



Praktijkvariatie binnen de JGZ in preventie van kindermishandeling

S. J. A. Visscher · H. F. van Stel · I. I. E. Staal

Published online: 24 April 2020

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2020

Samenvatting Inleiding: In 2019 werd er een Nederlands interviewonderzoek gepubliceerd naar verbeterkansen in de preventie van kindermishandeling door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Het huidige onderzoek had tot doel om de verbeterkansen die daarin waren gevonden te kwantificeren met behulp van een online vragenlijst.

Methode: Er werd een online vragenlijst ontwikkeld en uitgezet bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van de Nederlandse jeugdgezondheidszorgorganisaties (JGZ-organisaties). De antwoorden werden per vraag geanalyseerd, en gebundeld in domeinscores (Communicatie, Medisch-inhoudelijk, Samenwerking, Betrokkenheid, Verbetermogelijkheden). Vervolgens werd een multilevel-model ontwikkeld om te onderzoeken in hoeverre de gevonden verschillen tussen professionals waren toe te schrijven aan verschillen tussen organisaties.

Resultaten: Er deden 1.104 JGZ-professionals mee (772 jeugdverpleegkundigen, 332 jeugdartsen) van 29 JGZ-organisaties. Op elk van de vijf domeinen werd suboptimale zorg gevonden. Diverse verbeterpunten en aandachtspunten die uit het interviewonderzoek

naar voren waren gekomen, werden door een ruime meerderheid van de respondenten bevestigd. Zo gaf 96% van de respondenten binnen het domein Verbetermogelijkheden een of meer angsten aan, en gaf 92% aan dat hun aanpak van kindermishandeling zou verbeteren wanneer er extra tijd voor vervolgstappen zou zijn. De variatie tussen professionals was slechts in geringe mate toe te schrijven aan verschillen tussen organisaties.

Conclusie: Er zijn concrete verbetermogelijkheden gevonden voor de preventie van kindermishandeling door de JGZ. De resultaten van dit onderzoek vragen om vervolgstappen door de overheden, JGZ-organisaties en professionals zelf.

Trefwoorden kindermishandeling · jeugdgezondheidszorg · preventie · verbeterpunten

Inleiding

De gevolgen van kindermishandeling (inclusief verwaarlozing en seksueel misbruik) zijn groot voor het betreffende kind, diens omgeving en de maatschappij, en werken zelfs door in de volgende generatie [1–4]. Vroegsignalering en preventie zijn dan ook uiterst belangrijk. In Nederland is dit bij uitstek een taak van de jeugdverpleegkundige en jeugdarts (JGZ-professional), omdat de jeugdgezondheidszorg (JGZ) de wettelijke verantwoordelijkheid heeft om de gezondheid en veiligheid van elke jeugdige te bewaken en te bevorderen, en ze op grond daarvan de kinderen op regelmatige basis zien [5]. Uit zowel prevalentieonderzoeken, als onderzoeken naar kennis en opvolging van de richtlijn Kindermishandeling blijkt echter dat er ruimte voor verbetering is [6–10].

De JGZ-richtlijn Kindermishandeling vereist dat alle JGZ-professionals vijf stappen volgen bij een vermoeden van kindermishandeling: de situatie in kaart

Dit artikel is gebaseerd op het artikel: Visscher SJA, Stel HF van. Variation in prevention of child maltreatment by Dutch child healthcare professionals. *Child Abuse Negl.* 2017;70:264–73. Met een uitgebreide aanvulling: Visscher SJA, Stel HF van. Practice variation amongst preventive child healthcare professionals in the prevention of child maltreatment in the Netherlands: qualitative and quantitative data. *Data Brief.* 2017;15:665–86.

H. F. van Stel is voor publicatie van de bijdrage overleden.

S. J. A. Visscher (✉)
 Huisartsenpraktijk Thang, Ter Aar, Nederland
 simeonjavisscher@gmail.com

I. I. E. Staal
 GGD Zeeland, Goes, Nederland



Tabel 1 Kenmerken van de onderzoekspopulatie

	Jeugdartsen	Jeugdverpleegkundigen
<i>N</i>	332	772
Leeftijd (gemiddelde (gem) ± standaarddeviatie (sd); jaren)	47 ± 11	45 ± 11
Geslacht (% vrouw)	92	99
Werkervaring in JGZ (gem ± sd; jaren)	15 ± 10	16 ± 10
Werkweek (gem ± sd; uren)	24 ± 7	25 ± 6
Zorg voor 0–4 jaar (%)	48	56
Zorg voor 4–19 jaar (%)	25	20
Zorg voor 0–19 jaar (%)	27	24
Gespecialiseerd in JGZ (%)	70	33
Arts M&G	20	Niet van toepassing

brengen, het raadplegen van een collega, praten met de betrokkenen, het wegen van de ernst en risico's, en de beslissing nemen om zelf hulp te bieden of te organiseren, of te melden bij Veilig Thuis [11].

Voordat de kwaliteit van zorg bij preventie van kindermishandeling kan worden verbeterd moet eerst de vraag worden beantwoord of sommige professionals misschien betere zorg bieden dan andere – zogenaamde praktijkvariatie. Eerder beschreven wij een door ons uitgevoerd kwalitatief onderzoek naar de belangrijkste verbetermogelijkheden van preventie van kindermishandeling door jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen [12]. In dit artikel wordt het daarna uitgevoerde vragenlijstonderzoek beschreven. Met dit onderzoek wordt de variatie in vaardigheden, kennis en methoden in kaart gebracht tussen professionals in de Nederlandse JGZ en tussen JGZ-organisaties, bij de primaire en secundaire preventie van kindermishandeling.

Methoden

Dataverzameling

Op basis van het hiervoor genoemde kwalitatieve onderzoek werd een digitale vragenlijst ontwikkeld [12]. In de vragenlijst werden samenwerking, belemmerende factoren, contact met ouders, kennis en vaardigheden, persoonlijke kenmerken en contact met Veilig Thuis uitgevraagd. De volledige vragenlijst met antwoordcategorieën is in te zien in het reeds eerder gepubliceerde data-in-brief-artikel [13].

De vragenlijst werd verstuurd naar alle JGZ-organisaties in Nederland ($n=45$), met het verzoek om de lijst door te sturen naar al hun jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Na de eerste uitnodiging volgden nog twee herinneringsmails.

Data-analyse

Een multilevel-analyse werd uitgevoerd om te beoordelen of er verschillen waren tussen organisaties. Hiervoor werden eerst domeinscores opgesteld. De vragen werden hierbij in vijf domeinen ingedeeld: Communicatie, Medisch-inhoudelijk, Samenwerking,

Betrokkenheid en Verbetermogelijkheden. De antwoordopties van elke vraag werden geprojecteerd op een schaal van 0% (het onderdeel van optimale zorg is volledig afwezig) tot 100% (het onderdeel van optimale zorg is volledig aanwezig). De gemiddelden van deze percentages vormden de domeinscores. Optimale zorg werd gedefinieerd als 'de professional heeft minimaal de score die je krijgt als je bij elke vraag het een-na-beste antwoord hebt ingevuld', uitgaande van een zekere mate van 'eindaversie', wat inhoudt dat mensen niet snel het uiterste antwoord kiezen. Volgens de deskundigen uit het eerder gepubliceerde interviewonderzoek zou er op elk van deze onderdelen maximaal gescoord moeten worden (dat wil zeggen dat het niveau daar naartoe getraind zou moeten worden). Door voor iedere respondent bij elke vraag rekening te houden met eindaversie, wordt die hoge streefwaarde iets versoepeld. Er zullen namelijk ook respondenten zijn die weinig last hebben van eindaversie. De interne consistentie van de domeinscores werd getoetst met Guttman's λ_2 (die superieur is aan Cronbach's alfa [14]). De convergente validiteit werd getoetst door te kijken of er een significante correlatie was tussen de domeinscore en het aantal Veilig Thuis-contacten ($p < 0,05$). Voor het bepalen van de convergente validiteit van de domeinscore Betrokkenheid werd het aantal Veilig Thuis-contacten niet meegeteld in de domeinscore. Anders zou er namelijk sprake zijn geweest van een cirkelredenering, waarbij er altijd enige convergente validiteit zou worden gevonden.

Er werden drie multilevel-modellen uitgevoerd. Het eerste betrof een baselinemodel, waarin geen rekening werd gehouden met de cliëntenpopulatie van elke professional. De andere twee modellen corrigeerden voor case-mix op het niveau van JGZ-professionals. Model 1 controleerde voor de leeftijdscategorie van de cliënten en voor risicofactoren voor kindermishandeling geëxtraheerd uit CBS-gegevens (armoede, scheidingspercentage en etniciteit). Model 2 controleerde voor leeftijdscategorie en naleving van kinderrechten, op basis van een rangorde van wijken (verstrekt door het Verwey-Jonker instituut). De mate van variatie tussen organisaties wordt weergegeven in een variantiepartiticoëfficiënt [15]. Dit getal kan geïnter-

Tabel 2 Gemiddelde scores van de JGZ-professionals per vraag

Wat zou helpen bij de aanpak van kindermishandeling?	
<i>Percentage dat aangeeft dat het zou helpen ('veel' of 'heel veel' zou helpen)</i>	
Meer tijd voor vervolgstappen	92 % (66 %)
Makkelijker doorverwijzen en/of kortere wachttijden	91 % (65 %)
Meer bekendheid bij ketenpartners	90 % (62 %)
Meer begeleiding (bijvoorbeeld bij vervolgstappen of twijfelgevallen)	88 % (58 %)
Meer tijd voor zelfstudie en/of meer kennis/nascholing	88 % (49 %)
Meer zekerheid van tevoren dat het zal lukken/zal helpen	81 % (49 %)
Meer tijd voor elk consult	77 % (39 %)
Meer status	62 % (28 %)
Welke angsten worden ervaren bij het bespreken met ouders en/of vervolgstappen zetten?	
<i>Percentage dat aangeeft de betreffende angst te ervaren (veel of heel veel te ervaren)</i>	
Enige angst (ongeacht welke)	96 % (73 %)
Schaden van de vertrouwensband	81 % (46 %)
Het mis hebben en/of schade aanrichten	78 % (41 %)
Een boze of gewelddadige reactie van de ouder	72 % (30 %)
Niet goed genoeg verslagleggen	57 % (21 %)
Het beroepsgeheim schenden	49 % (16 %)
Een tuchtklacht krijgen	44 % (18 %)
Ergens op aangesproken worden door de inspectie	38 % (12 %)
Ergens op aangesproken worden door de manager	18 % (3 %)
Anders, namelijk . . . onder andere: niet weten wat te zeggen; wegblijven van ouders bij toekomstige afspraken; dat we cliënten teruggestuurd krijgen van Veilig Thuis, maar nu met een beschadigde relatie; onvoldoende gesprekstechnieken; nog geen ervaring mee	3 %
Hoe actief bent u op het gebied van preventie van kindermishandeling?	
<i>Percentage middelmatig tot heel veel (veel tot heel veel)</i>	
Op individueel niveau (casusgericht)	95 % (61 %)
Op buurtniveau (bijvoorbeeld het beleid van een hele school beïnvloeden)	31 % (7 %)
Op gemeentelijk niveau (bijvoorbeeld het beleid van hele gemeente beïnvloeden)	17 % (3 %)
Op regionaal niveau (bijvoorbeeld het beleid van de eigen organisatie beïnvloeden, of bijvoorbeeld van een pabo)	10 % (4 %)
Op landelijk niveau	4 % (1 %)
Hoe vaak bent u de afgelopen 3 maanden in contact geweest met een deskundige op het gebied van kindermishandeling?	
<i>Percentage met ≥ 1 keer contact (≥ 3)</i>	
Veilig Thuis-medewerker	58 % (30 %)
Aandachtsfunctionaris kindermishandeling	44 % (17 %)
Ten minste een van beiden	70 % (38 %)
Praten over gevoelige onderwerpen	
<i>Percentage van de professionals dat het gemakkelijk vindt om erover te praten</i>	
Stress, relatieproblemen of problemen op het werk	54 %
Seksualiteit	20 %
Armoede	16 %
Alcohol- of drugsverslaving	16 %
Partnergeweld	11 %
Kindermishandeling	6 %
Communicatietechnieken	
<i>Geschatte hoeveelheid consulten waarin de professionals de techniek gebruiken (gemiddelde)</i>	
Iets leuks zeggen over het kind	90 %
Op gelijkwaardig niveau praten	78 %
Uzelf telkens opnieuw bewust inleven in de ouder	76 %
Uw uiterste best doen dat de ouder denkt 'Wat een goed gesprek!'	76 %
Context van de cliënt kennen (herkomst, gezinssituatie, woonsituatie, geloof, hulpverlening, niveau, enzovoort)	71 %
Vragen, onderliggende vragen en verwachtingen boven water halen	70 %
De oudercheck uitvoeren	61 %

Tabel 2 (Vervolg)

Methodiek	
<i>Schaal van 'Dit past helemaal niet bij me' (= 0%) tot 'Dit past helemaal bij me' (= 100%) (gemiddelde)</i>	
Aan ouders laten merken dat ze alles aan me mogen vertellen, dat ik er ben om ze te helpen, niet om ze te veroordelen	87 %
Van protocollen, richtlijnen en regels kunnen afwijken (bijvoorbeeld een motoriektest achterwege laten of uitstellen, om eens goed naar de ouder te kunnen luisteren)	83 %
Eigen fouten met de cliënt delen (indien van betekenis voor de cliënt)	76 %
Een kind met beginnende gedragsproblemen naar een pedagoog verwijzen	52 %
Drang uitoefenen (bijvoorbeeld door te 'dreigen' met een huisbezoek als een ouder nooit komt)	27 %
Zelfbeoordeling vaardigheden	
<i>Schaal van 'laag niveau' (= 0%) tot 'zeer hoog niveau' (= 100%) (gemiddelde)</i>	
Aanpassen aan wie voor u zit (inclusief andere cultuur, ander denkniveau, ander referentiekader)	75 %
Ruimte geven aan ouders (ervoor zorgen dat ze alles dŭrven, willen en kunnen vertellen)	74 %
Met kinderen communiceren en ouder-kindinteractie duiden	73 %
Diplomatie (tactisch taalgebruik, onderhandelen met ouders, enzovoort)	66 %
Assertief zijn en lef hebben	60 %
Uiteindelijke inschatting wel/geen kindermishandeling	58 %
Zelfbeoordeling parate kennis	
<i>Schaal van 'laag niveau' (= 0%) tot 'zeer hoog niveau' (= 100%) (gemiddelde)</i>	
Symptomen, risicofactoren (de theoretische kennis)	65 %
Inhoud van de richtlijn Secundaire preventie van kindermishandeling	62 %
Inhoud van de richtlijn Opvoedondersteuning	61 %
Letselherkenning (de theoretische kennis)	55 %
Inhoud kinderrechtenverdrag	44 %
Ervaren competentie na laatste cursus over ...	
<i>Percentage JGZ-professionals dat zich redelijk of zeer competent voelde (zeer competent voelde)</i>	
Praten met kinderen	75 % (22 %)
Praten over gevoelige onderwerpen	67 % (12 %)
Kindermishandeling signaleren	52 % (5 %)
Kindermishandeling: vervolgstappen	51 % (6 %)
Vergelijking met collega's	
<i>Percentage JGZ-professionals dat aangeeft dat de stelling gemiddeld tot in zeer grote mate van toepassing op hen is wanneer ze zichzelf vergelijken met collega's (in grote tot zeer grote mate van toepassing)</i>	
Openheid voor feedback	99 % (72 %)
Ik heb een gevoelige persoonlijkheid	93 % (52 %)
Verbeterideeën zelfverzekerd bij de manager aankaarten	91 % (47 %)
Als een ouder zijn/haar kind mishandelt, vind ik het niet moeilijk om de ouder helemaal niet te veroordelen	87 % (34 %)
Ik heb veel praktijkervaring met signaleren en vervolgstappen zetten	56 % (15 %)
Bekendheid bij andere disciplines/partnerorganisaties	
<i>Percentage professionals van partnerorganisaties dat zeer laagdrempelig contact opneemt met iemand uit het JGZ-team (gemiddelde)</i>	
Intern begeleiders scholen (4–19 jaar)	59 %
Peuterspeelzaal medewerkers (0–4 jaar)	59 %
Voor- en vroegschoolse educatie (VVE) medewerkers (0–4 jaar)	57 %
Jeugdzorgmedewerkers	54 %
Verloskundigen en kraamverzorgsters (0–4 jaar)	53 %
Schoolmaatschappelijk werk (4–19 jaar)	50 %
Leerkrachten uit groepen met JGZ-contactmoment (4–19 jaar)	48 %
Maatschappelijk werkers	44 %
Schooldirecteuren (of vergelijkbaar) (4–19 jaar)	37 %
Paramedici	37 %
Leerkrachten uit groepen zonder JGZ-contactmoment (4–19 jaar)	33 %
Pedagogen	33 %
Huisarts	26 %

Tabel 2 (Vervolg)

Bekend zijn met andere disciplines/partnerorganisaties	
<i>Percentage JGZ-professionals van wie ≥ 1 lid van het JGZ-team de betreffende professional van partnerorganisaties persoonlijk kent</i>	
Kinderarts (dichtstbijzijnde ziekenhuis)	27 %
Aandachtsfunctionaris kindermishandeling (dichtstbijzijnde ziekenhuis)	24 %
Wijkagent	23 %
Veilig Thuis-medewerker	21 %
Wethouder	10 %
SEH-arts of -verpleegkundige (dichtstbijzijnde ziekenhuis)	2 %
Activiteiten organiseren ten behoeve van bekendheid/zichtbaarheid JGZ ten opzichte van ouders of andere disciplines	
<i>Mediane frequentie van activiteiten</i>	
Bijvoorbeeld een ochtend voor leerkrachten over signalen, of voor ouders over opvoeden	2 \times /jaar

preteerd worden als de hoeveelheid praktijkvariatie (in procenten) die toe te schrijven is aan verschillen tussen organisaties, en niet aan verschillen tussen professionals onderling. De statistische significantie werd uitgerekend en weergegeven als p -waarde ($p < 0,05$).

Resultaten

Onderzoekspopulatie

Er deden 29 JGZ-instellingen mee. Deze stuurden de vragenlijst door naar in totaal 1.833 jeugdverpleegkundigen en 827 jeugdartsen. De respons was 42% voor de verpleegkundigen ($n=772$) en 40% voor de artsen ($n=332$); zie voor de kenmerken van de onderzoekspopulatie tab. 1.

Antwoorden van de JGZ-professionals

Tabel 2 geeft een overzicht van de gemiddelde scores van de JGZ-professionals per vraag. Twee derde van de JGZ-professionals gaf aan dat extra tijd voor vervolgstappen veel of heel veel zou helpen bij hun aanpak van kindermishandeling. Ook bleek dat vrijwel iedereen angst ervaart bij het aanpakken van kindermishandeling. Toch is 95% actief op het gebied van kindermishandeling. Anderzijds is slechts een minderheid actief op meso- en macroniveau, en is het aantal contacten met Veilig Thuis klein (42% heeft de voorafgaande drie maanden helemaal geen contact gehad). De verschillende technieken, vaardigheden en kennisniveaus werden hoog gescoord. Er waren ook hoge scores op de vragen waarin professionals werden gevraagd zichzelf met collega's te vergelijken. Zo vulde 72% in dat ze in vergelijking met hun collega's zelf in grote tot zeer grote mate open stonden voor feedback, terwijl 1% in geringe mate scoorde. Wanneer de antwoorden van verschillende vragen met elkaar worden vergeleken, valt op dat drang uitoefenen, kennis van het kinderrechtenverdrag en verwijzen naar een orthopedagoog lager scoren dan de andere gebieden. Ook assertiviteit en de uiteindelijke inschatting of iets wel of geen mishandeling is worden lager gescoord dan andere competenties. Ongeveer de helft van de JGZ-professionals voelde zich 'redelijk bekwaam' op

het gebied van kindermishandeling nadat ze hun laatste cursus op dat gebied hadden afgerond. Slechts 5–6% voelde zich 'zeer bekwaam'. In de samenwerking met andere disciplines werd aangegeven dat de bekendheid bij huisartsen, pedagogen en leerkrachten uit leerjaren zonder JGZ-contactmoment relatief laag was. Ook de bekendheid met Veilig Thuis, de wijkagent, de wethouder en het dichtstbijzijnde ziekenhuis was beperkt.

Domeinscores

De vijf domeinscores hadden een hoge interne consistentie ($\lambda_2 = 0,74-0,86$). Er was ook sprake van convergente validiteit. Er werden namelijk significant meer Veilig Thuis-contacten gezien onder professionals met hogere domeinscores (tab. 3).

Variatie tussen de JGZ-professionals

De gemiddelde scores voor elk domein staan in tab. 4. De gemiddelde domeinscores voor artsen varieerden van 32% voor Betrokkenheid tot 63% voor Communicatie. Verpleegkundigen beoordeelden zichzelf vergelijkbaar, met een spreiding van 30% voor Betrokkenheid tot 65% voor Communicatie. Het verschil tussen het 5de percentiel (p_5) en het 95ste percentiel (p_{95}) was het grootst voor de gebieden Samenwerking en Betrokkenheid. P_{95} van deze domeinscores scoorde circa vier keer zo hoog als p_5 (factor 3,9 respectievelijk 4,2). Met andere woorden, de ene JGZ-professional scoort zichzelf als grofweg vier keer zo betrokken als de andere JGZ-professional, binnen de normaal-spreiding. Bij Samenwerking zijn de verschillen vergelijkbaar. Voor de andere drie domeinscores werden kleinere verschillen gevonden. Daar was de p_{95}/p_5 -waarde een factor 1,7–2,3. Slechts een minderheid van de professionals scoort binnen het bereik van 'optimale zorg'. Bij Communicatie is deze het hoogst, met 19%. Bij de andere domeinen varieert deze van 0,3% (Betrokkenheid) tot 5% (Medisch-inhoudelijk).

Tabel 3 Interne consistentie en convergente validiteit van de domeinscores

Domeinscore	Interne consistentie		Gemiddeld aantal Veilig Thuis-contacten		
	<i>n</i>	λ_2	Laagste kwartiel	Hoogste kwartiel	Correlatie
Communicatie	21	0,85	1,82	2,97	0,11**
Medisch-inhoudelijk	9	0,84	1,82	3,3	0,16**
Samenwerking	15–20 ^a	0,78–0,86 ^a	1,69	2,6	0,13**
Betrokkenheid ^b	9	0,74	1,34	3,54	0,27**
Verbetermogelijkheden	16	0,82	2,09	2,68	0,09*

n aantal items; λ_2 Guttman's labda 2
* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$
^aEr wordt een bereik gegeven omdat het aantal vragen afhangt van de leeftijd van de cliënten van elke professional.
^bVoor het bepalen van de convergente validiteit van de domeinscore Betrokkenheid werd het aantal Veilig Thuis-contacten niet meegerekend in de domeinscore.

Tabel 4 Gemiddelde scores per domein, variatie tussen JGZ-professionals en mate van 'optimale zorg'

Domein	Score (0–100; hoger is beter)		Praktijkvariatie			
	Artsen (<i>n</i> = 327)	Verpleegkundigen (<i>n</i> = 767)	Relatieve variabiliteit (<i>n</i> = 1.094)		Optimale zorg	
	Gem ± sd	Gem ± sd	<i>p</i> 95/ <i>p</i> 5	Grens ^a	% ^b	
Communicatie	63 ± 10	65 ± 10	1,7 ×	77,0	19	
Medisch-inhoudelijk	60 ± 13	56 ± 14	2,2 ×	79,6	5	
Samenwerking	43 ± 16	44 ± 15	3,9 ×	71,2	3	
Betrokkenheid ^b	32 ± 14	30 ± 12	4,2 ×	76,1	0,3	
Verbetermogelijkheden	50 ± 12	48 ± 12	2,3 ×	75,0	2	

^aDe score die een professional zou krijgen als hij/zij op elke vraag het een-na-beste antwoord zou invullen.
^bHet percentage respondenten dat minimaal de grensscore bereikt, waarbij er gesproken kan worden van optimale zorg, zoals hiervoor beschreven.

Tabel 5 Variatie tussen JGZ-organisaties

Domein	Organisatiescores (0–100; hoger is beter; <i>n</i> = 29)			Multilevel-analyse		
	Gemiddelde	Min	Max	Niet-aangepast	Model 1	Model 2
	Gem ₀ ± sd	Gem _{JP} (95%-BI)	Gem _{JP} (95%-BI)	Vpc (%)	Vpc (%)	Vpc (%)
Communicatie	65 ± 2,8	60 (57–62)	74 (66–81)	1,6	1,8	0,5
Medisch-inhoudelijk	58 ± 3,3	51 (47–55)	66 (63–69)	0,8	0,0	1,0
Samenwerking	45 ± 5,1	36 (32–39)	56 (52–59)	6,9**	6,2**	5,8**
Betrokkenheid	31 ± 3,4	26 (24–29)	34 (31–37)	2,1*	2,6*	2,7*
Verbetermogelijkheden	49 ± 3,0	39 (33–45)	51 (48–53)	0,0	0,0	0,0

Gem₀ gemiddelde van de gemiddelde scores van elke organisatie; Gem_{JP} gemiddelde score van de JGZ-professionals binnen één organisatie; 95%-BI 95%-betrouwbaarheidsinterval; Vpc variantiepartiticoëfficiënt
* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Variatie tussen JGZ-organisaties

De variatie tussen JGZ-organisaties was kleiner dan de variatie tussen professionals. De *p*95/*p*5-waarde varieerde van 1,1 voor Communicatie tot 1,4 voor Samenwerking. Het verschil tussen de laagst scorende organisatie en de hoogst scorende organisatie varieerde van 23% voor Communicatie tot 55% voor Samenwerking. Hoewel de verschillen in domeinscore tussen de hoogst scorende organisaties en de laagst scorende allemaal statistisch significant waren, is slechts een beperkt gedeelte toe te schrijven aan de organisaties zelf. Het deel van de variantie dat kan worden toegeschreven aan intrinsieke verschillen tussen organisaties lag tussen de 0% (Verbetermogelijkheden) en 6–7% (Samenwerking). De rest van de verschillen is toe te schrijven aan verschillen tussen professionals onderling. Zie tab. 5.

Beschouwing

In het eerder door ons beschreven kwalitatieve onderzoek voorspelden experts praktijkvariatie in de domeinen Communicatie, Medisch-inhoudelijke expertise, Samenwerking met andere disciplines en Betrokkenheid van JGZ-professionals bij de preventie van kindermishandeling [12]. In elk van deze domeinen hebben we inderdaad zowel een substantiële variatie als suboptimale scores gevonden. Het grootste deel van de variatie werd gevonden tussen JGZ-professionals onderling, hoewel Samenwerking en Betrokkenheid ook enigszins verschilden tussen JGZ-organisaties. Bovendien gaf de overgrote meerderheid van de JGZ-professionals aan dat ze angst ervaren wanneer ze worden geconfronteerd met (vermoedens van) kindermishandeling. Daarom verwachtten de meeste respondenten dat hun aanpak van kindermishandeling

ling sterk zou verbeteren wanneer ze meer begeleiding zouden krijgen. Er is ruimte voor discussie over de vraag hoe de scores op onze vragenlijst zouden moeten worden geïnterpreteerd. Volgens ons zouden de scores hoger moeten zijn dan we hebben waargenomen om van optimale preventie van kindermishandeling te spreken.

Eerder kwalitatief onderzoek van Konijnendijk en collega's naar de naleving van de JGZ-richtlijn Secundaire preventie van kindermishandeling liet zien dat de meerderheid het moeilijk vond om signalen van kindermishandeling met ouders te bespreken [8, 16]. Ook in ons eerder beschreven kwalitatieve onderzoek werden vele interne en externe barrières gevonden die maken dat professionals mogelijk hun zorgen niet met ouders delen. Terwijl de conclusie uit dat onderzoek ook was dat het bespreken van zorgen een cruciaal element is bij de preventie van kindermishandeling door JGZ-professionals [12]. In het huidige onderzoek werden deze barrières gekwantificeerd, en bleek er inderdaad sprake te zijn van wijdverspreide barrières om kindermishandeling bespreekbaar te maken. De combinatie van de bevinding dat professionals het enerzijds moeilijk vinden om kindermishandeling bespreekbaar te maken, en anderzijds de vaststelling dat dit zeer belangrijk is, maakt het verbeteren van deze specifieke vaardigheid uiterst belangrijk.

Schols en collega's hebben ook veel factoren over de aanpak van kindermishandeling beschreven, waarvan de meerderheid nu door ons onderzoek is bevestigd [9]. Bovendien kunnen hun kwalitatieve bevindingen worden gebruikt voor de interpretatie van onze resultaten. Ze vonden bijvoorbeeld dat respondenten soms van mening waren dat interne aandachtsfunctionarissen kindermishandeling onervaren waren of te ver van de dagelijkse praktijk stonden. Dit kan een rol spelen in onze bevinding dat meer dan de helft van de professionals de afgelopen drie maanden nog nooit met deze experts contact heeft opgenomen, hoewel dit volgens de richtlijn een standaardprocedure is [11]. Schols en collega's meldden ook dat er frustraties zijn rond het contact met Veilig Thuis, wat het hoge aantal respondenten kan verklaren dat in deze periode nog nooit contact met Veilig Thuis had opgenomen [9]. Ook werden interne belemmerende factoren gerapporteerd, zoals het verzinnen van excuses vanwege een lage zelfredzaamheid [9]. Verschillende onderzoeken hebben de preventie van kindermishandeling door andere professionals onderzocht: kinderartsen, kinderverpleegkundigen en huisartsen [17-21]. De meeste van deze onderzoeken hadden alleen betrekking op variatie in rapportagegedrag en vonden een duidelijke aarzeling bij het rapporteren van kindermishandeling [17, 18, 20]. De onderliggende redenen zijn vergelijkbaar met de resultaten van ons onderzoek: gebrek aan tijd [17, 20], angst voor valse beschuldiging en/of schade aanrichten [17, 18, 20], persoonlijke veiligheid [17, 20] en negatieve ervaringen met meldkamers in het verleden [17, 18].

Sterke punten en beperkingen

Sterke punten van dit onderzoek waren het voortborduren op een vooronderzoek met behulp van interviews [12], een relatief hoog responspercentage en de multilevel-analyse. Het gebruik van het kwalitatieve vooronderzoek maakte het mogelijk om voor elk facet van preventie van kindermishandeling optimale zorg te definiëren. Hoewel dit idealiter gebeurt op basis van een wetenschappelijk onderbouwde richtlijn, maakte het gebruik van *expert opinion* het mogelijk om buiten de geldende richtlijn te treden, en in alle competentiegebieden van de JGZ-professional te zoeken naar praktijkvariatie. Het feit dat de meerderheid van de JGZ-organisaties in Nederland aan dit onderzoek heeft deelgenomen ondersteunt de relevantie van het onderzoek. Het gebruik van een multilevel-model zorgde ervoor dat de praktijkvariatie voor de ruime meerderheid kon worden toegeschreven aan verschillen tussen professionals, en niet aan verschillen tussen organisaties [22].

Een beperking van dit onderzoek is dat het afhankelijk was van zelfevaluatie. Het is bekend dat iemands competentie correleert met diens vermogen om zichzelf te beoordelen op het betreffende competentiegebied. Dit resulteert in zelfoverschatting, ook wel bekend als het Dunning-Kruger-effect [23]. De bevinding dat professionals zichzelf hoger scoren dan hun collega's sluit hier bij aan. Toch werd er voor elke domeinscore wel convergente validiteit vastgesteld, zodat de uitkomsten van dit onderzoek kunnen worden beschouwd als een onderschatting van de werkelijke hoeveelheid praktijkvariatie.

Een tweede beperking, ook met betrekking tot responsbias, is dat alleen korte vragen werden gesteld, omdat met een langere vragenlijst een grotere non-respons werd verwacht. Respondenten werd bijvoorbeeld gevraagd of ze kennis hadden van de richtlijn Kindermishandeling. Meer vragen over bijvoorbeeld specifieke onderdelen van de richtlijn zouden waarschijnlijk meer valide en beter te interpreteren resultaten hebben opgeleverd.

Een derde beperking is dat verschillende factoren de vergelijking tussen organisaties mogelijk hebben beïnvloed. Ten eerste kan er sprake zijn van non-responsbias op organisatieniveau, omdat minder actieve organisaties mogelijk ook minder geneigd waren om deel te nemen. Er zijn echter verschillende inspanningen gedaan om de participatiegraad te verhogen, waardoor twee derde van alle Nederlandse JGZ-organisaties heeft deelgenomen. Ten tweede zijn verschillen tussen organisaties mogelijk te verklaren door geografische verschillen in de prevalentie van kindermishandeling. Deze bias werd verminderd door populatiekenmerken uit twee externe databases te halen om te corrigeren voor risicofactoren van kindermishandeling en een algemene indicator van de naleving van kinderrechten per buurt.

Implicaties

Mishandeling van kinderen vormt een grote bedreiging voor de gezonde ontwikkeling van kinderen [1, 24]. De suboptimale scores en variatie onder JGZ-professionals die in dit onderzoek zijn gevonden, maakt het waarschijnlijk dat er gevallen van kindermishandeling worden gemist die hadden kunnen worden ontdekt, of erger, dat zich gevallen hebben ontwikkeld die hadden kunnen worden voorkomen door betere preventieve gezondheidszorg. Vanuit twee invalshoeken rechtvaardigen deze resultaten actie. De eerste betreft het perspectief van het kind. Het effect van kindermishandeling op een kind is groot [1]. 'Elk kind heeft recht op bescherming en zorg die nodig zijn voor zijn of haar welzijn' (Verdrag inzake de rechten van het kind) [5, 25]. Het tweede is het perspectief van de samenleving: de prevalentie van kindermishandeling is hoog [1, 24], de ziektelast is groot [1–3], en in veel gevallen is de intergenerationele overdracht hoog [4]. Meer aandacht voor het voorkomen van kindermishandeling, inclusief betere training, betere begeleiding en meer tijd, zal extra financiering vereisen. Het is echter waarschijnlijk dat de kosten-batenverhouding zeer positief is (vanuit een maatschappelijk perspectief), aangezien minder kindermishandeling een betere kwaliteit van leven en minder kindermishandeling in toekomstige generaties zal opleveren.

Conclusie

Er is winst te behalen bij het voorkomen van kindermishandeling door de kwaliteit van de zorg van JGZ-professionals te verbeteren en praktijkvariatie te verminderen.

Dankbetuiging Wij willen alle deelnemende JGZ-organisaties, artsen en verpleegkundigen hartelijk bedanken voor hun deelname. Bedankt voor de openheid, interesse en tijdsinvestering.

Literatuur

- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373:68–81.
- Cuijpers P, Smit F, Unger F, Stikkelbroek Y, Have M ten, Graaf R de. The disease burden of childhood adversities in adults: a population-based study. *Child Abuse Negl*. 2011;35:937–45.
- Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl*. 2012;36:156–65.
- Widom CS, Czaja SJ, DuMont KA. Intergenerational transmission of child abuse and neglect: real or detection bias? *Science*. 2015;347(6229):1480–5.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kamerstuk 27004-1: Positionering Jeugdgezondheidszorg 0–19 jaar. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2000 Feb 11. Geraadpleegd op 4 januari 2019.
- Vink R, Pal S van der, Eekhout I, Pannebakker F, Mulder T. Ik heb al veelgemaakt. Ingrijpende jeugdervaringen (ACE) bij leerlingen in groep 7/8 van het regulier basisonderwijs. Leiden: TNO; 2016.
- Alink L, Ijzendoorn R van, Bakermans-Kranenburg MJ, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. Kindermishandeling in Nederland anno 2010: de Tweede Nationale Prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010). Leiden: Casimir; 2012.
- Konijnendijk AAJ, Boere-Boonekamp MM, Haasnoot-Smallegange RME, Need A. A qualitative exploration of factors that facilitate and impede adherence to child abuse prevention guidelines in Dutch preventive child health care. *J Eval Clin Pract*. 2014;20:417–24.
- Schols MWA, Ruiter C de, Öry FG. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health*. 2013;13:807.
- Fleuren MAH, Dommelen P van, Dunnink T. A systematic approach to implementing and evaluating clinical guidelines. The results of fifteen years of Preventive Child Health Care guidelines in the Netherlands. *Soc Sci Med*. 2015;136–137:35–43.
- Vink R, Wolff M de, Broerse A, Heerdink N, Sleuwen B van, Kamphuis M. JGZ-richtlijn Kindermishandeling. Utrecht: NCJ; 2016.
- Visscher SJA, Stel HF van, Staal IIE. Verbeterkansen voor preventie van kindermishandeling door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz*. 2019;51:30–7.
- Visscher SJA, Stel HF van. Practice variation amongst preventive child healthcare professionals in the prevention of child maltreatment in the Netherlands: qualitative and quantitative data. *Data Brief*. 2017;15:665–86.
- Cho E, Kim S. Cronbach's coefficient alpha: well known but poorly understood. *Organ Res Methods*. 2015;18(2):207–30.
- Goldstein H, Browne W, Rasbash J. Partitioning variation in multilevel models. *Underst Stat*. 2002;1(4):223–31.
- Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Oberhuijsen N, Kamphuis M, Wilde J de. JGZ-richtlijn Secundaire preventie kindermishandeling. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010.
- Gunn VL, Hickson GB, Cooper WO. Factors affecting pediatricians' reporting of suspected child maltreatment. *Ambul Pediatr*. 2005;5:96–101.
- Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, Price LL, Slora E, Abney D, et al. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*. 2008;122(2):259–66.
- Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *Int J Nurs Stud*. 2010;47:146–53.
- Eisbach SS, Driessnack M. Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses. *J Spec Pediatr Nurs*. 2010;15(4):317–23.
- Raman S, Holdgate A, Torrens R. Are our frontline clinicians equipped with the ability and confidence to address child abuse and neglect? *Child Abuse Rev*. 2011;21:114–30.
- Centre for Multilevel Modelling. LEMMA: Module 4: Multilevel structures and classifications. 2008. www.cmm.bris.ac.uk/lemma/pluginfile.php/299/mod_resource/content/1/Module4Concepts.pdf. Geraadpleegd op: 2 jul 2015.
- Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol*. 1999;21:114–30.

24. Euser S, Alink LRA, Pannebakker F, Vogels T. The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period. *Child Abuse Negl.* 2013;37:841–51.
 25. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. Convention on the rights of the child. 1989. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>. Geraadpleegd op: 1 jul 2015.
- S.J.A. Visscher**, huisarts
- H.F. van Stel**, klinisch epidemioloog (overleden)
- I.I.E. Staal**, verplegingswetenschapper/adviseur innovatie en academisering