bij twijfel altijd het SHG of AMK raadplegen.
- Stap 5: Beslissen over zelf hulp organiseren of melden.

Uit het onderzoek Meldcodes kindermishandeling: beschikking, waardering, gebruik en scholing van Doeven (2008), blijkt dat professionals die via de meldcode werken drie keer zo vaak ingrijpen in

vergelijking met collega's die de meldcode niet gebruiken. De meldcode is geen meldplicht. Bij een meldplicht zou de professional bij een vermoeden van kindermishandeling dit moeten melden bij andere instanties. Bij de meldcode bestaat in Nederland deze verplichting niet. De professional behoudt zijn vrije keuze in het beslissen om zijn vermoeden van kindermishandeling wel of niet te melden. Wanneer wordt besloten om de vermoedelijke kindermishandeling wel te melden, kan het meldcode-stappenplan de professional hierbij hulp en ondersteuning bieden (Doeven, 2008) (VWS, 2013.).

Een organisatie die genoemd wordt in de meldcode en waar vermoedelijke kindermishandeling gemeld kan worden is het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Het AMK geeft advies bij situaties van vermoedelijke kindermishandeling en door de situatie te onderzoeken brengt het de juiste hulp op gang (AMK, 2013). Volgens Doeven (2008) wordt er maar een klein deel van de vermoedelijke gevallen van kindermishandeling daadwerkelijk bij het AMK gemeld. Zoals eerder beschreven grijpen professionals die via de meldcode werken drie keer zo vaak in verzeleken met collega's die de meldcode niet gebruiken. Dit wordt ook genoemd in een jaaroverzicht van het AMK (2012) waarin wordt beschreven dat het aantal adviezen en onderzoeken van het AMK in het jaar 2012 92% hoger is dan in het jaar 2004. Dit had volgens het jaaroverzicht te maken met de discussies over de verplichte meldcode waardoor er meer aandacht voor het signaleren van kindermishandeling kwam en door de extra scholing en training van professionals om de signalen van kindermishandeling sneller te herkennen. Hierdoor werd de ernst van de vermoedelijke kindermishandeling sneller duidelijk met als gevolg dat de meldingen in een eerder stadium bij het AMK terecht komen (AMK, 2012) (Doeven, 2008).

1.4 Aandachtsfunctionaris kindermishandeling

In stap 2 van de meldcode staat beschreven dat er overlegd moet worden met een collega. Organisaties die werken met de meldcode krijgen het advies van de overheid om hiervoor een aandachtsfunctionaris kindermishandeling aan te stellen. In tegenstelling tot andere sectoren, werkt de JGZ al sinds het bestaan van de richtlijn met aandachtsfunctionarissen, toch zal deze werkwijze naar verwachting toenemend worden toegepast. Volgens stap 2 van de meldcode is het verplicht om te overleggen met een collega, maar het is niet verplicht dat dit een aandachtsfunctionaris moet zijn. De aandachtsfunctionaris is een medewerker die zich bezig houdt met het beleid op het gebied van kwaliteit, zorg en veiligheid (LVAK, 2014). Volgens het LVAK (2014) geeft de aandachtsfunctionaris advies op het gebied van bovengenoemd beleid en draagt hij bij aan de coördinatie van de uitvoering van de stappen van de meldcode indien professionals een vermoeden hebben van kindermishandeling. De medewerkers die als aandachtsfunctionaris worden aangesteld krijgen hiervoor meestal een door de LVAK ontwikkelde training (LVAK, 2014). Volgens Esveld(2013) heeft de aandachtsfunctionaris een belangrijke rol in de volgende drie gebieden:

- als medewerker; signaleren en handelen volgens de meldcode.

- als coach voor collega's; bieden van ondersteuning en consultatie voor een kwalitatief goed verlopende procedure bij een vermoeden van huiselijk geweld of mishandeling.
- als adviseur en ondersteuning voor het management bij de implementatie van de meldcode in de organisatie; bewaking van de interne procedure van de instelling met betrekking tot kindermishandeling, waaronder advies aan management over scholing of aanpassingen in meldcode procedures van de organisatie.

De aandachtsfunctionaris fungeert als raadgever voor alle medewerkers wanneer deze vragen hebben bij vermoeden van kindermishandeling of twijfels over bepaalde beslissingen die genomen moeten worden. Ook werkt de aandachtsfunctionaris mee aan bijvoorbeeld het actualiseren van interne protocollen betreffende kindermishandeling (GGD Hollands Noorden, 2014) Voor het bestuur van de organisatie functioneert de aandachtsfunctionaris als adviseur over bijvoorbeeld de evaluatie van de werking van de meldcode of trainingen die medewerkers moeten worden (Esveld, 2013) (Hol & Sie, 2011) (LVAK, 2014). Volgens Hol & Sie (2012) bestaat er binnen de uitvoering van de taak van de aandachtsfunctionaris een verschil in de verantwoordelijkheden en taken. Hierin wordt er onderscheid gemaakt tussen de indirecte aandachtsfunctionaris en de directe aandachtsfunctionaris. De indirecte aandachtsfunctionaris heeft een adviserende en beleidsmatige rol met betrekking tot de implementatie van de meldcode. Wanneer de aandachtsfunctionaris daarnaast ook nog een ondersteunende taak heeft in de uitvoering van de meldcode wordt deze de directe aandachtsfunctionaris genoemd (Hol & Sie, 2012). Dit onderzoek richt zich specifiek op de indirecte aandachtsfunctionaris die vooral de adviserende rol heeft.

Uit de literatuur blijkt dat veel er veel factoren zijn die zorgverleners bevorderen of belemmeren bij het melden van kindermishandeling. Zo meenden de zorgverleners in het onderzoek van Flaherty, Jones & Sege (2004) dat is gedaan in de Verenigde Staten, dat ze door een gebrek aan goede training de signalen van kindermishandeling niet konden herkennen. Ook zouden eerdere negatieve ervaringen met de kinderbescherming, zoals het gebrek aan steun en feedback na het doen van een melding, de oorzaak zijn dat zorgverleners het besluit nemen om soms geen melding te maken en het probleem zelf proberen op te lossen zonder hulp van buitenaf. Verder zou het doen van een melding teveel tijd in beslag nemen terwijl er gewoonlijk al te weinig tijd per bezoek beschikbaar is. Volgens de zorgverleners zou overleg met collega's hen steunen bij het nemen van beslissingen. Ook zou het volgens hen behulpzaam zijn als er een 'Child Abuse Expert (CAE)' (aandachtsfunctionaris) zou zijn die ze meteen zouden kunnen contacteren om zo hulp te krijgen bij het melden van vermoedelijke kindermishandeling.

Hetzelfde kwam ook uit het onderzoek van Lane & Dubowitz (2009). Volgens hen hebben kinderartsen de behoefte aan consultatie van kindermishandelingexperts om zo hulp te krijgen bij het vermoeden en rapporteren van kindermishandeling. Volgens McGuire, Martin & Leventhal (2011) is extra consultatie, ook wel 'second opinion genoemd', van een expert nodig om kindermishandeling en het stadium ervan correct vast te kunnen stellen, om zo fouten te voorkomen. Ook leidt extra consultatie van experts op het gebied van kindermishandeling volgens Anderst, Kellog & Jung (2009) tot meer diagnoses van kindermishandeling dan wanneer dit niet wordt gedaan. Echter, volgens

Lindberg, Lindsell & Shapiro (2008) bestaan er verschillen tussen de evaluaties van kindermishandelingexperts en is het niet verantwoord om op de evaluatie van één expert af te gaan. Zij raden in hun onderzoek aan om te werken in een multidisciplinair team en gebruik te maken van peer-reviews om zo de variatie tussen de evaluaties van experts te reduceren. Volgens Wallace, Makoroff, Malott & Shapiro (2007) voorkomt het werken in een multidisciplinair team onnodige meldingen van mishandeling en plaatsing van de kinderen uit huis bij valse vermoedens van kindermishandeling. In het onderzoek van Leung, Wong, Tang & Lee (2011) naar de attitude van huisartsen in Hong Kong met betrekking tot het melden van kindermishandeling, blijkt dat huisartsen hier barrières bij ervaren. De huisartsen maakten zich zorgen om het welzijn van de patiënt als gevolg van het melden en ze wilden de vertrouwensband met de familie niet schaden. Meer steun en duidelijkere richtlijnen zouden huisartsen moeten helpen de barrières te overwinnen. Ook verdere training op het gebied van kindermishandeling om zo meer kennis te krijgen in het melden van mishandeling zou verplicht gesteld moeten worden, wat nu nog niet het geval is.

Uit onderzoek naar het werken met de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling bleek dat de meningen verdeeld waren (Konijnendijk, Boere-Boonekamp, Haasnoot-Smallegange & Need, 2014). Zo was er enerzijds de mening dat de aandachtsfunctionaris een flexibele houding heeft en makkelijk te bereiken is. Anderzijds bleek dat de aandachtsfunctionaris onvoldoende beschikbaar en toegankelijk is. Volgens de JGZ-professionals uit bovengenoemd onderzoek zou een aandachtsfunctionaris het vertrouwen kunnen versterken, motiveren zodat er eerder gehandeld wordt en de professionals laten herinneren aan andere aanbevelingen. Toch werd de aandachtsfunctionaris niet door alle JGZ-professionals geconsulteerd. De redenen hiervoor waren dat ze er niet altijd aan dachten, andere collega's consulteerden in plaats van de aandachtsfunctionaris of het niet noodzakelijk vonden om de aandachtsfunctionaris te consulteren (Konijnendijk et al, 2014).

Uit het onderzoek van Fingarson, Flaherty & Sege (2011) naar het herkennen en melden van kindermishandeling door kinderartsen bleek dat de barrières die de kinderartsen ervaren vooral zaten in de onzekerheid of het letsel veroorzaakt werd door mishandeling, de onzekerheid over de juridische procedure, het gebrek aan vertrouwen in het onderzoeksproces en de angst voor negatieve persoonlijke gevolgen waaronder het verlies van patiënten uit de praktijk. Volgens het onderzoek van Lazenbatt & Freeman (2006) naar het herkennen en melden van kindermishandeling bestonden de barrières uit; angst voor foute herkenning van kindermishandeling, angst voor een breuk in de relatie met de patiënten, gebrek aan recente kennis over het herkennen en melden van kindermishandeling en aarzeling over het stellen van gevoelige vragen aan patiënten.

In de literatuur valt er weinig te vinden over in hoeverre zorgverleners gebruik maken van consultatie van een aandachtsfunctionaris en welke factoren hierbij een rol spelen. Gezien bovenstaande literatuur is het wel bekend dat consultatie van een aandachtsfunctionaris aanbevolen wordt bij het correct rapporteren van kindermishandeling, maar is niet bekend welke factoren een rol spelen bij de beslissing om wel of niet de aandachtsfunctionaris te consulteren.

1.5 Vernieuwingen in de zorg

Door het beschikbaar komen van nieuwe wetenschappelijke inzichten ontstaan er vernieuwingen in de zorg waarmee men de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Een vernieuwing wordt omschreven als: 'De nieuwe werkwijze, organisatievorm of technologie die men in de praktijk wil invoeren (Wensing, Splunteren, Hulscher & Grol, 2000)'. Omdat consultatie van een aandachtsfunctionaris bij vermoedelijke kindermishandeling een nieuwe werkwijze is kan dit worden gezien als een vernieuwing die in de gezondheidszorg geïmplementeerd moet worden. De definitie van implementatie is:

'Een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen 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 (ZorgOnderzoek Nederland, 1997)'.

Omdat implementatie van vernieuwingen vaak moeizaam verloopt is het essentieel om de verbeteringen stapsgewijs via een systematische en geplande manier door te voeren (Goossens, Hulscher & Hermens, 2011). Grol & Wensing (2001) hebben hiervoor een implementatiemodel ontwikkeld dat bestaat uit zeven stappen. Stap 1: voorstel voor verandering en verbetering van de zorg, stap 2: beschrijving feitelijke zorg en doelen voor verbetering, stap 3: probleemanalyse, doelgroep en setting, stap 4: ontwikkeling en selectie van strategieën, stap 5: ontwikkeling en uitvoering van implementatieplan, stap 6: integratie in routines en stap 7: evaluatie en indien nodig bijstelling van het implementatieplan (Grol & Wensing, 2011).

1.5.1 Proces en determinanten van innovatie

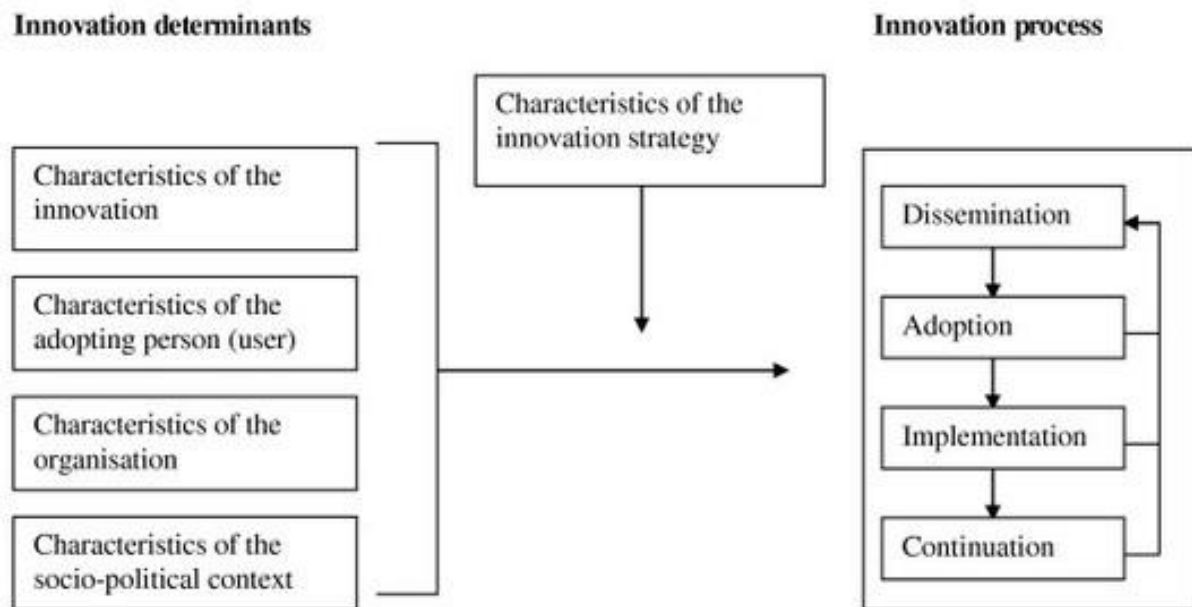
Volgens Fleuren, Wiefferink & Paulussen (2004) zijn er 50 determinanten die invloed kunnen hebben op het proces van invoering van een zorgvernieuwing. Determinanten zijn bepaalde eigenschappen die de implementatie mogelijk kunnen belemmeren of bevorderen. De determinanten worden onderverdeeld naar vier groepen kenmerken (Fleuren et al, 2004):

- kenmerken van de sociaal-politieke omgeving; bijvoorbeeld de bereidheid van de patiënt om samen te werken met de innovatie
- kenmerken van de organisatie; een voorbeeld hiervan is de beschikbare expertise met betrekking tot de innovatie in de organisatie of afdeling.
- kenmerken van de toekomstige gebruiker; bijvoorbeeld de steun van andere professionals bij de implementatie van de innovatie.
- kenmerken van de innovatie: bijvoorbeeld de mate waarin de innovatie gebruikt wordt.

Het proces van innovatie van Fleuren et al. (2004) bestaat uit een viertal fasen. Allereerst vindt de verspreidingsfase plaats. Dit is de fase waarin verspreiding van informatie over de vernieuwing plaatsvindt. Hierna komt de adoptiefase waarin de gebruiker het besluit neemt om wel of niet te gaan werken met de vernieuwing. Wanneer er wel wordt besloten om gebruik te maken van de vernieuwing komt men in de implementatie waarin de vernieuwing geïmplementeerd wordt in het dagelijks gebruik. Wanneer de vernieuwing een vaste plaats krijgt in het dagelijks gebruik komt spreekt men van de

continueringfase.

In het innovatieproces kan de overgang van de ene fase naar de andere beïnvloed worden door de verschillende determinanten (zie figuur 1). Dit model van Fleuren is gebaseerd op zowel een diffusie van innovatie theorie als gedragsverklarende modellen.



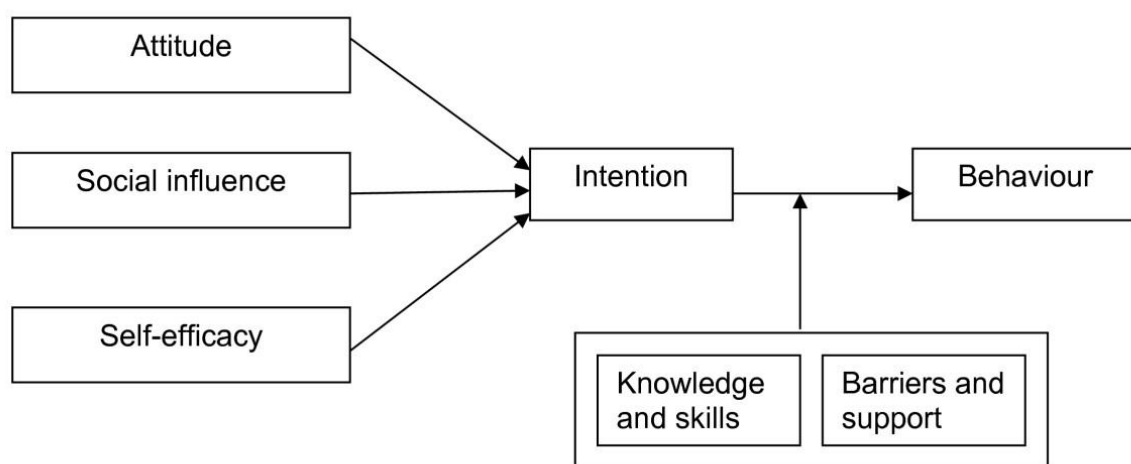
Figuur 1. Het innovatieproces en de daarbij horende determinanten van innovatie. (Fleuren et al, 2004)

Om de kenmerken van de gebruikers te kunnen vaststellen kan er gebruik gemaakt worden van een gedragsmodel, waarbij er in dit geval wordt gekeken naar determinanten van het gedrag van de gebruikers bij het wel of niet consulteren van een aandachtsfunctionaris bij vermoedelijke kindermishandeling.

Het ASE (Attitude, Sociale invloed en Eigen-effectiviteitsverwachting)-model van de Vries, Dijkstra & Kuhlman (1988) is een veel gebruikt gedragsveranderingmodel dat is gebaseerd is op de Theory of Planned Behaviour (TPB) van Ajzen & Fishbein (1980). Volgens de TPB in Brug, Assema & Lechner (2007) is gedrag het beste te voorspellen door aan personen de vraag te stellen of zij van plan zijn om dat gedrag uit te voeren: de gedragsintentie. Deze gedragsintentie wordt bepaald door drie determinanten, namelijk; de eigen opvattingen: attitude, de opvattingen van anderen: subjectieve normen en de inschatting van eigen mogelijkheden om het gedrag uit te voeren: waargenomen gedragscontrole (Ajzen & Fishbein, 1980). De eerste determinant, de attitude van een persoon, is de houding die iemand heeft ten opzichte van het gedrag en de gevolgen van dit gedrag (Ajzen, 1991). De attitude wordt ontwikkeld door de overtuigingen die iemand heeft. Volgens Ajzen (1991) bestaat de sociale invloed uit de directe invloeden van de omgeving op het gedrag van de gebruiker. De laatste determinant, de eigen-effectiviteitverwachting, wordt bepaald door hoe de persoon zijn eigen vaardigheden inschat en denkt het eigen gedrag te kunnen controleren (Brug e.a, 2007) Volgens het model voorspellen deze drie determinanten de intentie tot gedrag die vervolgens weer het gedrag voorspelt.

Er bestaan twee verschillen tussen het ASE-model en de TPB. Ten eerste wordt er in het ASE-

model gesproken over de determinant 'sociale invloed' in plaats van 'subjectieve normen'. De determinant sociale invloed wordt hier onderscheiden in drie determinanten, namelijk: subjectieve normen, sociale steun of sociale druk en voorbeeldgedrag (modelling). Verder wordt er in plaats van de determinant 'waargenomen gedragscontrole' gesproken van 'eigen-effectiviteitsverwachting'. Dit is vooral een verschil in naam met een minimaal verschil in betekenis tussen beide begrippen. Hieronder valt er in het model te zien dat voordat het gedrag wordt uitgevoerd er nog sprake kan zijn van distale factoren, namelijk: barrières en steun & beïnvloeding door vaardigheden van de gebruiker. Hier kan de gebruiker dus wel de intentie hebben om het gewenste gedrag uit te voeren maar er de vaardigheden niet voor hebben of barrières ervaren die uitvoering van het gewenste gedrag kunnen belemmeren.



Figuur 2. Het ASE-model (de Vries et al, 1988)

Het ASE-model is de laatste jaren in Nederland vaak gebruikt als basis voor het ontwikkelen van interventies die zijn bedoeld om gezond gedrag te bevorderen. Volgens Povey, Connor, Sparks, James & Shepherd (2005) wordt in hun onderzoek 42% van de variantie in de intentie verklaard door de TPB, bij het gedrag werd 15% van de variantie verklaard. Godin & Kok (1996) denken er hetzelfde over, in hun onderzoek wordt 41% van de variantie in de intentie verklaard door de componenten van het de TPB. Het verschil tussen de intentie voor het gewenste gedrag en het werkelijke uitgevoerde gedrag wordt veroorzaakt door beïnvloeding van de barrières en de vaardigheden van de gebruiker.

1.6 Onderzoek en vraagstelling

In dit verslag wordt het gebruik van consultatie van een aandachtfunctionaris rondom kindermishandeling geëvalueerd vanuit het perspectief van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn in JGZ-organisaties.

Zoals eerder beschreven is er in de literatuur weinig bekend over de factoren die bepalen of een JGZ-professional de aandachtfunctionaris consulteert. Om de invoering van consultatie van de aandachtfunctionaris beter te kunnen laten verlopen is het belangrijk dat bekend is welke factoren

invloed hebben op het gebruik van consultatie. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de mate waarin JGZ-professionals gebruik maken van consultatie van de aandachtsfunctionaris en welke factoren de intentie tot het wel of niet consulteren verklaren.

De hoofdvraag die in dit onderzoek beantwoord zal worden is:

Welke factoren belemmeren of bevorderen bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen het consulteren van een aandachtsfunctionaris kindermishandeling (of het voornemen daartoe) bij vermoedens van kindermishandeling?

Dit onderzoek richt zich vooral op de stap 'probleemanalyse, doelgroep en setting' van het eerder beschreven implementatiemodel. Hierbij gaat het om de knelpunten die bij de implementatie bestaan. Onderzocht wordt welke belemmerende en bevorderende factoren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ervaren bij het consulteren van een aandachtsfunctionaris bij vermoedelijke kindermishandeling. Omdat het in dit onderzoek gaat om de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen uit verschillende JGZ-organisaties als gebruiker, is het vooral gericht op de kenmerken van de organisatie en de kenmerken van de gebruiker van de innovatie, beide vanuit de perceptie van de gebruiker. Het functioneren van de aandachtsfunctionaris zou door gericht handelen naar aanleiding van dit onderzoek verbeterd kunnen worden. Zo zou de aandachtsfunctionaris een bijdrage kunnen leveren door het geven van advies aan collega's wanneer zij knelpunten ondervinden bij het herkennen en melden van kindermishandeling. Hierdoor kan de kwaliteit van het signaleren en aanpakken van kindermishandeling in de JGZ kunnen toenemen.

2. Methode

Het onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek gedaan naar het gebruik van de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling dat wordt uitgevoerd binnen de Academische Werkplaats Jeugd Twente (AWJT). Dit deelonderzoek is explorierend van aard. De data werden verzameld door middel van een vragenlijst die werd voorgelegd aan jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.

2.1 Participanten

Na benadering van de helft van de in totaal 1481 jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen uit 17 JGZ-organisaties in Nederland hebben er 282 gerespondeerd. Er zijn 156 van de in totaal 282 jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek geïnccludeerd na toepassing van de volgende exclusiecriteria: de respondenten zonder enige vermoedens van kindermishandeling in de afgelopen 12 maanden; de respondenten die niet bekend zijn met de aandachtsfunctionaris; de respondenten die de vragenlijst niet hebben afgemaakt. In tabel 1 zijn de deelnemende organisaties en hun kenmerken weergegeven.

Tabel 1. Organisaties en hun aantallen medewerkers, aandachtsfunctionarissen(AF), participanten(PP) en de leeftijdsgroep.

Organisatie	Aantal medewerkers	Aantal AF	Aantal PP	Percentage totaal PP	Doelgroep
Careyn Thuiszorg Breda, Dordrecht en Hoekse Waard	104	3	10	6,4%	0 - 4
Jong Florence	132	12	14	9,0%	0 - 4
Orbis JGZ	28	2	4	2,6%	0 - 4
Stichting de Zorgboog	49	2	11	7,1%	0 - 4
Thebe Thuiszorg JGZ	53	1	2	1,3%	0 - 4
Zorggroep Almere	47	1	1	0,6%	0 - 4
Careyn JGZ Utrecht	37	1	5	3,2%	0 - 4
GGD Drenthe	31	1	8	5,1%	4 - 19
GGD IJsselland	40	4	12	7,7%	4 - 19
GGD Rivierenland	16	1	5	3,2%	4 - 19
GGD Kennermerland	75	3	8	5,1%	4 - 19
GGD Gooi & Vechtstreek	70	1	10	6,4%	0 - 19
GGD Hollands Noorden	182	5	8	5,1%	0 - 19
GGD Twente	179	5	28	17,9%	0 - 19
GGD Utrecht	104	1	4	2,6%	0 - 19
GGD Zeeland	120	4	11	7,1%	0 - 19
GGD Fryslan	214	5	13	8,3%	0 - 19
Careyn B,D en HW of Utrecht			2	1,3%	0 – 4/0 - 19
Totaal	1481	52	225	100%	

Van de 156 participanten zijn 7 (4.5%) man en 149 (95.5%) vrouw. Met betrekking tot het beroep zijn 64 (41.0%) participanten (vijf mannen en 59 vrouwen) jeugdarts of jeugdverpleegkundig specialist preventie, en 91 (58.3%) participanten (twee mannen en 89 vrouwen) jeugdverpleegkundige. Van 1 (0.6%) participant is het geslacht en beroep onbekend. De deelnemende JGZ-organisaties bieden diensten aan op consultatiebureaus (0-4 jaar), op scholen (4-19 jaar) of op allebei (0-19 jaar).

2.2 Meetinstrument

De data zijn verzameld via een online vragenlijst die de belemmerende en bevorderende factoren van consultatie van een aandachtfunctionaris meet. De vragenlijst van het gehele onderzoek gaat voor een groot deel over de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling en bestaat uit 67 vragen. Bij de ontwikkeling van de vragenlijst is gebruik gemaakt van het ASE-model van de Vries et al. (1988). De vragen zijn ook ontwikkeld aan de hand van het Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) van Fleuren et al. (2012). Het MIDI bevat 29 factoren waarvan verondersteld wordt dat ze invloed hebben op het gebruik van een innovatie. De 29 factoren zijn onder te verdelen in vier categorieën: 1. de determinanten met betrekking tot de gebruiker, 2. de determinanten met betrekking tot de innovatie, 3. de determinanten met betrekking tot de organisatie, 4. de determinanten met betrekking tot sociaal-politieke omgeving. Dit onderzoek richt zich op de determinanten met betrekking tot de gebruiker, de organisatie en de innovatie. Hierdoor worden alleen de vragen meegenomen die hier betrekking op hebben. De gebruikte vragenlijst is te vinden in bijlage 1.

2.2.1 Opbouw van de vragenlijst

De vragenlijst begon met een introductie waarin informatie stond over het onderzoek, anonimiteit en de tijd die de vragenlijst in beslag neemt. Hierna kwamen een aantal vragen (1 t/m 7) over de persoonlijke kenmerken van de participant. Dit waren vragen over de functie, het geslacht, het bedrijf waar de participant werkt, de leeftijdscategorie waarmee de participant werkt en het onderwijs (regulier of speciaal) wat hierbij hoort, werkervaring (jaren) in de JGZ en het aantal uren per week dat men in de JGZ werkzaam is. Door middel van het vragen van de persoonlijke kenmerken, kan de invloed van bepaalde factoren op het gebruik van consultatie van een aandachtfunctionaris vastgesteld worden. Ook kunnen hiermee mogelijke confounders vastgesteld worden. De resterende vragen uit de vragenlijst kunnen toegekend worden aan één van de factoren van het ASE-model van de Vries et al (1988).

2.2.2 Proximale factoren van het ASE-model

De proximale factoren zijn de factoren met een directe invloed. In het ASE-model zijn dit de Attitude, Sociale invloed, Eigen-effectiviteitsverwachting, Intentie en Gedrag. De distale factoren zijn de Barrières & Steun en Kennis & Vaardigheden. De vragen over de factoren werden beantwoord via een Likertschaal van een rangvolgorde van keuzemogelijkheden (zie tabel 2).

Tabel 2. Proximale factoren, Likertschaal en rangvolgorde van de antwoordmogelijkheden.

Factor	Likertschaal	Rangvolgorde
Attitude	5-punts	helemaal mee oneens – helemaal mee eens
Uitkomstverwachting	5-punts	zeker niet – zeker wel
Persoonlijk voordeel/nadeel	5-punts	helemaal mee oneens – helemaal mee eens
Subjectieve norm	5-punts	zeker niet – zeker wel
Descriptieve norm	7-punts	geen enkel collega – alle collega's
Sociale steun	5-punts	helemaal mee oneens – helemaal mee eens
Eigen-effectiviteitsverwachting	5-punts	zeker niet – zeker wel
Intentie	5-punts	zeker niet – zeker wel
Gedrag	7-punts	bij geen enkel kind – bij alle kinderen

De Attitude is geoperationaliseerd in de vraag waarin aan de participant werd gevraagd wat deze vond van het overleggen met een aandachtsfunctionaris kindermishandeling bij een vermoeden van kindermishandeling. Deze vraag heeft als antwoordenmogelijkheden: 'zinvol, belangrijk, wenselijk, nodig, verstandig, handig en horen bij mijn functie'. De vraag over de MIDI-factor

'Uitkomstverwachting' gaat over 'het Gepercipieerde belang en waarschijnlijkheid dat het beoogde doel met de innovatie bij de cliënt wordt bereikt' (Fleuren et al. 2012). In dit onderzoek valt de Uitkomstverwachting ook onder de Attitude. Het Persoonlijk voordeel/nadeel, tevens een MIDI-factor, werd gemeten via een vraag die bestond uit drie items en valt in dit onderzoek ook onder de Attitude.

De Sociale invloed heeft betrekking op de vragen die gaan over de Subjectieve norm, Descriptieve norm en Sociale steun en is gemeten via vier vragen. In één van de vragen waarin de Subjectieve norm werd gemeten werd er aan de participant gevraagd of collega's verwachten dat de participant met een aandachtsfunctionaris overlegt bij vermoedens van kindermishandeling. In de vraag over de MIDI-factor 'Descriptieve norm', werd het waargenomen gedrag van de participant over collega's met betrekking tot het overleggen met de aandachtsfunctionaris in de organisatie gemeten. De sociale steun werd gemeten via 1 item waarin de participant werd gevraagd of deze op voldoende ondersteuning van de aandachtsfunctionaris kon rekenen, wanneer dit nodig was bij een vermoeden

van kindermishandeling.

De Eigen-effectiviteitsverwachting had betrekking op een vraag bestaande uit twee subvragen. Een voorbeeld hiervan is 'Indien u zou willen, denkt u dat het u dan lukt te overleggen met de aandachtsfunctionaris?'.

De vraag over de Intentie bestond uit twee op elkaar lijkende subvragen waarvan één als volgt luidt: 'ik ben van plan het komende jaar te overleggen met een aandachtsfunctionaris kindermishandeling als ik kindermishandeling vermoed'.

Gedrag had betrekking op de vraag waarin werd gevraagd bij welk deel van de kinderen er overlegd werd met de aandachtsfunctionaris in het geval van een blijvend vermoeden van kindermishandeling. De vraag had betrekking op de laatste 12 maanden.

2.2.3 Distale factoren van het ASE-model

De distale factoren uit het ASE-model zijn de factoren met een indirecte invloed. Dit zijn de Barrières & Steun en Kennis & Vaardigheden. Ook hier werden de vragen over de factoren beantwoord via een Likertschaal van een rangvolgorde van keuzemogelijkheden (zie tabel 3).

In de vraag over de Kennis & Vaardigheden van de respondent werd er met betrekking tot verschillende aspecten gevraagd of de respondent hiervoor goed of slecht uitgerust was. De vijf aspecten waar naar werd gevraagd zijn: gespreksvaardigheden, kennis over kindermishandeling, kennis over maatschappelijke organisaties die hulp kunnen bieden, omgaan met privacy vraagstukken en omgaan met eigen onvermogen of angst. De Bekendheid met de activiteit in de richtlijn: overleggen met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling bij een vermoeden van kindermishandeling (MIDI=informatieverwerking) valt in dit onderzoek onder de Barrières & Steun. Ook de vragen over de twee MIDI-factoren Tijd en Kenmerken van de innovatie waarin de bereikbaarheid, toegankelijkheid & flexibiliteit van de aandachtsfunctionaris werd gemeten vallen in dit onderzoek onder de Barrières & Steun.

Tabel 3. Distale factoren, Likertschaal en rangvolgorde van de antwoordmogelijkheden.

Factor	Likertschaal	Rangvolgorde
Kennis & Vaardigheden	4-punts	slecht– goed
Bekendheid	4-punts	ik weet niet wat deze activiteit inhoudt – ik weet wat deze activiteit precies inhoudt
Tijd	5-punts	helemaal mee oneens – helemaal mee eens
Kenmerken van de innovatie	5-punts	helemaal mee oneens – helemaal mee eens

2.3 Procedure

Voor het verspreiden van de vragenlijst is via het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) informatie verkregen over de contactgegevens en tussenpersonen van de deelnemende organisaties. De managers van de gewenste deelnemende organisaties werden benaderd en uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Om de organisaties niet veel te belasten is per organisatie gevraagd om deel te nemen met de helft van het totaal werkzame jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in de desbetreffende organisatie. Door middel van de database van het NCJ kon het aantal werkzame jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen per organisatie worden vastgesteld. Nadat de tussenpersonen werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek, ontvingen zij een mail met een brief ter informatie. Verder ontvingen zij de weblink die leidde naar de online vragenlijst met een voorbeeldinstructie. In de instructie stond informatie over hoe de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen op een willekeurige manier geselecteerd moesten worden om zo een representatieve groep te kunnen creëren. De tussenpersonen stuurden vervolgens de weblink met een informatiebrief met betrekking tot anonimiteit en vertrouwelijkheid door naar de geselecteerde participanten. Twee weken later werden de tussenpersonen gevraagd een herinneringsmail naar de participanten te sturen. Na vier weken werd de tweede herinneringsmail gestuurd om op deze manier zoveel mogelijk respondenten te verkrijgen.

2.4 Data-analyse

De data in dit onderzoek zijn geanalyseerd door middel van het programma SPSS versie 22.

Allereerst zijn de demografische kenmerken van de respondenten beschreven door presentatie van de gemiddelden en standaarddeviaties. Hierna wordt de Bekendheid, Intentie, Gedrag en de Gewoonte met betrekking tot overleg met de aandachtfunctionaris geanalyseerd om duidelijkheid te verkrijgen over de huidige staat van de respondent. Verder wordt ook de Cronbach's alpha berekend om zo de samenhang tussen de items die ongeveer hetzelfde meten te bepalen. Bij een sterke samenhang tussen de items, dat wil zeggen Cronbach's Alpha > .700, worden er constructen gevormd van de samenhangende items om zo een hogere betrouwbaarheid in de verdere analyses te kunnen verkrijgen.

De samenhang tussen de constructen die onder het ASE-model vallen, is via een tweezijdige univariate correlatie geanalyseerd. Hierbij is er een significantieniveau van $p < .05$ gebruikt. Allereerst is dit gedaan met de intentie als afhankelijke variabele. Daarna is ook hetzelfde gedaan met het gedrag als afhankelijke variabele. Bij de analyse met gedrag als afhankelijke variabele wordt ook gekeken hoe de Intentie correleert met Gedrag.

Vervolgens is een tweezijdige multivariate regressieanalyse gedaan met de achtergrondkenmerken en de proximale factoren van het ASE-model om te kunnen beschrijven wat de grootste voorspellers zijn voor Intentie als afhankelijke variabele en daarna Gedrag als afhankelijke variabele. Hierbij is ook de fractie verklaarde variantie in verschillende stappen met elkaar vergeleken. Omdat variabelen onderling ook samenhang kunnen tonen is de voorkeur gegeven om dit via meerdere stappen te doen met in de eerste stap de achtergrondkenmerken, in de tweede stap het

toevoegen de constructen van het ASE-model en in de derde stap toevoeging van de Intentie. Het gebruikte significantieniveau hierbij is $p < .05$.

Als laatste is een moderatie analyse gedaan via de Johnson-Neyman techniek om te kunnen bepalen of de relatie tussen Intentie en Gedrag wordt beïnvloed door een variabele wat in dit geval de moderator wordt genoemd. De moderatoren in deze analyse zijn: Kennis & Vaardigheden, Tijd, Bekendheid en Kenmerken van de innovatie. Hierbij is geanalyseerd of bij wisselende waarden van de moderatoren het effect van de voorspellers op Intentie en Gedrag verschillend is. Ook hierbij is er een significantieniveau van $p < .05$ gebruikt.

3. Resultaten

3.1 Kenmerken van de participanten

Van de 156 participanten werken er 91 (58,37%) in de doelgroep 0-4 jaar, 43 (26,6%) in de doelgroep 4-19 jaar en 21 (13,5%) in de doelgroep 0-19 jaar. Van één participant ontbreekt deze data met betrekking tot de doelgroep. De gemeten werkervaring in jaren en het aantal uur per week dat de professional werkzaam is als uitvoerend professional in de JGZ zijn te vinden in tabel 4.

3.1.1 Bekendheid, intentie, gebruik en gewoonte van de participant

Acht (5,1%) participanten kennen de samenvatting van de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling niet. Twaalf (7,7%) participanten kennen de samenvatting wel maar hebben deze (nog) niet gelezen, 97 (62,2%) kennen de samenvatting en hebben hem oppervlakkig gelezen en 39 (25,0%) kennen de samenvatting en hebben hem volledig en grondig gelezen.

De resultaten van analyse van de kenmerken: 1. het aantal vermoedens van kindermishandeling van de participanten in de afgelopen 12 maanden, 2. de intentie om het komende jaar te overleggen met de aandachtfunctionaris, 3. het gedrag; bij welk deel van de kinderen is met een aandachtfunctionaris overlegd in het geval van een blijvend vermoeden en 4. de gewoonte om te overleggen met de aandachtfunctionaris als onderdeel van de werkroutine bij vermoedens van kindermishandeling, alsook de manieren waarop deze vragen zijn gemeten, via een Likertschaal of het aantal jaar/uur/keer, zijn met de bijbehorende gemiddelden en standaarddeviaties weergegeven in tabel 4.

Tabel 4. Determinanten met de bijbehorende gemiddelden(M) en standaarddeviaties(SD)

Determinant	Antwoord (aantal jaar/uur/keer of Likertschaal(Ls))	M	SD
Werkervaring in jaren	Varieert van 0.5 - 38 jaar	16,47	9,88
Aantal uur per week werkzaam	Varieert van 4 – 40 uur	22,39	6,09
Vermoedens kindermishandeling	Tussen de 0 en 7 keer	2,43	1,61
Intentie om te overleggen	Via 5-punts Ls: Zeker niet=0 – Zeker wel=4	3,37	0,72
Bij welk deel overlegd met de aandachtfunctionaris	Via 7-punts Ls: Bij geen enkel kind=0 – Bij alle kinderen=6	4,08	1,62
Gewoonte om te overleggen	Via 5-punts Ls: Helemaal mee eens=0 – Helemaal mee oneens=4	2,63	0,83

3.1.2 De interne betrouwbaarheid constructen

Bij het berekenen van de Cronbach's Alpha blijkt dat deze tussen de waarden .729 – .951 zit. Hierdoor kan de interne betrouwbaarheid tussen de items als voldoende hoog worden beschouwd. De Cronbach's Alpha waarde die per construct is berekend staan weergegeven in tabel 5.

Tabel 5. Constructen en de bijbehorende vragen en Cronbach's Alpha(CA)

Construct	Voorbeeldvraag	Aantal items	(CA)
Attitude & Overtuigingen	"Het overleggen met een aandachtsfunctionaris bij een vermoeden van kindermishandeling vind ik."	10	.951
Subjectieve norm	"Verwachten de volgende personen dat u met een aandachtsfunctionaris overlegt bij vermoedens van kindermishandeling?"	4	.873
Intentie	"Ik ben van plan het komende jaar te overleggen met een aandachtsfunctionaris kindermishandeling als ik kindermishandeling vermoed"	2	.933
Kennis & Vaardigheden	"Kunt u per aspect aangeven in welke mate u vindt dat u hiervoor goed of slecht toegerust bent?"	5	.729
Kenmerken van de innovatie	"De aandachtsfunctionaris(sen) is/zijn: goed te bereiken per email; goed te bereiken per telefoon; toegankelijk; flexibel."	4	.877
Totaal		22	

De determinanten Eigen-effectiviteitsverwachting, Gedrag, Uitkomstverwachting(valt onder Attitude), Descriptieve norm(valt onder Sociale invloed), Sociale steun(valt onder Sociale invloed), Tijd en Bekendheid worden via één item gemeten.

3.2 Univariante correlatie analyse

De resultaten van de univariate analyse met de constructen die onder het ASE-model vallen als onafhankelijke variabelen en achtereenvolgens met Intentie en Gedrag als afhankelijke variabele zijn weergegeven in tabel 6.

Intentie had een significante relatie met alle constructen, behalve met Kennis & Vaardigheden en Tijd. Hetzelfde geldt ook voor Gedrag. De Intentie als afhankelijke variabele correleert vooral sterk met de Attitude & Overtuigingen, Uitkomstverwachting en Subjectieve norm. Het Gedrag als afhankelijke variabele correleert vooral sterk met de Attitude & Overtuigingen, Descriptieve norm en Subjectieve norm. Bij alle constructen is geanalyseerd met n=156, behalve bij de Descriptieve norm geldt n=155.

Tabel 6. Univariate correlatie tussen de constructen van het ASE-model en respectievelijk intentie en gedrag.

Construct	Intentie		Gedrag	
	r	sig.	r	sig.
Attitude & Overtuigingen	.616**	.000	.557**	.000
Uitkomstverwachting	.573**	.000	.498**	.000
Descriptieve norm	.460**	.000	.595**	.000
Sociale steun	.454**	.000	.362**	.000
Subjectieve norm	.555**	.000	.574**	.000
Eigen-effectiviteitsverwachting	.402**	.000	.343**	.000
Kennis & Vaardigheden	.015	.854	-.021	.798
Kenmerken van de innovatie	.406**	.000	.364**	.000
Tijd	-.095	.237	-.156	.052
Bekendheid	.325**	.000	.374**	.000
Intentie			.719**	.000

** significantieniveau .05 (2-zijdig)
N=156

3.3 Multivariate regressie analyse

3.3.1 Regressieanalyse met Intentie als afhankelijke variabele

De resultaten van de regressieanalyse bestaande uit twee stappen met de Intentie als de afhankelijke variabele zijn weergegeven in tabel 7. In de eerste analysestap met als achtergrondkenmerken Werkervaring en Bekendheid met de samenvatting van de richtlijn en de intentie als afhankelijke variabele, was de verklaarde variantie in de intentie (R^2) hierbij 0,0%. Het model is niet significant, $p=.369$.

Na toevoeging van de constructen Attitude&Overtuigingen, Uitkomstverwachting, Descriptieve norm, Sociale steun, Subjectieve norm en Eigen-effectiviteitsverwachting als tweede stap, steeg de verklaarde variantie in de intentie naar 48,6%. Het model is significant, $p=.000$. De constructen Werkervaring, Bekendheid met de samenvatting van de richtlijn en Sociale steun hadden een negatieve invloed op Intentie en waren behalve de Werkervaring ($p=.039$) niet significant ($p=.350$ en $p=.590$). Ook de uitkomstverwachting was niet significant ($p=.108$). In tegenstelling tot de vorige stap is de Werkervaring na toevoeging van de constructen wel significant ($p=.039$, $\beta=-.122$). Hierbij geldt hoe meer werkervaring de participant heeft, hoe minder er gebruik wordt gemaakt van consultatie van de aandachtsfunctionaris. Daarnaast zijn Attitude & Overtuigingen, Descriptieve norm, Subjectieve norm en Eigen-effectiviteitsverwachting significante voorspellers.

Tabel 7. regressie met de achtergrondkenmerken en constructen van het ASE-model met de intentie als afhankelijke variabele.

Construct	Stap 1		Stap 2	
	β	p	β	p
Werkervaring (jaren)	-.081	.316	-.122	.039
Bekendheid met de samenvatting van de richtlijn	-.073	.368	-.055	.350
Attitude & Overtuigingen	.		.299	.008
Uitkomstverwachting			.159	.108
Descriptieve norm			.160	.029
Sociale steun			-.048	.590
Subjectieve norm			.209	.007
Eigen-effectiviteitsverwachting			.143	.033
R ² (adjusted)	.000		.486	
F	1,002		19,226	
Sig.	.369		.000	

3.3.2 Regressieanalyse met Gedrag als afhankelijke variabele

Een regressieanalyse bestaande uit drie stappen is gedaan. Bij de eerste analysestap met als achtergrondkenmerken Werkervaring en Bekendheid met de samenvatting van de richtlijn en de intentie als afhankelijke variabele, was de verklaarde variantie in de intentie hierbij -1,0% en is met $p=.780$ niet significant (zie tabel 8).

Bij de tweede stap die bestond uit toevoeging van de constructen Attitude&Overtuigingen, Uitkomstverwachting, Descriptieve norm, Sociale steun, Subjectieve norm en Eigen-effectiviteitsverwachting steeg de verklaarde variantie in de intentie naar 50,6%. Het model is significant, $p=.000$. De constructen Bekendheid met de samenvatting van de richtlijn, Uitkomstverwachting, Sociale steun en Eigen-effectiviteitsverwachting waren niet significant ($p=.736$, $p=.268$, $p=.082$ en $p=.246$). Ook in dit model veranderde Werkervaring in wel significant ($p=.044$, $\beta=-.116$). De constructen met een positieve en significante invloed, oftewel de voorspellers op de Intentie zijn Attitude & Overtuigingen, Descriptieve norm en Subjectieve norm. In tegenstelling tot tabel 7 is de Eigen-effectiviteitsverwachting hier geen significante voorspeller van het Gedrag, wat bij de Intentie wel het geval was.

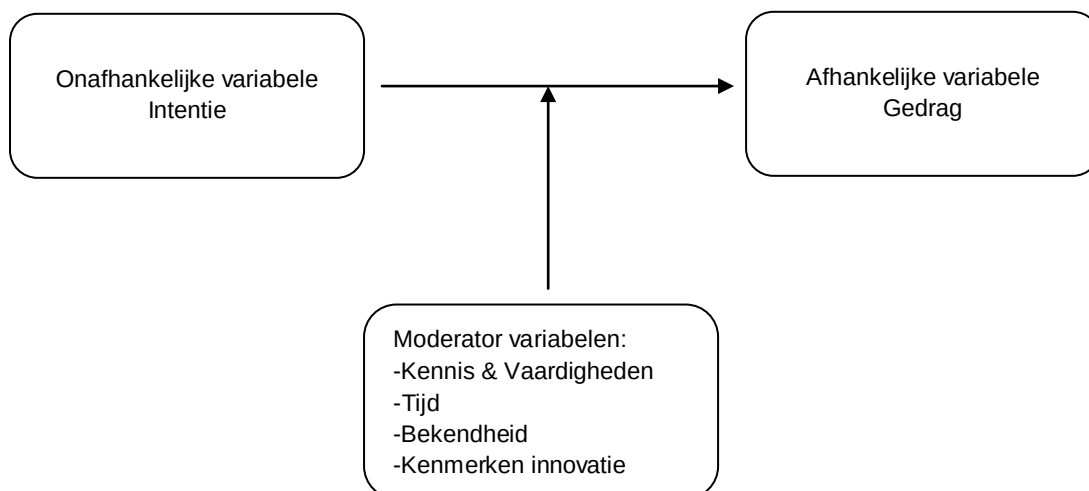
Na toevoeging van de Intentie als derde stap van deze regressieanalyse is de verklaarde variantie in Gedrag gestegen van 50,6% naar 60,6%. De significante voorspellers in dit model zijn de Descriptieve norm en de Intentie. In tegenstelling tot de vorige stap zijn Attitude & Overtuigingen en Subjectieve norm hier veranderd in niet-significant. Bij Attitude & Overtuigingen bestond de verwachting dat wanneer de respondent positief tegenover overleg met de aandachtsfunctionaris zou staan, ook meer gebruik zou maken van overleg. Na eenzijdig toetsen is Attitude & Overtuigingen wel significant met $p=.029$.

Tabel 8. regressie met de achtergrondkenmerken en constructen van het ASE-model en de Intentie met het gedrag als afhankelijke variabele.

Construct	Stap 1		Stap 2		Stap 3	
	β	β	β	p	β	p
Werkervaring (jaren)	-.057	.481	-.116	.044	-.062	.236
Bekendheid met de samenvatting van de richtlijn	.006	.942	.019	.736	.044	.393
Attitude & Overtuigingen			.323	.003	.189	.058
Uitkomstverwachting.			.107	.268	.036	.680
Descriptieve norm			.366	.000	.294	.000
Sociale steun			-.154	.082	-.132	.094
Subjectieve norm			.186	.015	.092	.184
Eigen-effectiviteitsverwachting			.076	.246	.012	.842
Intentie					.448	.000
R ² (adjusted)	-.010		.506		.606	
F	.249		20,701		27,361	
Sig.	.780		.000		.000	

3.4 Moderatoranalyse

Een moderatoranalyse is apart gedaan met de moderatoren Kennis & Vaardigheden, Tijd, Bekendheid en Kenmerken van de innovatie (Zie figuur 3).



Figuur 3. Moderatoreffect op de relatie tussen Intentie en Gedrag met de moderatoren Kennis & Vaardigheden, Tijd, Bekendheid en Kenmerken van de innovatie.

Bij de analyse van de variabele Kennis & Vaardigheden bestond de verwachting dat hoe meer kennis en vaardigheden iemand bezat, hoe vaker iemand de aandachtsfunctionaris zou consulteren.

Uit de resultaten van deze analyse bleek dat de relatie tussen intentie en gedrag niet significant gemodereerd wordt door deze variabele, $b=.007$ en $p=.984$ (zie tabel 9).

Tabel 9. Het effect van de moderator Kennis & Vaardigheden met de bijbehorende regressiecoëfficiënten, standaardfout (SE(b)), t-waarde, significantiewaarden en de verklaarde variantie.

	b	SE(b)	t	p
Constant	4.08 (3.89, 4.26)	.092	44.19	.000
Kennis & Vaardigheden	-.137 (-.643, .370)	.256	-.53	.595
Intentie	1.62 (1.37, 1.87)	.125	12.93	.000
Kennis & Vaardigheden x Intentie	.007 (-.732, .747)	.374	.02	.984
$R^2=.518$				

Bij de analyse van de variabele Tijd werd verwacht dat hoe meer tijd er volgens de respondenten in de organisatie beschikbaar was om te overleggen met de aandachtsfunctionaris, hoe meer overleg er plaatsvond en dus hoe hoger de samenhang was tussen Intentie en Gedrag. Uit de analyse bleek dat de relatie tussen intentie en gedrag niet significant gemodereerd wordt door deze variabele, $b=-.007$ en $p=.957$ (zie tabel 10).

Tabel 10. Het effect van de moderator Tijd met de bijbehorende regressiecoëfficiënten, standaardfout (SE(b)), t-waarde, significantiewaarden en de verklaarde variantie.

	b	SE(b)	t	p
Constant	4.08 (3.89, 4.26)	.094	43.32	.000
Tijd	-.129 (-.301, .044)	.087	-1.47	.142
Intentie	1.60 (1.36, 1.84)	.122	13.13	.000
Tijd x Intentie	-.007 (-.248, .234)	.122	-.05	.957
$R^2=.525$				

Verwacht werd, bij de analyse van de Bekendheid van de activiteit overleggen met een aandachtsfunctionaris bij een vermoeden van kindermishandeling dat hoe meer de JGZ-professionals wisten wat consultatie van een aandachtsfunctionaris inhoudt, hoe vaker ze de aandachtsfunctionaris zouden consulteren. Uit de resultaten (zie tabel 11) bleek dat de relatie tussen intentie en gedrag significant positief gemodereerd wordt door Bekendheid en zowel voor mensen met een laag, middel en hoog niveau van bekendheid met inhoud van de consultatie van een aandachtsfunctionaris, $b=.367$ en ($p=.040$). Kennis & Vaardigheden verklaart voor 55,4% de variantie in het effect op de relatie tussen Intentie en Gedrag, $R^2=.554$.

Tabel 11. Het effect van de moderator Bekendheid met de bijbehorende regressiecoëfficiënten, standaardfout (SE(b)), t-waarde, significantiewaarden en de verklaarde variantie.

	b	SE(b)	t	p
Constant	4.01 (3.82, 4.22)	.101	39.94	.000
Bekendheid	.414 (.086, .740)	.166	2.50	.014
Intentie	1.57 (1.30, 1.82)	.131	11.93	.000
Bekendheid x Intentie	.367 (.017, .717)	.177	2.07	.040
$R^2=.554$				

Wanneer er meer beschikbaarheid, flexibiliteit en toegankelijkheid van de aandachtsfunctionaris zou zijn bestaat er de verwachting dat er ook meer gebruik gemaakt zou worden van consultatie van de aandachtsfunctionaris. Uit de resultaten van de analyse van de Kenmerken van de innovatie bleek dat de relatie tussen intentie en gedrag niet significant gemodereerd wordt door deze variabele, $b=.346$ en $p=.115$ (zie tabel 12).

Tabel 12. Het effect van de moderator Kenmerken van de innovatie met de bijbehorende regressiecoëfficiënten, standaardfout (SE(b)), t-waarde, significantiewaarden en de verklaarde variantie.

	b	SE(b)	t	p
Constant	4.022 (3.82, 4.23)	.105	38.42	.000
Kenmerken van de innovatie	.409 (.031, .786)	.191	2.14	.034
Intentie	1.57 (1.28, 1.84)	.140	11.11	.000
Kenmerken van de innovatie x Intentie	.346 (-.085, .777)	.218	1.59	.115
$R^2=.549$				

4. Discussie

Dit onderzoek had als doel om inzicht te krijgen in de mate waarin JGZ-professionals gebruik maken van consultatie van de aandachtsfunctionaris bij een vermoeden van kindermishandeling en welke factoren (de intentie en daadwerkelijk gedrag in) het wel of niet consulteren verklaren. Dit is het eerste onderzoek, exploratief van aard, dat naar deze vorm van consultatie kijkt in deze context van kindermishandeling. Hierbij is er gekeken naar de mate waarin verschillende constructen van het ASE-model een positieve samenhang vertonen met (de intentie tot) het gebruik van consultatie van een aandachtsfunctionaris. Het vaststellen van de factoren die (de intentie en daadwerkelijk gedrag in) het wel of niet consulteren verklaren, zou kunnen leiden tot gericht handelen naar aanleiding van deze bevindingen waarmee vervolgens het functioneren van de aandachtsfunctionaris verbeterd zou kunnen worden.

In de inleiding is de volgende hoofdvraag gesteld:

Welke factoren belemmeren of bevorderen bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen (het voornemen) om een aandachtsfunctionaris kindermishandeling te consulteren bij vermoedens van kindermishandeling?

Uit de resultaten bleek dat het door de professional inschatten van het aantal collega's dat met een aandachtsfunctionaris overlegt (descriptieve norm) en de houding tegenover het overleggen met een aandachtsfunctionaris (attitude & overtuigingen) een positieve invloed hebben op het voornemen (intentie) en daadwerkelijke consultatie met de aandachtsfunctionaris. De werkervaring van de jeugdarts of jeugdverpleegkundige heeft een negatieve invloed op het voornemen om te overleggen met de aandachtsfunctionaris. De bekendheid van overleggen met de aandachtsfunctionaris bleek de relatie tussen het voornemen en de daadwerkelijke consultatie positief te beïnvloeden. Dit geldt voor de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen met een laag, middel en hoog niveau van bekend zijn wat overleg met de aandachtsfunctionaris inhoudt. De variantie in het voornemen om te overleggen met de aandachtsfunctionaris werd voor 48,6% verklaard door factoren van het ASE-model, gecontroleerd voor de werkervaring van de participant en de bekendheid met de samenvatting van de richtlijn. De variantie in het daadwerkelijk gedrag werd voor 60,6% door factoren van het ASE-model verklaard, gecontroleerd voor de werkervaring van de participant, de bekendheid met de samenvatting van de richtlijn en het voornemen van de participant om te overleggen met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling.

4.1 Vergelijking van de resultaten met de literatuur

In de literatuur werd er veelvuldig genoemd dat consultatie van een aandachtsfunctionaris (kindermishandelingexpert) bij vermoedens van kindermishandeling nuttig zou zijn. Extra consultatie van een aandachtsfunctionaris zou nodig zijn om de mishandeling en het stadium ervan correct vast te kunnen stellen om zo fouten te kunnen voorkomen (McGuire et al, 2011). Echter, blijkt uit dit onderzoek dat er niet altijd gebruik wordt gemaakt van consultatie van een aandachtsfunctionaris. Volgens Konijnendijk et al (2014) consulteren sommige professionals andere collega's in de plaats van de aandachtsfunctionaris of ze vinden het niet noodzakelijk om de aandachtsfunctionaris te consulteren.

De houding tegenover overleg met een aandachtsfunctionaris heeft een positieve invloed op het voornemen en het daadwerkelijke gedrag in het wel of niet overleggen met een aandachtsfunctionaris bij vermoedens van kindermishandeling. Een positievere houding zorgt ervoor dat de JGZ-professional eerder geneigd is om bij vermoedens van kindermishandeling met de aandachtsfunctionaris te overleggen. Dit komt overeen met de Vries et al (1988) en Ajzen (1991) waarin er wordt gesteld dat de overtuigingen van de persoon invloed uitoefenen op het gedrag.

De door de professional gemaakte inschatting van het aantal collega's dat met een aandachtsfunctionaris overlegt heeft een sterke positieve invloed op het voornemen en het daadwerkelijke gedrag in het wel of niet overleggen met een aandachtsfunctionaris bij vermoedens van kindermishandeling. Wanneer een groot aantal collega's met de aandachtsfunctionaris overlegt, is de JGZ-professional eerder geneigd om met de aandachtsfunctionaris te overleggen. Dit komt ook overeen met de Vries et al. (1988) en Ajzen (1991) waarin de directe sociale omgeving invloed uitoefent op de gebruiker.

De werkervaring van de jeugdarts of jeugdverpleegkundige heeft een negatieve invloed op het voornemen en de keuze om te overleggen met een aandachtsfunctionaris. Bij meer werkervaring van de professionals vermindert het voornemen om met de aandachtsfunctionaris te overleggen. Dit komt niet overeen met de verwachting dat hoe meer werkervaring iemand zou hebben, hoe meer kennis en hoe groter het voornemen en de keuze om te overleggen met de aandachtsfunctionaris (Flaherty et al, 2004) (Lazenbatt & Freeman, 2006). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de JGZ-professionals met meer werkervaring in de JGZ, de verwachting hebben dat consultatie van een aandachtsfunctionaris hun handelen bij vermoedens van kindermishandeling niet positief zou doen veranderen. Dit, omdat ze mogelijk door de ruime werkervaring zelf al de verwachting hebben het probleem op te kunnen lossen. Verder onderzoek zou hier meer duidelijkheid over kunnen leveren.

De jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen hadden vaker het voornemen om een aandachtsfunctionaris te consulteren dan dat zij daadwerkelijk gebruik maakten van collegiale consultatie. Dit komt overeen met de Vries et al. (1988) die menen dat er factoren zijn met betrekking tot de kennis en vaardigheden van de gebruiker en de barrières en steun die de relatie tussen de intentie en het gedrag beïnvloeden. In dit onderzoek was dit met betrekking tot de barrières en steun, de bekendheid met de inhoud van het overleggen met de aandachtsfunctionaris die invloed uitoefende op de relatie tussen het voornemen en het daadwerkelijke gedrag in het consulteren van de aandachtsfunctionaris. Een manier om hierin te kunnen ingrijpen is bijvoorbeeld bekendmaking met de inhoud van consultatie met de aandachtsfunctionaris in de nascholing voor JGZ-professionals. In dit onderzoek hebben de beschikbaarheid, flexibiliteit en toegankelijkheid van de aandachtsfunctionaris, de kennis en vaardigheden van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen en de tijd die in de organisatie beschikbaar was om te overleggen met de aandachtsfunctionaris geen invloed op de relatie tussen het voornemen en de keuze om met de aandachtsfunctionaris te overleggen. Dit is in tegenstelling tot de Vries et al. (1988) waarin de relatie tussen de intentie en het gedrag wordt beïnvloed door de kennis en vaardigheden en de barrières en steun met betrekking tot de gebruiker.

De factoren van het ASE-model verklaren voor 48,6% de variantie in het voornemen om te overleggen met de aandachtsfunctionaris, gecontroleerd voor de werkervaring van de participant en

de bekendheid met de samenvatting van de richtlijn. De factoren die invloed hadden op het voornemen waren de houding van de JGZ-professional zelf, de invloed en de opvattingen van collega's en de mate waarin de professional zelf de eigenlijk mogelijkheden om te kunnen consulteren met de aandachtsfunctionaris denkt in te kunnen schatten. Dit komt overeen met de eerder beschreven theorie van Ajzen (1991) en het ASE-model van de Vries et al (1988). De variantie in het daadwerkelijke gedrag werd voor 60,6% door factoren van het ASE-model verklaard, gecontroleerd voor de werkervaring van de participant, de bekendheid met de samenvatting van de richtlijn en het voornemen van de participant om te overleggen met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling. Hier hadden alleen de invloed van collega's en het voornemen om te overleggen met de aandachtsfunctionaris invloed op de keuze om wel of niet te overleggen met de aandachtsfunctionaris. Dit is in tegenstelling met het ASE-model van de Vries et al (1988) waarin wordt beschreven dat alle factoren van het ASE-model invloed hebben op het gedrag.

4.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Door middel van toepassing van de exclusiecriteria bleven er 156 van de in totaal 282 jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen beschikbaar voor het onderzoek. Een sterk punt hierbij is dat het onderzoek zo betrouwbaarder werd omdat er op deze manier geen antwoorden in het onderzoek zijn meegenomen van respondenten die bijvoorbeeld niet bekend zijn met de aandachtsfunctionaris en de vragen wel hebben ingevuld. De lage respons in het onderzoek leidt tot een grotere onzekerheid (variatie) in de antwoorden en kan mogelijk de betrouwbaarheid van het onderzoek hebben aangetast. Toch is het een sterk punt dat de respondenten uit verschillende JGZ-organisaties uit een groot deel van Nederland zijn. Dit maakt de resultaten generaliseerbaar voor een groot deel van de JGZ.

Doordat de vragenlijst individueel is gesteld is er een goed beeld verkregen van elke jeugdverpleegkundige en jeugdarts apart. Een zwak punt is dat de vragenlijst voor een groot deel uit gesloten vragen bestond. Dit zou mogelijk ertoe kunnen hebben geleid dat de antwoorden van de respondenten sociaal wenselijke antwoorden hebben opgeleverd. Toch is dit voor een heel groot deel voorkomen omdat de respondent de vragenlijst individueel en anoniem heeft beantwoord met de mogelijkheid om antwoorden toe te lichten in open velden en niet in een groep. In een groep zouden professionals mogelijk geen eerlijke antwoorden durven te geven op de vragen over bijvoorbeeld, de inschatting van de eigenlijk mogelijkheden om te kunnen consulteren met de aandachtsfunctionaris (eigen-effectiviteitsverwachting), waardoor er veel sociaal wenselijke antwoorden opgeleverd zouden worden.

Doordat in dit onderzoek zowel de factoren op het voornemen als op het daadwerkelijke gedrag zijn onderzocht is er meer informatie verkregen dan wanneer men alleen het daadwerkelijke gedrag, waar het uiteindelijk om gaat, zou hebben onderzocht. Een zwak punt van dit cross-sectionele onderzoek is dat het voornemen en het daadwerkelijke gedrag op het zelfde moment gemeten zijn. Dit kan de resultaten minder betrouwbaar hebben gemaakt omdat het voornemen op de toekomst duidt en het daadwerkelijke gedrag op het verleden. Dit maakt het lastig om deze doorsnede in één model te analyseren omdat het verband tussen het voornemen en het daadwerkelijke gedrag ook mogelijk

andersom had kunnen zijn.

Dat er weinig wetenschappelijke artikelen beschikbaar waren over in hoeverre zorgverleners gebruik maken van consultatie van een aandachtsfunctionaris en welke factoren hierbij een rol spelen kan als een sterk punt van dit onderzoek worden gezien. Dit geeft aan dat er op internationaal niveau nog weinig bekend is hierover en kan mogelijk interesse bij onderzoekers opwekken om hier onderzoek naar te doen.

5. Conclusie & Aanbevelingen

5.1 Conclusie

Wanneer de JGZ-professional inschat dat veel van haar collega's met de aandachtsfunctionaris overleggen, wanneer zij zelf positief staat tegenover overleg met de aandachtsfunctionaris en wanneer zij minder werkervaring heeft in de JGZ, zal zij eerder de neiging hebben om de aandachtsfunctionaris te consulteren bij vermoedens van kindermishandeling. Wanneer de JGZ-professional bekend is met wat overleg met de aandachtsfunctionaris inhoudt wordt de relatie tussen het voornemen en daadwerkelijke consultatie van de aandachtsfunctionaris hierdoor beïnvloed. De factoren van het ASE-model verklaren voor bijna de helft de variantie in het voornemen om met de aandachtsfunctionaris te overleggen en voor meer dan de helft de variantie in het daadwerkelijke gedrag.

5.2 Aanbevelingen

Aan de hand van de discussie en conclusie zijn de volgende aanbevelingen af te leiden waarmee de kwaliteit van de JGZ voor wat betreft consultatie met de aandachtsfunctionaris verbeterd kan worden.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Aanbevolen wordt om verder onderzoek te doen naar factoren die een rol kunnen spelen bij gebruikmaking van consultatie van een aandachtsfunctionaris. Hierover is in de wetenschappelijke literatuur nog weinig bekend. Ook wordt aanbevolen om een vervolgonderzoek te doen naar de voorspellers uit dit onderzoek. Dit zijn de invloed van de werkervaring van de professional, de invloed van collega's die met de aandachtsfunctionaris overleggen en de invloed van houding van de professional op gebruikmaking van consultatie van een aandachtsfunctionaris.

Aanbevelingen voor JGZ-organisaties

Door meer duidelijkheid uit vervolgonderzoek te verkrijgen zou er vervolgens na het ingrijpen op handelen naar aanleiding van de bevindingen, het functioneren van de aandachtsfunctionaris verbeterd kunnen worden. In organisaties zou er ingegrepen kunnen worden op de invloed van factoren via daarvoor ontwikkelde interventies in de vorm van nascholing en training. Verder wordt ook aanbevolen om de bekendheid bij professionals met betrekking tot wat overleg met de aandachtsfunctionaris inhoudt te verbeteren. Dit zou gerealiseerd kunnen worden door middel van bekendmaking in nascholing en trainingen van professionals.

Literatuur

Advies- en meldpunt kindermishandeling(AMK)(2013). *Over het amk*. Verkregen op 25 maart 2014 van <http://www.amk-nederland.nl/over-amk/>

Advies- en meldpunt kindermishandeling(2012). *AMK in cijfers 2012*. Verkregen op 25 maart van <http://www.amk-nederland.nl/contents/documents/amkjaarverslag2012.pdf>

Ajzen I. & Fishbein M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ajzen I. (1991). The theory of planned behaviour, organizational behavior and human decision processes. 50(2):179-21.

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 (NPM-2010)*. In opdracht voor het Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport. Universiteit Leiden;TNO Child Health.
Verkregen op 18 maart 2014 van http://www.tno.nl/downloads/npm_2010_samenvatting.pdf

Anderst, J., Kellogg, N., and Jung, I. (2009). Is the diagnosis of physical abuse changed when Child Protective Services consults a Child Abuse Pediatrics subspecialty group as a second opinion? *Child Abuse and Neglect*, 33(8), 481-489.

Anthony A. & Zimmer-Gembeck M. J. (2007). Peer status and behaviors of maltreated children and their classmates in the early years of school. *Child Abuse & Neglect*, 31(9), 971-991. Verkregen op 3 april 2014.

Brug J, van Assema P. & Lechner L. (2007) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Koninklijke Van Gorcum, 5^e druk.

Chen P.H, Jacobs A. & Rovi S.L. (2013) Intimate partner violence: childhood exposure to domestic violence. *FP Essent*, 412:24-7.

Cicchetti, D. & Valentino, K. (2006). An Ecological Transactional Perspective on Child Maltreatment: Failure of the Average Expectable Environment and Its Influence Upon Child Development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology (2nd ed.): Risk, Disorder, and Adaptation, Vol. 3* (pp. 129-201). New York, New York: Wiley

Conner M. & Sparks P. (2005). Theory of Planned Behaviour and Health Behaviour. In M. Conner & P. Sparks (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models 2nd edition*. (pp 170-222). Mainhead: Open University Press.

Doeven, I.(2008) *Meldcodes kindermishandeling. Beschikking, waardering, gebruik en scholing. Verslag van onderzoek naar de beschikking over, de waardering van en scholing in het gebruik van meldcodes kindermishandeling, uitgevoerd door Veldkamp in opdracht van het ministerie voor Jeugd en Gezin*.

Esveld, M.(2013). Begeleiding van de aandachtsfunctionarissen huiselijk geweld. *JSO Expertisecentrum voor jeugd, samenleving en ontwikkeling*, september 2013. Verkregen op 18 maart 2014.

Field, A. (2013). Over SPSS: Discovering statistics using IBM SPSS Statistics.

Fingarson A.K, Flaherty E.G. & Sege R.D. (2011) Improving physician identification and reporting of child abuse. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(4), 185-190.

Flaherty E.G, Jones R. & Sege R. (2004). Telling their stories: Primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 28(9), 939-945.

Fleuren M. A. H, Wiefferink K. & Paulussen T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 107-123.

Fleuren M.A.H, Paulussen T.G.W.M, Van Dommelen P. & Van Buuren S. (2012). *Meetinstrument Determinanten van Innovaties (MIDI)*. TNO.

Gemeente Utrecht, z.d. Volksgezondheid. JGZ. Verkregen op 21 juni 2014 van <http://www.utrecht.nl/volksgezondheid/JGZ>

GGD Hollands Noorden, 2014. Taken aandachtsfunctionaris.

Goodwin R.D., Hoven C.W., Murison R. & Hotopf M. (2003). Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *American Journal of Public health* 93(7): 1065-1067.

Godin G. & Kok G. (1996) The Theory of Planned Behavior: a review of its applications to health-related behaviors, *American Journal of Health Promotion*, 11(2): 87–98.

Goossens A, Hulscher M.E.J.L. & Hermens R.P.M.G. (2011). *Kwaliteitsverbetering en implementatie in de dagelijkse praktijk*. In: Wollersheim H, Bakker P.J.M, Bijnen A.B, Gouma D.J, Wagner C & Weijden T van der. (red). (2011). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

Heiligers P, Calsbeek H. & Friele R. *Ontwikkeling Implementatiemonitor ZON*. Nivel. Utrecht 2001.

Hol,T. & Sie, N.(2011). *Taak-functieomschrijving Aandachtsfunctionaris Huiselijk geweld en Kindermishandeling*. Landelijke Vakgroep Aandachtsfunctionarissen Kindermishandeling, september 2011.

Hol T & Sie N.(2012) *Taak-functieomschrijving aandachtsfunctionaris huiselijk geweld en kindermishandeling*.

Hussey J.M, Chang J.J & Kotch J.B. (2006) Child Maltreatment in the United States: Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences *Pediatrics*,118(3):933-942. Verkregen op 3 april 2014.

Jeugdbescherming (z.d.). *Alles over kindermishandeling*. Verkregen op 17 april 2014 van <http://www.bjaa.nl/node/199>

Landelijke Vakgroep Aandachtsfunctionarissen Kindermishandeling(LVAK)(2014). *Voor deskundigheid in de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld*. Verkregen op 23 maart 2014 van <http://www.lvak.nl/>

Lane W.G. and Dubowitz H. (2009). Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? *Child Abuse & Neglect*, 33(2), 76-83.

Lazenbatt A. & Freeman R. (2006) Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*. 56(3), 227-236.

Leung P.W, Wong W.C, Tang C.S. & Lee A. (2011). Attitudes and child abuse reporting behaviours among Hong Kong GPs. *Fam Pract*. 28(2):195-201.

Lindberg D.M, Lindsell C.J. & Shapiro R.A. (2008). Variability in expert assessments of child physical abuse likelihood. *Pediatrics*, 121(4), e945-e953.

McGuire L, Martin K.D. & Leventhal J.M. (2011). Child abuse consultations initiated by child protective services: The role of expert opinions. *Academic Pediatrics*, 11(6), 467-473.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport(VWS) (z.d.) *Kindermishandeling. Wat is kindermishandeling?* Verkregen op 1 april 2014 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kindermishandeling/wat-kindermishandeling-is>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport(VWS) (2013) *Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling*. Verkregen op 1 april 2014 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/hulp-bieden/meldcode>

Mutsaers K. (2008). Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling? Nederlands Jeugdinstituut. Verkregen op 29 juli 2014 van http://www.huiselijkgeweldnoordkennemerland.nl/pdf/WATWERKT_KINDERMISHANDELING.pdf

Nationaal Kompas Volksgezondheid(2014). *Preventie. Wat is preventie?* Verkregen op 17 april van <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/>

NJi (Nederlands Jeugd instituut, z.d.) *JGZ Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling*. Verkregen op 22 april 2014 van <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/JGZ-Richtlijn-Secundaire-Preventie-Kindermishandeling>

Oudhof M, de Wolff M.S, de Ruiter M, Kamphuis M, L'Hoir M, Prinsen B. (2014). JGZ-richtlijn Opvoedingsondersteuning. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid(NCJ).

Pharos(2014). Expertisecentrum Gezondheidsverschillen. Kindermishandeling. Kennisdossier kindermishandeling. Verkregen op 13 juni 2014 van <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/gezondheid-jeugd/kindermishandeling/kennisdossier-kindermishandeling/kennisdossier-kindermishandeling>

Povey R, Connor M, Sparks P, James R. & Shepherd R. (2000). The theory of planned behaviour and healthy eating: Examining additive and moderating effects of social influence variables. *Psychol Health*. 14(6):991-1006

Rijksoverheid (z.d). *Huiselijk geweld. Wat is huiselijk geweld?* Verkregen op 17 april 2014 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/wat-huiselijk-geweld-is>

Trocmé N. & Wolfe D. (2001) Canadian incidence study of reported child abuse and neglect, selected results. Minister of Public Works and Government services. Canada, Ottawa, Ontario.

Van den Berg M, Post N.A.M, Hamberg- van Reenen H.H, Baan C.A.& Schoemaker C.G.(2014). Preventie in de zorg. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Een publicatie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Verkregen op 17 april 2014.

VGGM(Veiligheds- en gezondheidsregio Gelderland-Midden, z.d.). *GGD. Jeugd en gezondheid*. Verkregen op 17 april 2014 van http://www.vggm.nl/ggd/jeugd_en_gezondheid

Vries, de, H, Dijkstra, M, Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and Subjective norm as predictor of behavioural intentions. *Health education research*, 3, 273-282.

Wagenaar-Fischer N.M, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M. & de Wilde J.(2010). *JGZ-richtlijn. Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling*. RIVM|centrum Jeugdgezondheid. Verkregen op 18 maart 2014 van <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/295001012.pdf>

Wallace, G.H., Makoroff, K.L., Malott, H.A., and Shapiro, R.A. (2007). Hospital-based multidisciplinary teams can prevent unnecessary child abuse reports and out-of-home placements. *Child Abuse and Neglect*, 31(6), 623-629.

Wensing M, Splunten P van, Hulscher M & Grol R. (2000). *Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.

Wet op de Jeugdzorg(2014). Verkregen op 1 april 2014 van http://wetten.overheid.nl/BWBR0016637/HoofdstukI/Artikel1/geldigheidsdatum_05-04-2014

ZonMw (2013). ZonMw Parel voor signaleren kindermishandeling via oudermeldingen op eerste hulp. Verkregen op 29 juli 2014 van <http://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/zonmw-parel-voor-signaleren-kindermishandeling-via-oudermeldingen-op-eerste-hulp/>

Bijlage 1. Vragenlijst

Evaluatie gebruik JGZ-richtlijn Secundaire Preventie

Kindermishandeling

Beste JGZ-professional,

Deze vragenlijst gaat over de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Deze richtlijn is ontwikkeld om jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen te ondersteunen bij het handelen bij (vermoedens van) kindermishandeling.

Volledig anoniem

Dit onderzoek is geheel anoniem. Uw antwoorden gaan rechtstreeks naar de onderzoekers, zonder tussenkomst van uw werkgever. De gegevens worden strikt vertrouwelijk door de onderzoekers van de Universiteit Twente verwerkt en bewaard.

Belangrijk!

Ook als u de richtlijn niet of in beperkte mate kent, vragen wij u alle vragen in te vullen. Daar waar u vragen kunt overslaan, gebeurt dit automatisch. Het invullen van deze vragenlijst duurt **15 - 20 minuten**. Alvast bedankt voor uw medewerking. Er zijn 67 vragen in deze vragenlijst

Persoonlijke kenmerken

[]

Wat is uw functie?

*

Selecteer alle mogelijkheden:

- ☐ Jeugdarts
- ☐ Jeugdverpleegkundige
- ☐ Nurse practitioner / verpleegkundig specialist
- ☐ Aandachtsfunctionaris kindermishandeling
- ☐ Andere:

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

[]Bent u vrouw of man? *

Kies een van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Vrouw
☐ Man

Bij welke organisatie werkt u?

Onderstaande organisaties zijn op alfabet gesorteerd.

Selecteer alle mogelijkheden:

- ☐ Careijn JGZ Regio Utrecht (voorheen Zuwe Zorg)
- ☐ Careyn Thuiszorg Breda
- ☐ Carinova
- ☐ CJG Rijnmond
- ☐ GG&GD Utrecht
- ☐ GGD Amsterdam
- ☐ GGD Brabant Zuidoost
- ☐ GGD Drenthe
- ☐ GGD Flevoland
- ☐ GGD Fryslan
- ☐ GGD Gelderland-Midden
- ☐ GGD Gelre-IJssel
- ☐ GGD Gemeente Den Haag
- ☐ GGD Gooi & Vechtstreek
- ☐ GGD Hart voor Brabant
- ☐ GGD Kennemerland
- ☐ GGD Hollands Midden / Regio Gouda én Leiden
- ☐ GGD Hollands Noorden
- ☐ GGD IJsselland
- ☐ GGD Limburg-Noord
- ☐ GGD Midden Nederland
- ☐ GGD Nijmegen
- ☐ GGD Rivierenland
- ☐ GGD Twente
- ☐ GGD West Brabant
- ☐ GGD Zaanstreek Waterland
- ☐ GGD Zeeland
- ☐ GGD Zuid Limburg
- ☐ Hulpverleningsdienst Groningen/GGD Groningen
- ☐ Icare JGZ

- ☐ JGZ Kennemerland 0-4 (Viva Zorggroep)
- ☐ Jong Florence
- ☐ Meander Groep Zuid-Limburg
- ☐ Orbis Jeugdgezondheidszorg
- ☐ Rivas Zorggroep-Careyn
- ☐ Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra
- ☐ Stichting De Zorgboog
- ☐ Stichting Groenekruis Domicura
- ☐ Stichting JGZ Zuid-Holland West
- ☐ Stichting Thuiszorg Midden Gelderland
- ☐ Stichting Thuiszorg West Brabant
- ☐ Stichting Zorgbeheer De Zellingen
- ☐ Stichting ZuidZorg
- ☐ STMR
- ☐ Thebe Jeugdgezondheidszorg
- ☐ Vèrian
- ☐ Vitras/CMD
- ☐ Yunio
- ☐ Zorggroep Almere
- ☐ Zorggroep Oude en Nieuwe land
- ☐ Andere:

[]

Met welke leeftijdscategorie kinderen werkt u?

*

Selecteer alle mogelijkheden:

- ☐ 0-4 jaar
- ☐ 4-12 jaar
- ☐ 12-19 jaar
- ☐ Andere:

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

Richten uw werkzaamheden zich op het regulier of op het speciaal onderwijs?

*

Selecteer alle mogelijkheden:

- ☐ Regulier onderwijs
- ☐ Speciaal onderwijs

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

[]

Hoeveel uur per week werkt u als uitvoerend professional in de JGZ? Als u bijvoorbeeld ook een beleidsfunctie heeft, rekent u deze dan niet mee.

*

Vul je antwoord hier in:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[]Hoeveel jaar werkt u als uitvoerende professional in de JGZ? *

Vul je antwoord hier in:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bekendheid met de JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling

De richtlijn bestaat uit de samenvatting, de overzichtskaart en het boek.

De samenvatting van de richtlijn is een dun boekje en bevat in bondige vorm de werkwijze behorende bij de richtlijn.

De 'overzichtskaart' is een geplastificeerde en dubbelgevouwen kaart (A4-formaat) waarop de belangrijkste aanbevelingen staan.

Het 'boek' is een dikker boek met de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn. Vragen over de aandachtsfunctionaris kindermishandeling worden in een apart onderdeel binnen deze vragenlijst gesteld.

[]

In hoeverre bent u op de hoogte van de inhoud van de samenvatting?

*

Kies een van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Ik ken de samenvatting niet
- ☐ Ik ken de samenvatting wel, maar heb hem (nog) niet gelezen
- ☐ Ik ken de samenvatting en heb hem oppervlakkig doorgelezen
- ☐ Ik ken de samenvatting en heb hem volledig en grondig gelezen

[]

Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden een vermoeden gehad van kindermishandeling?

Als u dat niet precies weet, probeert u dan zo goed mogelijk te schatten.

*

Kies een van de volgende mogelijkheden:

☐ 0 keer

☐ Andere

Kennis & Vaardigheden

[]

Hieronder staan enkele aspecten van kennis en vaardigheden voor het omgaan met kindermishandeling of vermoedens daarvan.

Kunt u per aspect aangeven in welke mate u vindt dat u hiervoor goed of slecht toegerust bent?

*

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Slecht	Onvoldoende	Voldoende	Goed
Gespreksvaardigheden	☐	☐	☐	☐
Kennis over kindermishandeling	☐	☐	☐	☐
Kennis over maatschappelijke organisaties die hulp kunnen bieden	☐	☐	☐	☐
Omgaan met privacyvraagstukken	☐	☐	☐	☐
Omgaan met eigen onvermogen of angst	☐	☐	☐	☐

De aandachtsfunctionaris kindermishandeling

De volgende vragen gaan over de aandachtsfunctionaris kindermishandeling in uw organisatie.

[]

In hoeverre bent u op de hoogte van de activiteit in de richtlijn: Overleggen met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling bij een vermoeden van kindermishandeling?

*

Kies een van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Ik weet niet wat deze activiteit inhoudt
- ☐ Ik weet globaal wat deze activiteit inhoudt
- ☐ Ik weet in grote mate wat deze activiteit inhoudt
- ☐ Ik weet wat deze activiteit precies inhoudt

[]

Een aandachtsfunctionaris kindermishandeling is het eerste aanspreekpunt in de organisatie om mee te overleggen over vermoedens van kindermishandeling. De JGZ-professional kan de gedachten ordenen en de eigen mening toetsen aan de mening van de aandachtsfunctionaris. Doel van het overleg is om er achter te komen of het vermoeden van kindermishandeling terecht is.

[]In mijn organisatie is / zijn er één of meerdere aandachtsfunctionarissen kindermishandeling aangewezen. *

Kies een van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

[]

Neem bij het beantwoorden van de volgende vraag de afgelopen 12 maanden in gedachten

*

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Bij geen enkel kind	Bij bijna geen enkel kind	Bij een minderheid van de kinderen	Bij de helft van de kinderen	Bij een meerderheid van de kinderen	Bij bijna alle kinderen	Bij alle kinderen
In het geval van een blijvend vermoedend, bij welk deel van de kinderen overlegt u met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[]

Neem bij het beantwoorden van de volgende vraag de afgelopen 12 maanden in gedachten

*

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Bij geen enkel kind	Bij bijna geen enkel kind	Bij een minderheid van de kinderen	Bij de helft van de kinderen	Bij een meerderheid van de kinderen	Bij bijna alle kinderen	Bij alle kinderen
In het geval van een blijvend vermoeden, bij welk deel van de kinderen overlegt u met de aandachtsfunctionaris binnen de geadviseerde termijn van 2-4 weken na het eerste gesprek met ouder en/of kind?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[]Geef bij de volgende vragen aan in hoeverre ze bij u passen. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien wel / Misschien niet	Waarschijnlijk wel	Zeker wel
Ik ben van plan het komende jaar te overleggen met een aandachtsfunctionaris kindermishandeling als ik kindermishandeling vermoed	☐	☐	☐	☐	☐
Het is mijn bedoeling om het komende jaar te overleggen met een aandachtsfunctionaris kindermishandeling als ik kindermishandeling vermoed	☐	☐	☐	☐	☐

[]

Geef bij de volgende uitspraken aan in hoeverre ze bij u passen.

Het overleggen met een aandachtsfunctionaris kindermishandeling bij een vermoeden van kindermishandeling vind ik

*

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens / Noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Zinvol	☐	☐	☐	☐	☐
Belangrijk	☐	☐	☐	☐	☐
Wenselijk	☐	☐	☐	☐	☐
Nodig	☐	☐	☐	☐	☐
Verstandig	☐	☐	☐	☐	☐
Handig	☐	☐	☐	☐	☐
Horen bij mijn functie	☐	☐	☐	☐	☐

[]Geef bij de volgende vragen aan in hoeverre ze bij u passen. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens / Noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Een overleg met de aandachtsfunctionaris draagt bij aan deskundigheid over (het omgaan met) kindermishandeling	☐	☐	☐	☐	☐
Door te overleggen met een aandachtsfunctionaris sta je juridisch sterk als een casus tot een rechtszaak komt	☐	☐	☐	☐	☐
Een overleg met de aandachtsfunctionaris draagt bij aan de kwaliteit van jeugdgezondheidszorg	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kan op voldoende ondersteuning van de aandachtsfunctionaris rekenen, als ik die nodig heb bij een vermoeden van kindermishandeling	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind het belangrijk om met een overleg met de aandachtsfunctionaris erachter te komen of mijn vermoeden van kindermishandeling terecht is	☐	☐	☐	☐	☐

[]Geef bij de volgende vragen aan in hoeverre ze bij u passen. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens / Noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Het overleggen met de aandachtsfunctionaris is onderdeel van mijn werkrountine bij vermoedens van kindermishandeling	☐	☐	☐	☐	☐
Het is mijn gewoonte om bij een vermoeden van kindermishandeling te overleggen met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling	☐	☐	☐	☐	☐

[]

Geef bij de volgende uitspraak aan in hoeverre deze bij u past.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
Ik vergeet om met de aandachtsfunctionaris te overleggen bij een vermoeden van kindermishandeling	☐	☐	☐	☐	☐

[]

Geef bij de volgende uitspraak aan in hoeverre deze bij u past.

*

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien wel / Misschien niet	Waarschijnlijk wel	Zeker wel
Ik verwacht door een overleg met de aandachtsfunctionaris erachter te komen of mijn vermoeden van kindermishandeling terecht is	☐	☐	☐	☐	☐

[]Hoe groot is volgens u het aantal collega's (jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen) in uw organisatie dat met een aandachtsfunctionaris overlegt bij vermoedens van kindermishandeling?

Kies een van de volgende mogelijkheden:

- ☐ Geen enkele collega
- ☐ Bijna geen enkele collega
- ☐ Een minderheid
- ☐ De helft
- ☐ Een meerderheid
- ☐ Bijna alle collega's
- ☐ Alle collega's

[]

Verwachten de volgende personen dat u met een aandachtsfunctionaris overlegt bij vermoedens van kindermishandeling?

*

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien wel / Misschien niet	Waarschijnlijk wel	Zeker wel
Artsen binnen uw team	☐	☐	☐	☐	☐
Verpleegkundigen binnen uw team	☐	☐	☐	☐	☐
Uw teamleider	☐	☐	☐	☐	☐
Directie	☐	☐	☐	☐	☐

[]

Als het gaat om het wel of niet overleggen met de aandachtsfunctionaris, hoeveel trekt u zich dan aan van de mening van de volgende personen?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Ze er we inig	We in ig	Niet we in ig, niet veel	Veel	Ze er veel
Artsen binnen uw team	☐	☐	☐	☐	☐
Verpleegkundigen binnen uw team	☐	☐	☐	☐	☐
Uw teamleider	☐	☐	☐	☐	☐
Directie	☐	☐	☐	☐	☐

[]Geef bij de volgende uitspraken aan in hoeverre ze bij u passen. *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Zeker niet	Waarschijnlijk niet	Misschien wel / Misschien niet	Waarschijnlijk wel	Zeker wel
Indien u dat zou willen, denkt u dat het u dan lukt te overleggen met de aandachtsfunctionaris?	☐	☐	☐	☐	☐
Indien u dat zou willen, denkt u dat het u dan lukt te overleggen met de aandachtsfunctionaris binnen de geadviseerde 2-4 weken na het eerste gesprek met ouder en/of kind?	☐	☐	☐	☐	☐

[]

Geef bij de volgende uitspraken aan in hoeverre deze bij u passen.

*

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Noch mee eens / Noch mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
De aandachtsfunctionaris(sen) is/zijn goed te bereiken per email	☐	☐	☐	☐	☐
De aandachtsfunctionaris(sen) is/zijn goed te bereiken per telefoon	☐	☐	☐	☐	☐
De aandachtsfunctionaris(sen) is/zijn toegankelijk	☐	☐	☐	☐	☐
De aandachtsfunctionaris(sen) is/zijn flexibel	☐	☐	☐	☐	☐
Er is voldoende tijd beschikbaar om te overleggen met een aandachtsfunctionaris bij een vermoeden van kindermishandeling	☐	☐	☐	☐	☐

[]

Wanneer u uw antwoord op één of meer van de bovenstaande vragen wilt toelichten, kunt u dit veld daarvoor gebruiken.

Vul je antwoord hier in: