

RAPPORTAGE

DRIJFVEREN, OBSTAKELS EN KANSRIJKE AANKNOPINGSPUNTEN BIJ HET SIGNALEREN VAN KWETSBARE GEZINNEN

ONDERZOEK ONDER EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN,
JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN IN NEDERLAND

D&B

Dijksterhuis & van Baaren

Nijmegen • December 2020

COLOFON

Rapportage
December 2020

OPDRACHTGEVER:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport

OPDRACHTNEMER:

Dijksterhuis & Van Baaren

Team:

Tünde van Hoek
Lotte Spijkerman
Olga van de Ven

info@dbgedrag.nl
www.dbgedrag.nl



INHOUDSOPGAVE

Klik op de paginanummering om naar de hoofdstukken te gaan.

4 SAMENVATTING

5 HOOFDSTUK 1 AANLEIDING

8 HOOFDSTUK 2 ONDERZOEKSVRAGEN

10 HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSOPZET

21 HOOFDSTUK 4 DATA-ANALYSE

25 HOOFDSTUK 5 RESULTATEN EERSTELIJNS VERLOSKUNDIGEN

- 28 Onderzoeksvraag 1: In hoeverre signaleren de professionals op dit moment kwetsbare zwangeren of gezinnen met kinderen tot 2 jaar?
- 35 Kerninzichten Onderzoeksvraag 1
- 36 Onderzoeksvraag 2: Welke drijfveren of weerstanden van de professionals hangen samen met signaleren?
- 43 Kerninzichten Onderzoeksvraag 2
- 44 Onderzoeksvraag 3: Welke aanknopingspunten zijn er verder bij de professionals om kwetsbare zwangeren en gezinnen beter te signaleren?
- 50 Kerninzichten Onderzoeksvraag 3
- 51 Onderzoeksvraag 4: Hoe voelen cliënten zich bij het signaleren door de professionals?
- 56 Kerninzichten Onderzoeksvraag 4

57 HOOFDSTUK 6 RESULTATEN JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

- 59 Onderzoeksvraag 1: In hoeverre signaleren de professionals op dit moment kwetsbare zwangeren of gezinnen met kinderen tot 2 jaar?
- 68 Kerninzichten Onderzoeksvraag 1
- 69 Onderzoeksvraag 2: Welke drijfveren of weerstanden van de professionals hangen samen met signaleren?
- 75 Kerninzichten Onderzoeksvraag 2
- 76 Onderzoeksvraag 3: Welke aanknopingspunten zijn er verder bij de professionals om kwetsbare zwangeren en gezinnen beter te signaleren?
- 84 Kerninzichten Onderzoeksvraag 3
- 85 Onderzoeksvraag 4: Hoe voelen cliënten zich bij het signaleren door de professionals?
- 92 Kerninzichten Onderzoeksvraag 4

93 HOOFDSTUK 7 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

97 HOOFSTUK 8 CONCLUSIES

- 98 Belangrijkste bevindingen - Eerstelijns verloskundigen
- 100 Kansrijke aanknopingspunten - Eerstelijns verloskundigen
- 101 Belangrijkste bevindingen - Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen
- 104 Kansrijke aanknopingspunten - Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

106 BIJLAGEN

SAMENVATTING

De eerste 1000 dagen in het leven van een kind zijn bepalend voor diens latere fysieke en mentale gezondheid. Daarom is het belangrijk dat gezinnen in een kwetsbare situatie al vroeg worden gesignaleerd en ondersteund. Aangezien eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen tijdens deze eerste periode veel in aanraking komen met een gezin, spelen zij een sleutelrol in het tijdig signaleren van kwetsbaarheid. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben wij onderzocht hoe zij kwetsbaarheid signaleren.

We hebben onderzocht in hoeverre eerstelijns verloskundigen en jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen op dit moment kwetsbaarheid signaleren, welke drijfveren en obstakels ze hierbij ervaren, welke aanknopingspunten er zijn om kwetsbaarheid beter te signaleren, en hoe de cliënten van deze professionals zich bij het signaleren voelen. Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we digitale vragenlijsten verspreid onder eerstelijns verloskundigen (N = 100), jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen (N = 125), en hun cliënten (N = 107).

Uit de resultaten blijkt dat 62,2% van de eerstelijns verloskundigen en 34,0% van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek geen (gevalideerd) signaleringsinstrument voor het signaleren van kwetsbaarheid gebruikt. Ook blijkt dat het tussen deze beroepsgroepen verschilt welke risicofactoren van kwetsbaarheid ze in kaart brengen bij hun cliënten, en dat het per risicofactor verschilt of en hoe consequent ernaar gevraagd wordt.

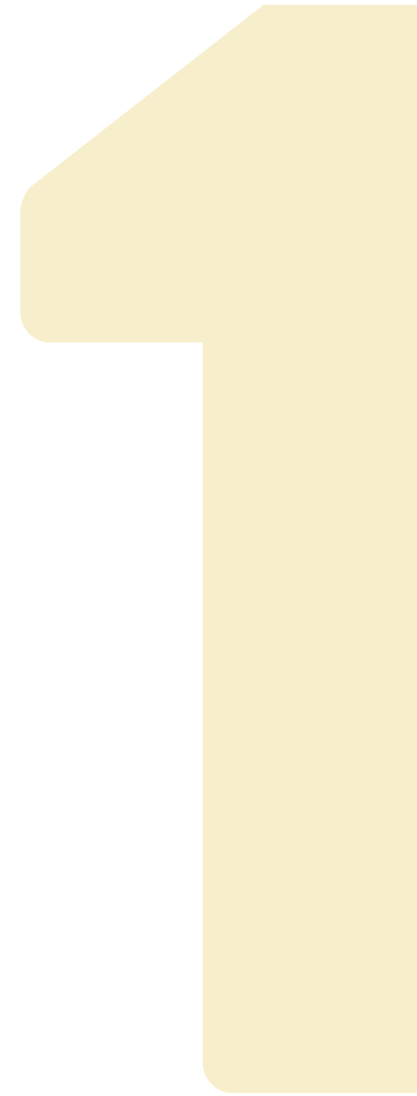
Verder geldt zowel voor eerstelijns verloskundigen als jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen dat meer tijd hebben voor een consult en meer kennis hebben over risicofactoren van kwetsbaarheid positief bijdraagt aan kwetsbaarheid signaleren. Ook voelen zij zich niet altijd vaardig in het bespreken van gevoelige onderwerpen. Een zeer groot deel van zowel eerstelijns verloskundigen (92,4%) als jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen (89,6%) in dit onderzoek geeft dan ook aan dat ze behoefte hebben aan bijscholing over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Verder blijkt uit een deel van de open antwoorden dat eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen graag meer intercollegiaal overleg willen met elkaar en met kraamverzorgenden over mogelijk kwetsbare zwangeren en gezinnen.

Uit het onderzoek onder cliënten blijkt dat het voor cliënten belangrijk is dat ze begrijpen waarom hun verloskundige of de mensen van het consultatiebureau vragen stellen over onderwerpen zoals financiële problemen of opleidingsniveau. Voor veel van deze risicofactoren geldt dat als de cliënt begrijpt waarom de professional ernaar vraagt, de cliënt het minder vervelend vindt dat ernaar wordt gevraagd. Veel cliënten willen bovendien graag weten wat er wordt gedaan met de informatie die ze de professional hierover geven.

We sluiten het rapport af met zeven kansrijke aanknopingspunten per beroepsgroep voor het beter signaleren van zwangeren en gezinnen in een kwetsbare situatie. Deze aanknopingspunten bieden suggesties voor vervolgonderzoek, interventies, beleidsvorming en uniforme afspraken.

HOOFDSTUK 1

AANLEIDING



AANLEIDING

Het landelijke actieprogramma Kansrijke Start richt zich op het bieden van een optimale kans op een goede toekomst aan kinderen gedurende de eerste 1000 dagen van hun leven¹. De gezondheid voor, tijdens en na de geboorte blijkt namelijk een belangrijke voorspeller van zowel fysieke als mentale problemen op latere leeftijd. Er zijn zowel medische als niet-medische risicofactoren die een goede start op dit gebied kunnen belemmeren en een kind of gezin kwetsbaarder kunnen maken. Voorbeelden hiervan zijn armoede, een ongunstige buurt, opvoeding, gezondheid en verslaving van ouders, psychosociale problemen en huiselijk geweld².

Daarom, stelt de Gezondheidsraad, moeten met name kwetsbare ouders passende ondersteuning krijgen. Voordat die ondersteuning echter kan worden gegeven, moet eerst worden gesignaleerd dat er sprake is van een kwetsbare situatie bij ouders. Hierin is een belangrijke rol weggelegd voor professionals die zowel preconceptioneel als in de eerste 1000 dagen van het leven van een kind in aanraking komen met een gezin. Kansrijke Start wil onderzoeken hoe deze professionals kunnen worden geholpen bij het tijdig signaleren van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie. Hiervoor hebben zij de hulp ingeschakeld van gedragspsychologen van Dijksterhuis & van Baaren.

DIJKSTERHUIS & VAN BAAREN

Dijksterhuis & van Baaren is een onderzoeksbureau dat zich richt op maatschappelijke vraagstukken die te maken hebben met gedragsverandering. Het is opgericht door professoren Ap Dijksterhuis en Rick van Baaren, met als doel om de kennis die in wetenschappelijk onderzoek over menselijk gedrag wordt opgedaan in te zetten voor belangrijke vraagstukken in de praktijk.

De centrale gedachte is dat je menselijk gedrag eerst moet begrijpen voordat je het kunt veranderen. Als je begrijpt waar bepaald gedrag vandaan komt, weet je beter waar je de oplossing moet zoeken. Ieder vraagstuk rond gedragsverandering is hierin uniek. Dat wil zeggen dat je, voordat je een oplossing verzint om gedrag te veranderen, allereerst moet onderzoeken wat voor drijfveren en weerstanden een rol spelen bij het huidige gedrag. Als je dat weet, kun je met een gedragsinterventie inspelen op die specifieke drijfveren en weerstanden en zo succesvol gedrag veranderen.

1. Gezondheidsraad (2018). De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's.

2. Broek, A. van den, Kleijnen, E., & Bot, S. (2012). Kwetsbare gezinnen in Nederland. In Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

DOELGROEP EN DOELGEDRAG

Dit onderzoek is onderdeel van de eerste helft van het project dat wij in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitvoeren om professionals te helpen gezinnen in een kwetsbare situatie tijdig te signaleren. Binnen dit project hebben we, in overleg met het ministerie, gekozen om ons voornamelijk te richten op twee specifieke beroepsgroepen: **eerstelijns verloskundigen** en **jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen**.

De reden dat we ons richten op specifieke beroepsgroepen in plaats van op de geboortezorg en jeugdgezondheidszorg als geheel, is dat we aan het eind van dit project een gedragsinterventie willen ontwikkelen en uittesten. Voor je echter een succesvolle gedragsinterventie kunt ontwikkelen, moet je eerst weten welk gedrag je precies wilt stimuleren. Dit noemen wij ook wel het doelgedrag. Hoe scherper je dit doelgedrag voor ogen hebt, des te meer kans van slagen een gedragsinterventie heeft.

Dit doelgedrag zou er bij elke soort professional in de geboortezorg en jeugdgezondheidszorg anders uitzien. Er is niet één soort doelgedrag dat zowel specifiek en concreet genoeg is om een gedragsinterventie op te kunnen richten, als breed genoeg om van toepassing te zijn op al deze professionals. Zo kun je

bijvoorbeeld als doelgedrag voor een gedragsinterventie kiezen dat er een prenataal huisbezoek aangevraagd wordt voor kwetsbare zwangeren, maar dat is niet van toepassing op alle professionals uit de geboortezorg en jeugdgezondheidszorg. “Kwetsbaarheid signaleren” zou daarentegen veel te breed en abstract doelgedrag zijn.

Met andere woorden, door te kiezen voor een specifieke doelgroep, vergroten we de kans dat we deze groep daadwerkelijk kunnen helpen bij het tijdig signaleren van kwetsbaarheid. De keuze is gevallen voor **eerstelijns verloskundigen** omdat zij 1) door de aard van hun werk een belangrijke rol hebben in vroegsignalering, en 2) het merendeel van alle zwangeren in Nederland op enig moment te maken krijgt met een eerstelijns verloskundige. Zo begon in 2019 86,9% van de zwangere vrouwen in de eerste lijn³.

Daarnaast is er gekozen voor **jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen** omdat zij 1) door de regelmatige contactmomenten langere tijd een kind en het gezin kunnen monitoren, en 2) het merendeel van alle gezinnen met kinderen van 0 tot 4 jaar in Nederland op enig moment in contact met een jeugdarts of jeugdverpleegkundige komt. Maar liefst 94,6% van de 0 tot 4-jarige kinderen heeft volgens de ouder of verzorger het consultatiebureau bezocht⁴.

3. Perined (2020). Perinatale zorg in Nederland anno 2019: Landelijke perinatale cijfers en duiding.

4. Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). Ouders geven consultatiebureau gemiddeld een ruime 7. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/44/ouders-geven-consultatiebureau-gemiddeld-een-ruime-7>

HOOFDSTUK 2

ONDERZOEKSVRAGEN



ONDERZOEKSVRAGEN

We richten ons bij dit onderzoek onder eerstelijns verloskundigen en jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen op vier onderzoeksvragen:

ONDERZOEKSVRAAG 1

In hoeverre signaleren de professionals op dit moment kwetsbare zwangeren of gezinnen met kinderen tot 2 jaar?

ONDERZOEKSVRAAG 2

Welke drijfveren of weerstanden van de professionals hangen samen met signaleren?

ONDERZOEKSVRAAG 3

Welke aanknopingspunten zijn er verder bij de professionals om kwetsbare zwangeren en gezinnen beter te signaleren?

ONDERZOEKSVRAAG 4

Hoe voelen cliënten zich bij het signaleren door de professionals?

We beschrijven eerst hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd in **3. Onderzoeksopzet**, en leggen dan uit hoe we de onderzoeksdata analyseerden in **4. Data-analyse**. Hierna beantwoorden we de onderzoeksvragen apart voor de twee beroepsgroepen aan de hand van de onderzoeksresultaten in **5. Resultaten eerstelijns-verloskundigen** en **6. Resultaten - jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen**. Per onderzoeksvraag sommen we steeds de belangrijkste kerninzichten op. Tot slot vatten we in **7. Conclusies** de belangrijkste inzichten samen die we uit dit onderzoek als geheel kunnen halen, en plaatsen we enkele kritische kanttekeningen bij het onderzoek.

HOOFDSTUK 3

ONDERZOEKSOPZET



ONDERZOEKSOPZET

VRAGENLIJST ONDER PROFESSIONALS

Om Onderzoeksvraag 1 t/m 3 te beantwoorden, verspreidden we in oktober en november 2020 een digitale vragenlijst onder zoveel mogelijk eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Dit deden we voornamelijk via de communicatiekanalen van beroepsverenigingen (zoals KNOV, V&VN en AJN) en andere platforms die worden gebruikt door deze beroepsgroepen (zoals Captise, In Partu en de nieuwsbrief van NCJ).

De vragenlijst onder professionals bestond uit grofweg drie onderdelen, ieder bedoeld om één van de drie onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Kwetsbaarheid signaleren. Om antwoord te geven op Onderzoeksvraag 1, stelden we vragen over hoe respondenten op dit moment kwetsbaarheid signaleren bij hun cliënten.

2. Drijfveren en obstakels. Om antwoord te geven op Onderzoeksvraag 2, vroegen we in de vragenlijst naar een aantal gedragsfactoren waarvan we, op basis van de verkennende projectfase hiervoor, vermoedden dat die mogelijk een drijfveer of obstakel voor de professional zijn om kwetsbaarheid te signaleren.

3. Andere aanknopingspunten. Om antwoord te geven op Onderzoeksvraag 3, stelden we ook vragen aan respondenten over andere mogelijke aanknopingspunten. Zo vroegen we eerstelijns verloskundigen naar hun ervaringen met het aanvragen van een prenataal huisbezoek en vroegen we jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen hoe de eerste afspraak na de geboorte verloopt.

1. KWETSBAARHEID SIGNALEREN

Kwetsbaarheid signaleren is een breed en veelzijdig begrip. Het bestaat uit veel losse onderdelen, de een concreter dan de ander, wat het lastig te meten maakt. Zo kun je het gebruik van een gevalideerd signaleringsinstrument zien als teken dat een professional kwetsbaarheid signaleert. Bij kwetsbaarheid signaleren hoort daarnaast het doorvragen in gesprekken en het oppikken van non-verbale reacties van cliënten. In dit onderzoek is gekozen voor drie manieren om signaleren te meten in de steekproef:

Meetmethode 1: De professional gebruikt een gevalideerd signaleringsinstrument

We vroegen respondenten van welk signaleringsinstrument zij gebruikmaken om kwetsbaarheid te signaleren. Eerstelijns verloskundigen konden de volgende antwoordopties aanvinken: R4U, Mind2Care, ALPHA-NL of een ander instrument. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen konden de volgende antwoordopties aanvinken: postnatale R4U, ETM, SPARK18, GIZ, SamenStarten (voorheen DMO) of een ander instrument.

Als een respondent aangaf een bepaald instrument te gebruiken, werd er gevraagd hoe vaak ze dit instrument gebruiken. De antwoordopties voor eerstelijns verloskundigen waren *‘zelden’*, *‘bij zwangeren waarvan ik denk dat het nodig is’*, *‘bij het merendeel van de zwangeren’* of *‘bij alle zwangeren/standaard’*. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen kregen dezelfde antwoordopties, alleen was ‘zwangeren’ hierbij vervangen door ‘gezinnen met kinderen tot 2 jaar’.

Meetmethode 2: De professional vraagt naar specifieke risicofactoren en beschermende factoren

Er is een aantal factoren waarvan uit wetenschappelijke literatuur bekend is dat ze invloed hebben op de kwetsbaarheid en draagkracht van zwangeren of jonge gezinnen. Dit zijn factoren die te maken hebben met werk en inkomen (bijvoorbeeld moeilijk aflosbare schulden of werkloosheid), sociale factoren (bijvoorbeeld sociale steun of relatieproblemen), leefstijl (bijvoorbeeld roken of drugsverslavingen), opleidingsniveau, huisvestingsproblemen,

etniciteit van de ouders en of de zwangerschap gewenst was. In Bijlage A staat een compleet overzicht van de niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid die we in dit onderzoek gebruikten om te onderzoeken of professionals deze factoren signaleren.

We vroegen aan respondenten over welke van deze factoren zij vragen stellen aan zwangeren/nieuwe gezinnen als onderdeel van de intake. Dit kan zowel in een vragenlijst zijn die mensen zelf invullen als in een intakegesprek. De factoren waar we naar vroegen waren grotendeels hetzelfde bij eerstelijns verloskundigen als bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, behalve dat bij eerstelijns verloskundigen de risicofactor ‘werkloosheid’ werd opgesplitst in twee factoren: werkloosheid van de zwangere en werkloosheid van de partner.

Meetmethode 3: De professional vertoont signaleergedrag

Om ook de gedragscomponent van signaleren te meten, formuleerden we van tevoren 12 items. Elk item was een concreet voorbeeld van hoe je als professional kwetsbaarheid of risicofactoren kunt signaleren. Een voorbeeld van een item is “Als een zwangere/ouder tijdens een afspraak iets noemt wat mogelijk kan wijzen op kwetsbaarheid, vraag ik verder door”. De volledige lijst met gebruikte items is te vinden in Bijlage B.

We vroegen respondenten om aan te geven hoe vaak deze items de afgelopen maand van toepassing zijn geweest op hun werkwijze. Ze gaven antwoord middels een 5-punts Likertschaal die liep van

‘nooit’, ‘minder dan de helft van de tijd’, ‘de helft van de tijd’, ‘meer dan de helft van de tijd’ tot ‘altijd’.

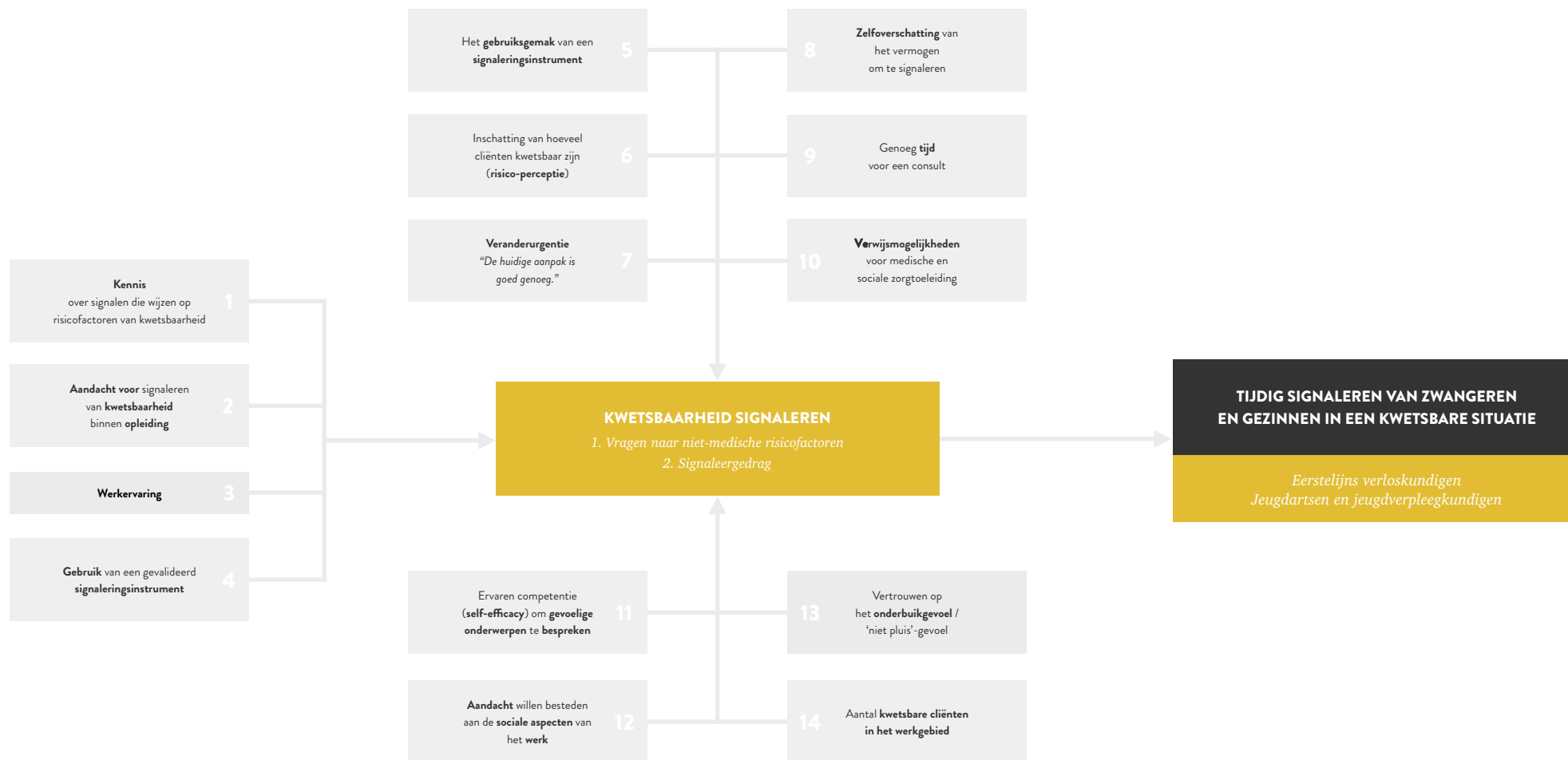
De interne consistentie van de scores op deze items werd voorafgaand aan de analyses berekend met behulp van Cronbach's alpha. De items bleken zowel bij de eerstelijns verloskundigen ($\alpha = .80$) als bij de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ($\alpha = .77$) in dit onderzoek voldoende interne consistentie⁵ te vertonen om te kunnen worden samengenomen als één maatstaf. Vervolgens bundelden we deze items dan ook samen tot één construct, signaleergedrag, door de totaalscore van alle items te berekenen van iedere respondent.

Hoe hoger een respondent scoort op signaleergedrag, hoe meer gedragingen hij of zij vertoont die wijzen op het signaleren van kwetsbaarheid. Als je deze scores op signaleergedrag los bekijkt, lijken ze weinig concreets te zeggen. De scores worden pas betekenisvol als je ze analyseert in relatie tot andere onderdelen van de vragenlijst. Daarom gebruiken we deze meetmethode vooral om Onderzoeksvraag 2 te beantwoorden, om te zien hoe signaleergedrag samenhangt met bepaalde drijfveren en weerstanden.

2. DRIJFVEREN EN OBSTAKELS

Om Onderzoeksvraag 2 te beantwoorden, stelden we van tevoren een overzicht op met factoren waarvan we, op basis van de verkennende projectfase hiervoor, vermoedden dat die een rol spelen bij het signaleren van kwetsbaarheid door eerstelijns verloskundigen en jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen (zie figuur 1).

5. Een Cronbach's alpha van minimaal .70 wordt beschouwd als voldoende.



Figuur 1. Het overzicht van de factoren die we testten voor Onderzoeksvraag 2 middels het vragenlijstonderzoek onder eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.

1. Kennis

We gaven alle respondenten een lijst met signalen van 12 niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid en vroegen hen om aan te geven in hoeverre ze het gevoel hebben dat ze er kennis over hebben. We legden uit dat we met ‘kennis hebben’ bedoelen dat ze de kennis mondeling zouden kunnen overdragen aan een ander, bijvoorbeeld een stagiair(e). We benadrukten dat het hierbij dus niet ging over intuïtie of onderbuikgevoel. Respondenten gaven antwoord op een schaal die liep van 1 (*veel te weinig kennis*), naar 2 (*niet genoeg kennis*), 3 (*genoeg kennis*) tot 4 (*ruim voldoende kennis*). Een volledig overzicht van de risicofactoren en de zelfgerapporteerde kennis hierover is te vinden in bijlage C.

Respondenten kregen een score van 0 voor risicofactoren waarvan ze aangaven veel te weinig of niet genoeg kennis te hebben. Ze kregen een score van 1 voor risicofactoren waarvan ze aangaven genoeg of ruim voldoende kennis te hebben. Vervolgens berekenden we voor elke respondent een totaalscore van zelfgerapporteerde kennis door te berekenen voor hoeveel procent van de 12 niet-medische risicofactoren een respondent aangaf genoeg of ruim voldoende kennis te hebben. Hoe hoger dit percentage voor zelfgerapporteerde kennis, des te hoger het aantal niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid is waarvan de respondent aangeeft genoeg of ruim voldoende kennis te hebben.

2. Aandacht voor kwetsbaarheid binnen opleiding

We vroegen alle respondenten in hoeverre ze vonden dat er binnen hun opleiding voldoende aandacht is besteed aan hoe je niet-medische risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid bij (aanstaande) ouders kunt signaleren. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (totaal niet), 2 (*onvoldoende*), 3 (*voldoende*) tot 4 (*ruim voldoende*). We rekenden de scores om naar 0 (*onvoldoende of totaal niet*) of 1 (*voldoende of ruim voldoende*).

3. Werkervaring

Eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die meer werkervaring hebben, houden zich misschien minder of juist meer bezig met het signaleren van kwetsbaarheid. We vroegen hen dan ook in de vragenlijst hoe lang ze werkzaam zijn als verloskundige/jeugdarts/jeugdverpleegkundige. Respondenten konden kiezen uit 0 tot 5 jaar, 5 tot 10 jaar, 10 tot 20 jaar, 20 tot 30 jaar of meer dan 30 jaar.

4. Gebruik van een signaleringsinstrument

We vroegen aan respondenten of ze een gevalideerd signaleringsinstrument gebruiken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen (zie ook **3. Onderzoekopzet**). Ook vroegen we welk signaleringsinstrument ze gebruiken.

5. Gebruiksgemak signaleringsinstrument

Hoe lastiger je het vindt om een bepaald signaleringsinstrument te gebruiken, des te kleiner de kans waarschijnlijk is dat je je bezighoudt met het signaleren van kwetsbaarheid. Daarom onderzocht we het gebruiksgemak door alle respondenten te vragen “Hoe moeilijk of makkelijk vind je het om dit signaleringsinstrument te gebruiken?”. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (*erg moeilijk*), 2 (*moeilijk*), 3 (*een beetje moeilijk*), 4 (*best makkelijk*), 5 (*makkelijk*) tot 6 (*erg makkelijk*).

6. Risicoperceptie

Als je onderschat hoeveel van je cliënten zich in een kwetsbare situatie bevinden, ben je waarschijnlijk minder geneigd om te proberen kwetsbaarheid te signaleren bij je cliënten. Daarom vroegen we aan alle respondenten “Van alle zwangeren/gezinnen die jij in je praktijk/bij het consultatiebureau ziet, bij hoeveel procent (%) denk je dat er sprake is van verhoogde kwetsbaarheid? Maak een schatting”.

7. Veranderurgentie

Als je vindt dat er al genoeg aandacht wordt besteed aan niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, of dat de aanpak niet hoeft te worden verbeterd, hou je je misschien minder bezig met het signaleren van kwetsbaarheid bij cliënten. Dit noemden we ‘veranderurgentie’ in dit onderzoek. We hebben dit gemeten door middel van twee vragen. We vroegen in hoeverre er volgens respondenten onder hun collega’s voldoende aandacht is voor

niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Ze kozen hierbij uit de antwoordopties 1 (*veel te weinig aandacht*), 2 (*niet genoeg aandacht*), 3 (*voldoende aandacht*) of 4 (*ruim voldoende aandacht*). Hoe lager de score die respondenten gaven, des te meer ze vinden dat er te weinig aandacht is voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.

De andere vraag die we respondenten stelden om veranderurgentie te meten, was of ze vinden dat de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren kan worden verbeterd in de praktijk of organisatie waar ze werken, en zo ja, hoe. Respondenten konden hierbij kiezen voor de opties ‘*Nee, de huidige aanpak is goed*’, of ‘*Ja*’, waarna een aantal mogelijke verbeterpunten werden opgenoemd (zoals meer overlegmomenten met andere zorgverleners). We scoorden dit item door een 0 toe te kennen aan respondenten die zeiden dat de huidige aanpak goed is, en een 1 te geven aan respondenten die vonden dat de aanpak kan worden verbeterd.

8. Zelfoverschatting

Ongeacht hoe goed je je bezighoudt met het signaleren van kwetsbaarheid, het is geen exacte wetenschap, en dus zul je af en toe kwetsbare cliënten over het hoofd zien. Als je je eigen vermogen om kwetsbaarheid te signaleren erg hoog inschat, doe je misschien minder je best om kwetsbaarheid te signaleren. Daarom vroegen we aan respondenten om te schatten bij hoeveel procent van hun kwetsbare cliënten ze denken de kwetsbaarheid over het hoofd te

zien. Hoe lager dit percentage is, des te beter respondenten hun eigen vermogen inschatten om kwetsbaarheid te signaleren.

9. Tijd voor een consult

Om kwetsbaarheid te signaleren bij je cliënten, heb je voldoende tijd tijdens consulten nodig om vragen te stellen of eventueel door te vragen op antwoorden die een cliënt geeft. Daarom vroegen we aan eerstelijns verloskundigen hoeveel minuten ze voor een intakeconsult en voor een standaard zwangerschapscontrole hebben. Bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen vroegen we hoeveel minuten er standaard staan voor de eerste afspraak na de geboorte. Verder vroegen we ook aan alle respondenten hoe vaak het voorkomt dat een afspraak uitloopt. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (*nooit*), 2 (*minder dan de helft van de tijd*), 3 (*de helft van de tijd*), 4 (*meer dan de helft van de tijd*) tot 5 (*altijd*).

10. Verwijsmogelijkheden

Als je niet goed weet waar je kwetsbare cliënten naar door kunt verwijzen, is de kans misschien kleiner dat je überhaupt de moeite neemt om kwetsbaarheid te signaleren bij je cliënten. Daarom wilden we weten hoe duidelijk de verwijsmogelijkheden zijn voor respondenten. We onderzochten dat door alle respondenten het volgende voor te leggen: “Stel dat er bij een van je cliënten sprake is van een van de onderstaande niet-medische risicofactoren voor kwetsbaarheid. Bij welke van deze factoren is het voor jou duidelijk naar welke partij, zorgverlener of instantie je diegene kunt doorverwijzen?”. We gaven een lijst van niet-

medische risicofactoren voor kwetsbaarheid en respondenten antwoordden bij elke factor met *ja* of *nee*. Een volledig overzicht van de niet-medische risicofactoren en de duidelijkheid van de verwijsmogelijkheden volgens respondenten in dit onderzoek is te vinden in Bijlage D.

We berekenden een totaalscore van de hoeveelheid duidelijke verwijsmogelijkheden. Respondenten kregen een score van 0 voor risicofactoren waarvan ze aangaven niet te weten waar ze deze cliënten naar door kunnen verwijzen. Ze kregen een score van 1 voor risicofactoren waarvan ze aangaven te weten waar ze cliënten naar door kunnen verwijzen. We telden deze scores bij elkaar op en rekenden dit om naar een totaalscore. Deze totaalscore geeft aan van hoeveel procent van de opgenoemde niet-medische risicofactoren respondenten weten waar ze cliënt naar door kunnen verwijzen. Hoe hoger dit percentage, des te hoger het aantal verwijsmogelijkheden een respondent kent voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.

11. Self-efficacy om gevoelige onderwerpen te bespreken

Het signaleren van kwetsbaarheid gaat deels over het durven aangaan van moeilijke gesprekken. Als iemand zich niet vaardig voelt in het aangaan van gesprekken over gevoelige onderwerpen, is de kans waarschijnlijk kleiner dat diegene zulke gesprekken aangaat. Daarom formuleerden we acht stellingen over self-efficacy in het bespreken van gevoelige onderwerpen en vroegen we alle respondenten in hoeverre ze het eens zijn met deze stellingen. Voorbeelden van deze stellingen zijn “Als een cliënt emotioneel

aangedaan lijkt in een gesprek, voel ik me slecht op mijn gemak” of “Ik voel me vaardig in het aangaan van moeilijke gesprekken met cliënten”. Respondenten antwoordden op een schaal van 1 (*sterk mee oneens*), 2 (*mee oneens*), 3 (*beetje mee oneens*), 4 (*beetje mee eens*), 5 (*mee eens*) tot 6 (*sterk mee eens*).

Zowel bij de eerstelijns verloskundigen ($\alpha = .73$) als bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ($\alpha = .78$) in dit onderzoek bleken de scores op deze stellingen voldoende interne consistentie te hebben om ze samen als één construct te behandelen in de rest van de analyses⁵. Daarom berekenden we voor iedere respondent een totaalscore door hun gemiddelde score op alle acht stellingen te berekenen. Hoe hoger de score op self-efficacy, des te minder schroom en meer vaardig een cliënt zich voelt om gevoelige onderwerpen te bespreken.

12. Aandacht voor sociale aspecten

Niet iedereen is evenveel geïnteresseerd in de sociale aspecten van zijn of haar werk. Professionals die minder graag aandacht besteden aan de sociale aspecten die komen kijken bij hun werk, houden zich misschien minder bezig met het signaleren van kwetsbaarheid bij hun cliënten. Daarom formuleerden we in totaal vijf stellingen die we voorlegden aan respondenten om te meten in hoeverre ze zich graag bezighouden met de sociale aspecten van hun werk. Voorbeelden van stellingen zijn “Ik leef erg mee met mijn cliënten, zowel bij positieve als negatieve gebeurtenissen” en “Ik hou me liever bezig met de medische kant dan de sociale

kant van mijn werk”. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (*sterk mee oneens*), 2 (*mee oneens*), 3 (*beetje mee oneens*), 4 (*beetje mee eens*), 5 (*mee eens*) tot 6 (*sterk mee eens*). Zowel bij de eerstelijns verloskundigen ($\alpha = .72$) als bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ($\alpha = .70$) in dit onderzoek bleken de scores op deze stellingen voldoende interne consistentie te hebben om ze samen als één construct te behandelen in de rest van de analyses⁵. Daarom berekenden we voor iedere respondent een totaalscore door hun gemiddelde score op alle vijf stellingen te berekenen. Hoe hoger deze totaalscore op ‘aandacht voor sociale aspecten’, des te liever een respondent zich bezighoudt met de sociale aspecten van zijn of haar werk.

13. Onderbuikgevoel

In veel gesprekken met professionals vooraf kwam regelmatig het woord ‘onderbuikgevoel’ of ‘niet-pluisgevoel’ naar voren. Daarom vroegen we ons af in hoeverre een onderbuikgevoel een rol speelt bij het signaleren van kwetsbaarheid door eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. We legden de volgende stelling voor aan alle respondenten: “Als het gaat om het signaleren van kwetsbaarheid, durf ik te vertrouwen op mijn onderbuikgevoel”. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (*sterk mee oneens*), 2 (*mee oneens*), 3 (*beetje mee oneens*), 4 (*beetje mee eens*), 5 (*mee eens*) tot 6 (*sterk mee eens*). Hoe hoger respondenten scoren op ‘onderbuikgevoel’, des te meer ze vertrouwen op hun onderbuikgevoel bij het signaleren van kwetsbaarheid.

5. Een Cronbach's alpha van minimaal .70 wordt beschouwd als voldoende.

14. Aantal kwetsbare cliënten in het werkgebied

Als je veel kwetsbare cliënten tegenkomt in je werk, hou je je wellicht meer bezig met het signaleren van kwetsbaarheid dan wanneer je zelden kwetsbare cliënten tegenkomt. Daarom vroegen we eerstelijns verloskundigen in de vragenlijst of de praktijk waar ze werken een achterstandstarief ontvangt. Verloskundigenpraktijken die zorg verlenen aan cliënten die in achterstandsbuurt wonen, ontvangen compensatie in de vorm van een zogeheten achterstandstarief. Het ontvangen van dit achterstandstarief kan bij eerstelijns verloskundigen dan ook worden gebruikt als indicatie dat er veel kwetsbare cliënten in het werkgebied zijn. Bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ontbreekt een dergelijke maat, dus daar werd deze factor niet gemeten in de vragenlijst.

3. AANKNOPINGSPUNTEN

We wilden andere aanknopingspunten onderzoeken die kunnen worden gebruikt om het signaleren van kwetsbaarheid onder professionals te verbeteren. Zo vroegen we of professionals graag bijscholing zouden willen krijgen over het signaleren van kwetsbaarheid. Ook stelden we eerstelijns verloskundigen vragen over hun ervaringen met het aanvragen van een prenataal huisbezoek door een jeugdverpleegkundige, en vroegen we jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen hoe de eerste afspraak na de geboorte verloopt. Verder waren we benieuwd naar hoe verloskundigen het contact met kraamzorg en consultatiebureaus ervaren, en hoe jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen het contact met kraamzorg en verloskundigen ervaren.

In **5. Resultaten – eerstelijns verloskundigen en resultaten – jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen** beschrijven we bij het beantwoorden van Onderzoeksvraag 3 welke vragen we precies hebben gesteld en wat de antwoorden hierop waren.

VRAGENLIJST ONDER CLIËNTEN

Om Onderzoeksvraag 4 te kunnen beantwoorden, verspreidden we daarnaast in oktober en november 2020 ook een digitale vragenlijst onder cliënten van eerstelijns verloskundigen en consultatiebureaus. Het merendeel hiervan werd geworven via een extern panelbureau. Deze vragenlijst werd vooraf gecontroleerd door een expert van Pharos, om er zeker van te zijn dat de vragenlijst voldoende begrijpelijk en toegankelijk was voor kwetsbare cliënten. Pharos is een landelijk expertisecentrum dat zich richt op het terugdringen van gezondheidsverschillen, onder andere door informatie beter toegankelijk te maken voor kwetsbare doelgroepen.

Respondenten waren ofwel cliënten van eerstelijns verloskundigen, die minimaal 8 weken zwanger waren en minstens één afspraak met de eerstelijns verloskundige hadden gehad, ofwel cliënten van consultatiebureaus, die het afgelopen jaar waren bevallen en minimaal één keer een afspraak met het consultatiebureau hadden gehad.

De vragenlijst voor cliënten bestond uit de volgende drie onderdelen:

1. Vragen over risicofactoren

We vroegen aan respondenten of de professional vragen had gesteld over bepaalde onderwerpen. Deze onderwerpen zijn bekende risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid. We vroegen daarnaast ook per onderwerp aan respondenten of ze het vervelend vonden dat de professional hiernaar vroeg (*ja, nee*, of *weet ik niet meer*) en of ze begrepen dat de professional hiernaar vroeg (*ja* of *nee*).

2. Vertrouwen en transparantie

We legden de respondenten een aantal vragen voor om te onderzoeken hoe zij het contact met de professional ervaren, hoeveel vertrouwen ze hebben in de professional, en of ze begrijpen wat er wordt gedaan met de antwoorden die ze geven op vragen van de professional (*ja* of *nee*) en of ze graag meer willen weten over wat de professional doet met hun antwoorden (*ja* of *nee*).

Het vertrouwen van de cliënt in de professional werd gemeten aan de hand van vijf items:

1. Durf jij met je verloskundige / de mensen van het consultatiebureau te praten over moeilijke dingen?
2. Ben je bang dat je verloskundige / de mensen van het consultatiebureau met anderen over jou of je gezin praat?
3. Heb je het gevoel dat je je verloskundige / de mensen van het consultatiebureau alles kan vertellen?
4. Denk je dat je verloskundige / de mensen van het

consultatiebureau het beste voor je kind wil?

5. Als je iets vertelt aan je verloskundige / de mensen van het consultatiebureau, ben je dan bang dat iemand daar iets mee doet dat niet goed is voor jou of je kind?

Respondenten gaven antwoord op deze items op een schaal die van 1 (*ja, altijd*), 2 (*ja, meestal*), 3 (*soms wel, soms niet*), 4 (*nee, meestal niet*) tot 5 (*nee, nooit*). De interne consistentie van de scores op deze vertrouwensitems bleek zowel bij cliënten van eerstelijns verloskundigen ($\alpha = .72$) als jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ($\alpha = .76$) voldoende om ze samen als één construct te behandelen in de rest van de analyses⁵.

3. Kwetsbaarheid respondent

We probeerden de kwetsbaarheid van de respondenten zelf in kaart te brengen door een aantal vragen te stellen over onder andere inkomen, opleidingsniveau en burgerlijke staat. Hiermee konden we in de data-analyse kijken of er een verschil bestaat in de antwoorden op de vragenlijst tussen meer en minder kwetsbare cliënten.

5. Een Cronbach's alpha van minimaal .70 wordt beschouwd als voldoende.

HOOFDSTUK 4

DATA-ANALYSE



DATA-ANALYSE

ONDERZOEKSVRAAG 1

Voor het beantwoorden van Onderzoeksvraag 1 (“In hoeverre signaleren de professionals op dit moment kwetsbare zwangeren of gezinnen met kinderen tot 2 jaar?”), hanteerden we bij het onderzoek drie verschillende meetmethodes. Deze drie meetmethodes, beschreven in **3. Onderzoeksopzet**, brengen ieder op een andere manier in kaart hoe eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen op dit moment kwetsbaarheid signaleren bij hun cliënten. De data-analyse die we hierbij uitvoerden, bestond voornamelijk uit het berekenen van percentages en gemiddeldes. Waar nodig, vulden we dit aan met analyses van de antwoorden van respondenten op open vragen. Ook vergeleken we bij sommige items de antwoorden van jeugdartsen met die van jeugdverpleegkundigen, door middel van een independent samples t-test of chi-squared (χ^2) test. Zo konden we zien of er een verschil is tussen de antwoorden die jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek gaven op bepaalde vragen.

ONDERZOEKSVRAAG 2

Voor het beantwoorden van Onderzoeksvraag 2 (“Welke drijfveren en weerstanden van professionals hangen samen met signaleren”) maakten we de drijfveren en weerstanden uit Figuur 1 meetbaar, zoals beschreven in **3. Onderzoeksopzet**. Afhankelijk van het meetniveau van de factor en de afhankelijke variabele, kozen we de meest geschikte statistische analyse.

Afhankelijke variabelen

Om Onderzoeksvraag 2 te beantwoorden en te berekenen of de factoren daadwerkelijk samenhangen met het signaleren van kwetsbare zwangeren, keken we steeds naar de samenhang tussen elke factor uit Figuur 1 en de volgende twee afhankelijke variabelen:

1. Vragen naar risicofactoren

Het percentage risicofactoren van kwetsbaarheid waar respondenten standaard naar vragen als onderdeel van de intake van een zwangere. Zie voor een overzicht van de gevraagde risicofactoren Bijlage A. Dit percentage standaardiseerden we per respondent door het gemiddelde eraf te trekken en te delen door de standaarddeviatie.

2. Signaleergedrag

De gestandaardiseerde totaalscore van respondenten op de verzameling items over signaleergedragingen. Zie voor een overzicht van de items Bijlage B. Ook hier trokken we het gemiddelde af van de score van iedere respondent en deelden we het door de standaarddeviatie.

Gekozen statistische analyses

We kozen de meest geschikte statistische analyse steeds op basis van het aantal variabelen en het meetniveau van de variabelen. Een groot deel van de factoren analyseerden we met een multipele regressieanalyse voor ieder van de twee bovengenoemde afhankelijke variabelen: vragen naar risicofactoren en signaleergedrag. Dit waren de volgende factoren uit Figuur 1: kennis, het gebruiksgemak van een signaleringsinstrument, risicoperceptie, een deel van veranderurgentie, tijd voor een consult, zelfoverschatting, aantal verwijsmogelijkheden, self-efficacy voor het bespreken van gevoelige onderwerpen, aandacht besteden aan sociale aspecten van het werk en het onderbuikgevoel vertrouwen. De scores op al deze factoren standaardiseerden we door het gemiddelde eraf te trekken en te delen door de standaarddeviatie.

Voor de factoren werkervaring en de opleidingsplaats kozen we een multivariate variantieanalyse met vragen naar risicofactoren en signaleergedrag als afhankelijke variabelen.

Voor klein deel van de factoren uit Figuur 1, namelijk aandacht binnen de opleiding (voldoende versus onvoldoende), het

gebruik van tenminste één gevalideerd signaleringsinstrument (ja versus nee) en een deel van veranderurgentie (aanpak in de huidige praktijk moet veranderen, ja versus nee), kozen we univariate variantieanalyses, met vragen naar risicofactoren en signaleergedrag als afhankelijke variabelen.

Ook vergeleken we bij sommige factoren of de scores van jeugdverpleegkundigen significant hoger of lager waren dan die van jeugdartsen. Zo keken we bijvoorbeeld of jeugdartsen hun kennis over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid significant beter inschatten dan jeugdverpleegkundigen. Voor dit soort vergelijkingen gebruikten we een independent samples t-test.

ONDERZOEKSVRAAG 3

Om Onderzoeksvraag 3 (“Welke andere aanknopingspunten zijn er verder bij de professionals om kwetsbare zwangeren en gezinnen beter te signaleren?”) te beantwoorden, stelden we respondenten een combinatie van meerkeuzevragen en open vragen over verschillende onderwerpen. De data-analyse die we vervolgens uitvoerden, bestond vooral uit het berekenen van percentages en gemiddeldes. Waar nodig, vulden we dit aan met analyses van de antwoorden van respondenten op open vragen. Ook vergeleken we bij sommige items de antwoorden van jeugdartsen met die van jeugdverpleegkundigen, door middel van een independent samples t-test of chi-squared (χ^2) test. Zo konden we zien of er een verschil is tussen de antwoorden die jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek gaven op bepaalde vragen.

ONDERZOEKSVRAAG 4

Voor het beantwoorden van Onderzoeksvraag 4 (“Hoe voelen cliënten zich bij het signaleren door de professionals?”) legden we cliënten van eerstelijns verloskundigen en consultatiebureaus een vragenlijst voor, waarvan de opzet staat beschreven in **3**.

Onderzoeksopzet, vragenlijst onder cliënten. We analyseerden de gegevens die hieruit voortkwamen met een combinatie van descriptieve analyses (d.w.z., percentages en gemiddeldes) en statistische analyses. De keuze voor de statistische analyses hing af van het meetniveau van de variabelen en de vraag die we erover hadden. Aan de hand hiervan kozen we voor een independent samples t-test, regressieanalyse of chi-squared (χ^2) test.

GERAPPORTEERDE CIJFERS

Om het leesgemak zo groot mogelijk te houden, beperken we het rapporteren van de cijfers die bij alle statistische analyses horen. Bij alle data-analyses rapporteren we steeds ten minste de *p*-waarde van de uitgevoerde statistische test, waarbij we een significantieniveau hanteren van $\alpha < .05$. Als de test statistisch significant is, rapporteren we tevens een indicator van de effectgrootte. Indien een lezer de volledige cijfers van een bepaalde analyse nodig heeft, zoals bijvoorbeeld het aantal vrijheidsgraden, de t-waarde of de F-waarde, geven we daar op verzoek graag inzicht in.

HOOFDSTUK 5

RESULTATEN EERSTELIJNS VERLOSKUNDIGEN



RESULTATEN - EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN

BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

In totaal begonnen 198 eerstelijns verloskundigen met het invullen van de vragenlijst, waarvan er in totaal 100 de vragenlijst volledig afmaakten. Dit hoge uitvalpercentage kwam hoogstwaarschijnlijk door de lengte van de vragenlijst. De aantallen die we beschrijven in de resultaten fluctueren steeds tussen 100 en 216, doordat we bij iedere vraag alle respondenten meerekenen die die vraag hebben beantwoord.

Alle respondenten waren vrouwelijk en hadden een gemiddelde leeftijd van 39,8 jaar ($SD = 10,2$). Veruit de meeste respondenten werkten in een groepspraktijk met 3 of meer verloskundigen (82,2%), gevolgd door een solopraktijk (7,5%) en een duopraktijk (6,2%). 57% van de praktijken was, naast een verloskundig samenwerkingsverband, ook aangesloten bij een verloskundige coöperatie. In Figuur 2 kun je zien waar de verloskundigen vandaan komen. In Figuur 3 kun je zien hoelang de respondenten werkzaam zijn als verloskundige.

In welke provincie ben je werkzaam als verloskundige?	n	%
Noord-Holland	23	15,6
Zuid-Holland	31	21,1
Utrecht	16	10,9
Flevoland	1	0,7
Friesland	3	2,0
Groningen	2	1,4
Drenthe	4	2,7
Overijssel	18	12,2
Gelderland	18	12,2
Zeeland	2	1,4
Noord-Brabant	17	11,6
Limburg	9	6,1
Ik werk in meerdere praktijken in verschillende provincies	3	2,0
Totaal	147	100

Figuur 2. De provincies waar de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek vandaan komen.

Hoe lang ben je werkzaam als verloskundige?	n	%
0-5 jaar	28	18,7
5-10 jaar	19	12,7
10-20 jaar	60	40,0
20-30 jaar	32	21,3
Langer dan 30 jaar	11	7,3
Totaal	150	100

Figuur 3. De werkervaring van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek.

Bijna een op de drie respondenten (28,0%) heeft de opleiding tot verloskundige gevolgd in Rotterdam en een kwart van de respondenten (24,7%) heeft de opleiding tot verloskundige gevolgd in Amsterdam. De rest volgde de opleiding tot verloskundige in Maastricht (15,3%), in het buitenland (13,3%), in Groningen (11,3%) of op een andere plek (7,3%).

Gemiddeld hadden 413 vrouwen (SD = 321,5) zich in 2019 aangemeld voor intake bij de praktijken van de respondenten. De verloskundigen in de steekproef zien of bellen gemiddeld 24 vrouwen per week (SD = 12,1) voor een zwangerschapscontrole of intake. Verder gaf 69,4% van de verloskundigen aan dat hun praktijk een achterstandstarief ontvangt.

De meeste respondenten gebruiken het verloskundig informatiesysteem Onatal (36,5%), gevolgd door Orfeus (30,4%) en Vrumun (20,3%). Het overige deel van de respondenten gebruikte andere systemen (10,1%) of was werkzaam in meerdere praktijken met meerdere systemen (2,7%).

Van de ondervraagde verloskundigen gaf 80,5% van alle respondenten aan dat er in hun praktijk preconceptiezorg wordt aangeboden en 56,6% zei een certificaat voor preconceptiezorg te hebben.

ONDERZOEKSVRAAG 1

IN HOEVERRE SIGNALEREN EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN OP DIT MOMENT KWETSBARE ZWANGEREN?

Zoals beschreven in **3. Onderzoeksopzet**, hebben we het signaleren van kwetsbaarheid door eerstelijns verloskundigen op drie verschillende manieren in kaart gebracht: het gebruik van signaleringsinstrumenten, het vragen naar specifieke risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid en het vertonen van signaleergedrag. We beantwoorden Onderzoeksvraag 1 dan ook aan de hand van deze drie meetmethodes.

HET GEBRUIK VAN SIGNALERINGSINSTRUMENTEN

Signaleringsinstrumenten kennen

Om allereerst een idee te krijgen van de bekendheid van gevalideerde signaleringsinstrumenten, vroegen we aan respondenten of ze een van de volgende instrumenten kenden: de R4U, Mind2Care, ALPHA-NL of een ander instrument. De R4U genoot de meeste bekendheid: 65,3% van de respondenten kende de R4U. Verder kende 50,8% de Mind2Care en 20,2% de ALPHA-NL. 11,9% van de respondenten gaf aan geen enkel gevalideerd signaleringsinstrument voor niet-medische risicofactoren te kennen en 11,4% van de respondenten zei een signaleringsinstrument voor niet-medische risicofactoren te kennen dat er niet tussen stond.

Signaleringsinstrumenten gebruiken

In totaal gebruikt 62,2% van alle respondenten geen gevalideerd signaleringsinstrumenten voor niet-medische risicofactoren. 34,7% van de respondenten gebruikt 1 gevalideerd signaleringsinstrument hiervoor en 3,1% gebruikt 2 of meer signaleringsinstrumenten. Van de 126 respondenten die de R4U kenden, gaf 37,3% aan dat deze volgens hen niet beschikbaar was voor hun praktijk. Dat is opvallend, omdat de R4U gratis beschikbaar is voor iedereen, in tegenstelling tot de Mind2Care en ALPHA-NL. Van de 56 respondenten die zeiden dat geen van de genoemde gevalideerde instrumenten beschikbaar was voor hun praktijk, gaf 83,9% aan dat ze wel zouden overwegen er een te gebruiken als er een beschikbaar was. Respondenten die zeiden dat ze dit niet zouden overwegen, noemden als redenen dat ze tot nu toe slechte ervaringen met dergelijke instrumenten hebben qua gebruiksvriendelijkheid (bijvoorbeeld het moeten aanmaken van een account, veel niet-relevante vragen) en tijdsinvestering ten opzichte van de opbrengst. Ook zegt een aantal respondenten meer vertrouwen te hebben in “een goed gesprek” dan in een speciaal signaleringsinstrument.

Een deel van de respondenten (37,8%) gaf aan dat een van de genoemde instrumenten (R4U, Mind2Care of ALPHA-NL) wel beschikbaar was voor hun praktijk, maar dat ze die niet gebruikten. Redenen die ze hiervoor gaven, waren wederom slechte ervaringen met gebruiksvriendelijkheid en tijdsinvestering, meer vertrouwen hebben in het eigen inzicht tijdens een gesprek dan in een vragenlijst, het gebruik van een andere, eigen vragenlijst of omdat ouders aangeven een dergelijke vragenlijst intimiderend te vinden.

Hoe vaak gebruiken verloskundigen signaleringsinstrumenten?

R4U

In totaal zeiden 34 respondenten (17,6%) dat ze de R4U gebruiken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen. Van deze respondenten neemt 44,1% de R4U standaard af bij alle zwangeren, 29,4% bij de zwangeren waarvan ze denken dat het nodig is, 17,6% bij het merendeel van de zwangeren en 1,0% neemt de R4U zelden af bij zwangeren. Van de 19 respondenten die de R4U niet standaard afnemen bij alle zwangeren, is de meest genoemde reden dat ze de R4U niet altijd relevant vinden (10 respondenten).

Mind2Care

In totaal zeiden 36 respondenten (18,7%) dat ze de Mind2Care gebruiken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen. Van deze respondenten neemt 75,0% de Mind2Care standaard af bij alle zwangeren, 11,1% bij zwangeren waarvan ze denken dat het nodig is, 8,3% bij het merendeel van de zwangeren en 0,7% neemt de Mind2Care zelden af bij zwangeren. Van de 9 respondenten die de Mind2Care niet standaard afnemen bij alle zwangeren, is de meest genoemde reden dat ze de Mind2Care niet altijd relevant vinden (4 respondenten).

ALPHA-NL

In totaal zeiden 10 respondenten (5,2%) dat ze de ALPHA-NL gebruiken om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen. Drie respondenten nemen deze standaard af bij alle zwangeren, 4 respondenten alleen bij zwangeren waarvan

ze denken dat het nodig is en 3 respondenten nemen het af bij het merendeel van de zwangeren. Van de 7 respondenten die de ALPHA-NL niet standaard bij alle zwangeren afnemen, is de meest genoemde reden dat ze de ALPHA-NL niet altijd relevant vinden (4 respondenten).

Welke andere instrumenten worden gebruikt?

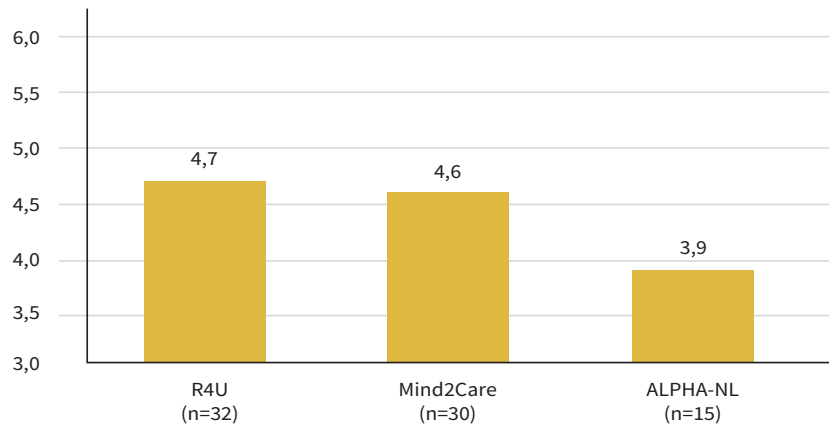
Naast de R4U, Mind2Care en ALPHA-NL gaven een aantal respondenten aan andere instrumenten te gebruiken om risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart te brengen. Zo noemen respondenten vragenlijsten die ze zelf maken: Whazz Up Mama, (het spinnenweb van) Positieve Gezondheid, SMK, regionale protocollen, Mammakids, pop-poli, vragenlijst Stevig Ouderschap, vragenlijst Kansrijke Start, EPDS, ICHOM, Born in Brussels en GIZ.

Hoe fijn vinden verloskundigen de signaleringsinstrumenten?

Respondenten kozen één signaleringsinstrument dat ze gebruiken en waar ze vervolgens vragen over konden beantwoorden met betrekking tot het gebruiksgemak en andere hierna genoemde aspecten. Het gebruiksgemak werd gemeten door respondenten te vragen hoe makkelijk of moeilijk ze het vinden om het signaleringsinstrument te gebruiken. De schaal liep van 1 'erg moeilijk', 2 'moeilijk', 3 'een beetje moeilijk', 4 'best makkelijk', 5 'makkelijk' tot 6 'erg makkelijk'. Zoals in de grafiek hieronder te zien is, werd het gebruiksgemak van de R4U het hoogst beoordeeld ($M = 4,7$, $SD = 1,2$). De Mind2Care werd bijna even hoog beoordeeld ($M = 4,6$, $SD = 1,4$), gevolgd door de ALPHA-NL ($M = 3,9$, $SD = 0,9$).

EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN

Gebruiksgemak van drie gevalideerde signaleringsinstrumenten

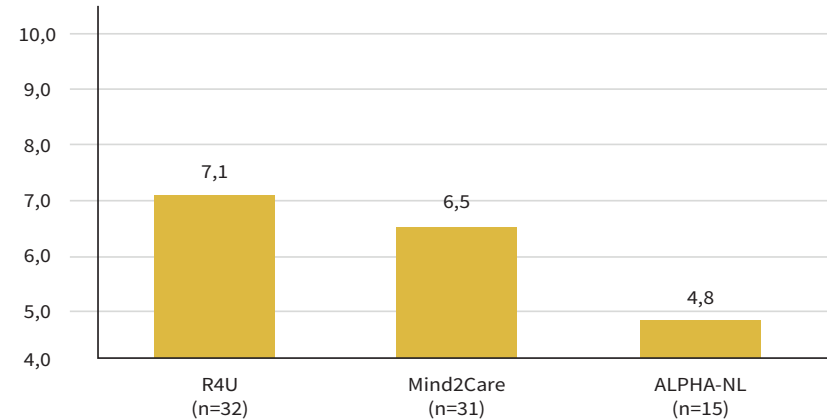


Figuur 4: Het gebruiksgemak van de R4U, Mind2Care en ALPHA-NL volgens gebruikers in dit onderzoek. Antwoorden werden gegeven op een schaal van 1 (erg moeilijk) tot 6 (erg makkelijk).

Daarnaast vroegen we ook aan respondenten hoe groot de kans was dat ze het signaleringsinstrument aan zouden raden aan andere eerstelijns verloskundigen op een schaal van 0 (zeker niet) tot 10 (zeker wel), waarbij 5 als neutraal antwoord werd gepresenteerd. Deze zogeheten Net Promoter Score is in de grafiek hiernaast te zien. Ook hier scoorde de R4U gemiddeld het hoogst ($M = 7,1$, $SD = 2,0$), gevolgd door Mind2Care ($M = 6,5$, $SD = 2,3$) en ALPHA-NL ($M = 4,8$, $SD = 1,9$).

EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN

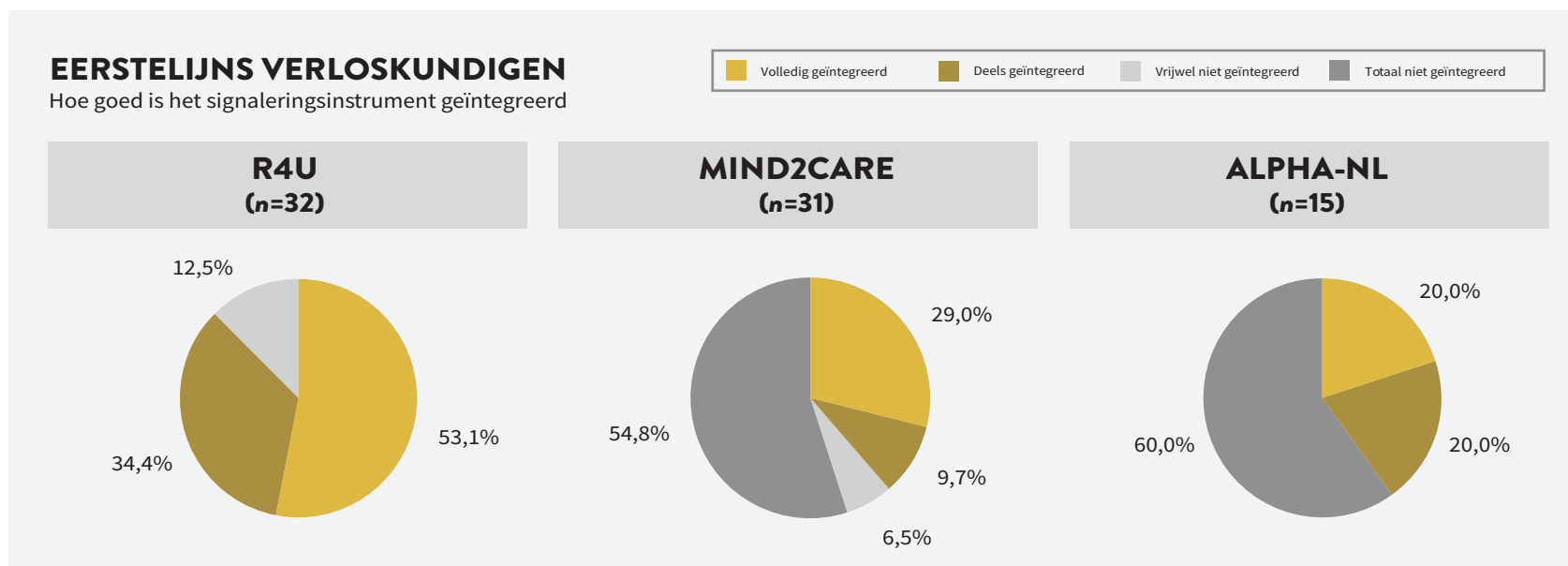
Net Promoter Score (NPS) van drie gevalideerde signaleringsinstrumenten



Figuur 4: De Net Promoter Score (NPS) van de R4U, Mind2Care en ALPHA-NL, die aangeeft in hoeverre gebruikers het instrument zouden aanbevelen aan hun collega's. Antwoorden werden gegeven op een schaal van 0 (zeker niet) tot 10 (zeker wel).

Tot slot vroegen we aan respondenten hoe goed het instrument geïntegreerd was in het systeem. De schaal waarop respondenten antwoordden bestond uit 'totaal niet geïntegreerd' (je moet een ander systeem of webpagina gebruiken om het instrument te gebruiken), 'vrijwel niet geïntegreerd' (er staat bijv. alleen een link naar het instrument in het systeem), 'deels geïntegreerd' (een deel van het instrument is geïntegreerd, maar een deel niet, bijv. de interpretatie van de score) en 'volledig geïntegreerd' (het instrument is volledig geïntegreerd in het systeem).

De diagrammen hieronder schetst het meest positieve beeld van de R4U; een meerderheid van de gebruikers (53,1%) geeft hiervan aan dat het volledig geïntegreerd zit in het systeem. Bij de Mind2Care is dit beeld meer verdeeld; het merendeel van de gebruikers zegt dat het totaal niet geïntegreerd is (54,8%), terwijl een ander deel juist zegt dat het volledig is geïntegreerd in hun systeem (29,0%)⁶. Bij de ALPHA-NL zegt het merendeel dat het totaal niet is geïntegreerd in het systeem (60,0%).



Figuur 6. Hoe goed de verschillende signaleringsinstrumenten volgens de gebruikers ervan geïntegreerd zitten in hun verloskundig informatiesysteem.

6. Navraag bij Mind2Care leert dat deze inderdaad niet in een verloskundig informatiesysteem is geïntegreerd. In plaats daarvan is het in een apart systeem geïntegreerd waar de cliënt die de vragenlijst invult ook gebruik van kan maken. Wel wordt er momenteel gewerkt aan het integreren van Mind2Care in toekomstige informatiesystemen.

	R4U (n = 32)		Mind2Care (n = 30)		ALPHA-NL (n = 15)	
	n	%	n	%	n	%
Geen idee wat ik moet doen, dus ik doe er niets mee	2	6,3	0	0,0	1	6,7
Geen idee wat ik moet doen, dus ik maak mijn eigen afweging of ik actie onderneem	1	3,1	1	3,3	0	0,0
Ik denk dat ik het weet, maar ik heb behoefte aan meer duidelijkheid	15	46,9	9	30,3	7	46,7
Ik weet precies wat ik moet doen	14	43,8	20	66,7	7	46,7

Figuur 7. Hoe duidelijk het is voor gebruikers wat ze moeten doen met de uitslag van de verschillende signaleringsinstrumenten.

VRAGEN NAAR RISICOFACTOREN EN BESCHERMENDE FACTOREN

We gaven respondenten een lijst met 19 risicofactoren en beschermende factoren waarvan uit de wetenschappelijke literatuur bekend is dat ze invloed hebben op de kwetsbaarheid en draagkracht van aanstaande ouders. Dit kunnen zowel sociale factoren zijn als bijvoorbeeld factoren die met inkomen of leefstijl te maken hebben. Respondenten gaven vervolgens aan over welke van die factoren ze vragen stellen aan zwangeren als onderdeel van de intake, ofwel in een vragenlijst die de zwangere zelf invult ofwel in een intakegesprek. Hierbij konden ze kiezen uit 'ja' of 'nee'. Respondenten werden gevraagd om, als ze niet altijd naar een bepaalde factor vroegen, 'nee' te kiezen. Een compleet overzicht van de risicofactoren en de antwoorden die hierop werden gegeven, is te vinden in Bijlage A.

Voor het verder analyseren van deze gegevens (zoals voor Onderzoeksvraag 2), berekenden we ook een totaalscore van de 19 risicofactoren en beschermende factoren. De totaalscore is het percentage van de opgenoemde risicofactoren en beschermende factoren waar een respondent naar vraagt. Dat wil zeggen dat een totaalscore van 100 betekent dat een respondent aangaf altijd vragen te stellen aan alle zwangeren over alle 19 factoren die werden opgenoemd als onderdeel van de intake. Een totaalscore van 0 betekent dat de respondent nooit naar een van de opgenoemde factoren vraagt als onderdeel van de intake van zwangeren. De gemiddelde totaalscore van eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek was 75,7% (SD = 15,9).

Naar welke factoren vragen eerstelijns verloskundigen het meest en minst?

In Bijlage A is te zien hoeveel procent van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek vraagt naar bepaalde risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid als onderdeel van de intake van zwangeren. Alle respondenten (N = 174) vragen zwangeren standaard naar alcohol- en drugsgebruik als onderdeel van de intake. Andere veelgevraagde factoren zijn werkloosheid van de zwangere (99,4%) of partner (98,3%), of de zwangere rookt (99,4%), de gezinssamenstelling (98,9%), huiselijk geweld (94,8%), etniciteit van de zwangere (94,3%) en of de zwangerschap gewenst is (93,1%). Het minst wordt gevraagd naar relatieproblemen (40,8%), moeilijk aflosbare schulden (43,1%) en inkomen (44,3%).

Waarom vragen eerstelijns verloskundigen niet standaard naar bepaalde factoren?

Respondenten die aangaven dat ze niet standaard naar een bepaalde risicofactor of beschermende factor vroegen, werd gevraagd waarom ze dit niet deden. Ze werden gevraagd om de belangrijkste reden te kiezen uit een aantal opties en ze hadden de mogelijkheid om eventueel zelf een andere reden te beschrijven. In de onderstaande diagrammen (Figuur 8) staat een overzicht van de drie factoren waar de minste respondenten standaard naar vragen en de genoemde redenen hiervoor.

SIGNALEERGEDRAG

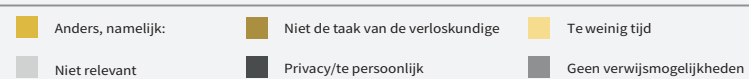
De respondenten gaven aan in hoeverre bepaalde gedragingen de afgelopen maand op hun werkwijze van toepassingen waren geweest. Deze gedragingen hebben allemaal te maken met het signaleren van kwetsbaarheid. Een voorbeeld van een gedraging waarnaar we vroegen, is “Als een zwangere tijdens een afspraak iets noemt wat mogelijk kan wijzen op kwetsbaarheid, vraag ik verder door”. Voor een volledig overzicht van de signaleergedragingen, zie Bijlage B.

De antwoorden van respondenten werden omgerekend naar een totaalscore op het construct signaleergedrag (zie voor uitleg **3. Onderzoeksopzet**). Hoe hoger de score op signaleergedrag, hoe meer de respondent aangeeft gedragingen te vertonen die horen bij het signaleren van kwetsbaarheid bij zwangeren.

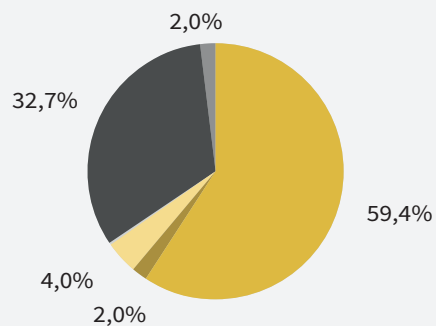
Gemiddeld scoorden eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (N = 198) een 49,1 op signaleergedrag (SD = 5,8). Deze score kan echter niet los worden geïnterpreteerd, maar moet bij het beantwoorden van Onderzoeksvraag 2 worden gerelateerd aan de rest van de data uit de vragenlijst om er betekenis aan te kunnen geven.

EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN

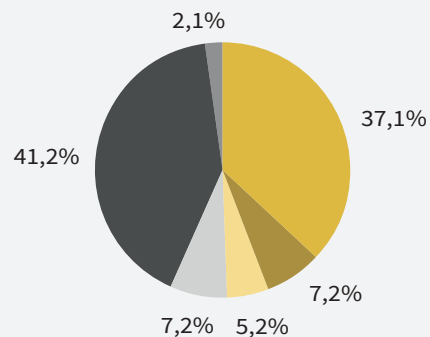
Waarom vraag je hier niet standaard naar bij de intake van zwangeren?



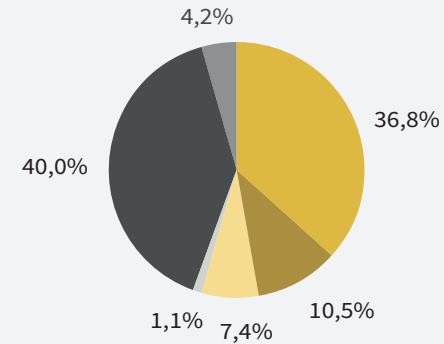
RELATIEPROBLEMEN



MOEILIJK AFLOSBAAR SCHULDEN



INKOMEN



Figuur 8. Redenen die worden gegeven door respondenten waarom ze niet standaard bij de intake van zwangeren vragen naar de drie minst uitgevraagde niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 1

Gebruik van signaleringsinstrumenten

- In totaal gebruikt 62,2% van de 193 eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek geen gevalideerd signaleringsinstrument voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid.
- Van de respondenten die wel een gevalideerd signaleringsinstrument gebruiken, zeiden de meesten dat ze Mind2Care gebruiken (49,3%), gevolgd door R4U (46,6%) en ALPHA-NL (13,7%).
- R4U wordt als signaleringsinstrument voor kwetsbaarheid relatief gezien het positiefst beoordeeld door eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek als het gaat om hoe goed het is geïntegreerd in het systeem, hoe makkelijk het is om te gebruiken en hoezeer respondenten het zouden aanbevelen aan collega's. De Mind2Care scoort op deze aspecten meestal bijna even hoog, al is het gebruikers van de Mind2Care wel iets duidelijker wat er moet worden gedaan met de uitslag van het instrument dan voor gebruikers van de R4U.

Vragen naar risicofactoren van kwetsbaarheid

- Van de niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid die we opnoemden in de vragenlijst, waren er drie risicofactoren waar de minste eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek standaard naar vragen als onderdeel van de intake van zwangeren: relatieproblemen bij de aanstaande ouders (40,8%), het inkomen (44,3%) en moeilijk aflosbare schulden (43,1%).
- Per risicofactor lopen de precieze redenen uiteen die respondenten geven voor het niet-standaard ernaar vragen. Enkele veelgenoemde redenen zijn dat het onderwerp als te persoonlijk of privacygevoelig wordt gezien of dat men het niet als de taak van de verloskundige ziet.

ONDERZOEKSVRAAG 2

WELKE DRIJFVEREN OF WEERSTANDEN HANGEN SAMEN MET SIGNALEREN DOOR EERSTELIJNS VERLOSKUNDIGEN?

1. KENNIS

Signaleren verloskundigen die meer zelfgerapporteerde kennis hebben meer?

Ja, deels. Een volledig overzicht van de risicofactoren van kwetsbaarheid en de zelfgerapporteerde kennis hierover van eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek is te vinden in Bijlage C. Een multiële regressieanalyse toont aan dat er een significant verband is tussen de totaalscore van zelfgerapporteerde kennis over risicofactoren van respondenten en het vragen naar risicofactoren als onderdeel van de intake van zwangeren ($p = .048$, $r_{\text{partial}} = .247$). Volgens een tweede multiële regressieanalyse is er geen significant verband tussen de totaalscore van zelfgerapporteerde kennis over risicofactoren en signaleergedrag van de eerstelijns verloskundige ($p = .759$).

Dit impliceert dat als eerstelijns verloskundigen meer weten over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, ze ook meer van deze risicofactoren standaard uitvragen bij de intake van nieuwe cliënten.

2. OPLEIDING

Hangt signaleren af van waar een eerstelijns verloskundige is opgeleid?

Ja, deels. Uit een multivariate variantieanalyse blijkt dat er een marginaal significant verschil is tussen de verschillende opleidingsplaatsen in het signaleren van kwetsbaarheid door de respondenten ($p = .072$). Verdere univariate variantieanalyses laten zien dat dit verschil tussen opleidingsplaatsen alleen significant is wat betreft het vragen naar risicofactoren ($p = .041$, $\eta_p^2 = .077$), en niet voor signaleergedrag ($p = .215$). Uit Tukey's post hoc tests blijkt dat er alleen een significant verschil in het vragen naar risicofactoren is tussen de laagst scorende opleidingsplaats en de hoogst scorende opleidingsplaats ($p = .037$).

Dit wil zeggen dat signaleergedrag niet afhangt van de plek waar een eerstelijns verloskundige is opgeleid. Er lijkt echter wel een verschil te zijn tussen eerstelijns verloskundigen van verschillende opleidingsplaatsen als het gaat om de hoeveelheid risicofactoren van kwetsbaarheid die worden uitgevraagd als onderdeel van de intake van een zwangere. Eerstelijns verloskundigen van de laagst scorende opleidingsplaats vragen naar significant minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid ($M = 62,1\%$, $S.E. = 3,7$) dan eerstelijns verloskundigen van de hoogst scorende opleidingsplaats ($M = 75,2\%$, $S.E. = 2,3$).

Deze verschillen zijn opvallend, omdat het curriculum van alle opleidingen tot verloskundige in Nederland is gebaseerd op hetzelfde beroepsprofiel⁷. Verder onderzoek is nodig om de oorzaak van deze verschillen te achterhalen.

Signaleren verloskundigen wiens opleiding meer aandacht besteedde aan kwetsbaarheid meer?

Nee. Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat er geen significante samenhang is tussen hoezeer er volgens eerstelijns verloskundigen aandacht werd besteed aan kwetsbaarheid binnen hun opleiding en hun signaleergedrag ($p = .207$) of het vragen naar risicofactoren ($p = .116$).

Dit wil niet zeggen dat opleidingen geen aandacht hoeven te besteden aan het signaleren van kwetsbaarheid. Maar liefst 76% van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek vindt dat er onvoldoende of zelfs totaal geen aandacht aan kwetsbaarheid is besteed binnen hun opleiding. Dit onderzoeksresultaat kan daarom ook betekenen dat verloskundigen die zich meer bezighouden met signaleren, zich meer bewust zijn van hoeveel er te leren is over signaleren en daarom - terugblikkend op hun opleiding - vinden dat de aandacht hiervoor onvoldoende was. Er is dus voorzichtigheid geboden met het interpreteren van dit onderzoeksresultaat.

3. WERKERVARING

Signaleren verloskundigen die meer werkervaring hebben meer?

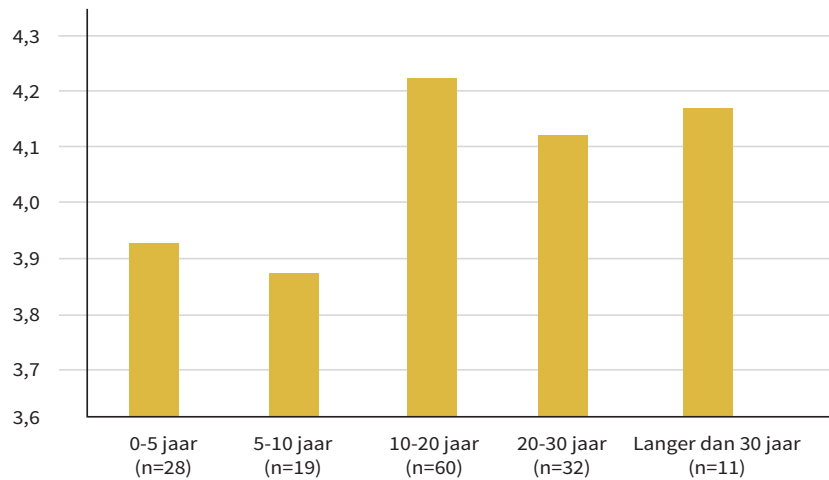
Ja, deels. Uit een multivariate variantieanalyse blijkt dat er een significant verschil is tussen eerstelijns verloskundigen met meer en minder werkervaring in hun signaleergedrag en het vragen naar risicofactoren ($p = .038$). Verdere univariate variantieanalyses tonen aan dat het signaleergedrag vooral verschillend is tussen respondenten die korter of langer werkzaam zijn als verloskundige ($p = .022$, $\eta_p^2 = .076$). Het aantal risicofactoren van kwetsbaarheid waar verloskundigen naar vragen verschilt slechts marginaal significant tussen de verschillende hoeveelheden werkervaring ($p = .092$).

Figuur 9 schetst een beeld van de relatie tussen werkervaring en signaleergedrag. De gemiddelde scores op de verschillende signaleergedrag-items zijn het laagst onder eerstelijns verloskundigen die korter dan 5 jaar ($M = 3,9$, $SD = 0,5$) of tussen de 5 en 10 jaar ($M = 3,9$, $SD = 0,4$) werkervaring hebben. Vanaf 10 jaar werkervaring is er echter een duidelijke omslag te zien naar meer signaleergedrag.

7. Koninklijke Organisatie van Verloskundigen (2014). Opleidingen tot verloskundige, <https://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/495-1/opleidingen/hoofdstuk/571/verloskundige>

EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN

Signaleergedrag en werkervaring



Figuur 9. De gemiddelde score op de 12 signaleergedrag-items bij eerstelijns verloskundigen met meer of minder werkervaring. De schaal voor signaleergedrag-items liep van 1 (nooit) tot 5 (altijd), waarbij de score 3 op een item aangaf dat ze dat signaleergedrag de helft van de tijd vertoonden.

Eerstelijns verloskundigen die tussen de 10 en 20 jaar werkervaring hebben, scoren het hoogst op signaleergedrag ($M = 4,22$, $SD = 0,5$). Volgens Tukey's post hoc tests is de gestandaardiseerde totaalscore op signaleergedrag van deze groep marginaal significant hoger dan verloskundigen met 0 tot 5 jaar werkervaring ($p = .055$), significant hoger dan verloskundigen met 5 tot 10 jaar werkervaring ($p =$

$.042$), maar niet significant hoger dan verloskundigen met 20-30 jaar werkervaring ($p = .862$, $M = 4,1$, $SD = 0,5$) of meer dan 30 jaar werkervaring ($p = .995$, $M = 4,2$, $SD = 0,3$).

Al met al wil dit zeggen dat eerstelijns verloskundigen met minder dan 10 jaar werkervaring zich minder met signaleergedrag bezighouden dan eerstelijns verloskundigen met meer dan 10 jaar werkervaring. Rondom 10 jaar werkervaring lijkt er een omslagpunt te zijn naar meer signaleergedrag.

4. GEBRUIK VAN EEN SIGNALERINGSINSTRUMENT

Signaleren verloskundigen die een signaleringsinstrument gebruiken meer?

Ja, deels. Een multivariate variantieanalyse toont aan dat er een significant verband is tussen het gebruiken van een gevalideerd signaleringsinstrument en het signaleren van kwetsbaarheid ($p = .001$, $\eta_p^2 = .097$). Uit verdere univariate variantieanalyse blijkt dat dit vooral geldt voor het vragen naar risicofactoren ($p < .001$, $\eta_p^2 = .087$), en niet voor signaleergedrag ($p = .831$). Oftewel, als een eerstelijns verloskundige ten minste één gevalideerd signaleringsinstrument gebruikt, is het aantal niet-medische risicofactoren die een verloskundige standaard in kaart brengt als onderdeel van de intake groter. Dit is aannemelijk, omdat de gevalideerde signaleringsinstrumenten in dit onderzoek (R4U, Mind2Care en ALPHA-NL) inderdaad dergelijke veel van deze niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart brengen.

5. GEBRUIKSGEMAK VAN SIGNALERINGSINSTRUMENT

Signaleren verloskundigen die een signaleringsinstrument makkelijk te gebruiken vinden meer?

Nee. Uit twee multiële regressieanalyses blijkt dat gebruiksgemak van een signaleringsinstrument niet significant samenhangt met vragen naar meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid ($p = .283$), en slechts marginaal significant samenhangt met signaleergedrag ($p = .063$, $r_{\text{partial}} = -.233$).

Wat wellicht verrassend is, is dat deze laatstgenoemde marginaal significante samenhang de tegenovergestelde kant op lijkt te wijzen. Met andere woorden, het lijkt erop dat respondenten die minder tevreden zijn over het gebruiksgemak van signaleringsinstrument meer signaleergedragingen vertonen, mogelijk ter compensatie. Omdat het hier echter om een marginaal significante samenhang gaat, is er verder onderzoek nodig om hier met meer zekerheid iets over te zeggen.

6. RISICOPERCEPTIE

Signaleren verloskundigen die denken dat een groot deel van hun cliënten kwetsbaar IS meer?

Nee, integendeel. Gemiddeld genomen denken de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek dat bij 20,7% (SD = 12,1) van de

zwangeren die ze in hun praktijk zien sprake is van verhoogde kwetsbaarheid. Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat dit geschatte percentage kwetsbare cliënten significant samenhangt met het vragen naar niet-medische risicofactoren ($p = .028$, $r_{\text{partial}} = -.273$), en dan wel negatief. Het geschatte percentage kwetsbare cliënten hangt echter niet significant samen met signaleergedrag ($p = .530$).

Dit suggereert dat eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek die schatten dat veel van hun cliënten kwetsbaar zijn, verrassend genoeg minder niet-medische risicofactoren in kaart lijken te brengen als onderdeel van de intake van zwangeren.

7. VERANDERURGENTIE

Signaleren verloskundigen die minder urgentie voelen om te veranderen minder?

Nee. Een merendeel van de respondenten (70,5%) vindt dat er voldoende of ruim voldoende aandacht is onder eerstelijns verloskundigen-collega's voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid bij aanstaande ouders. Dit lijkt aan te geven dat de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek over het algemeen weinig urgentie voelen. Tegelijkertijd zegt maar liefst 80,9% dat de aanpak voor het signaleren van niet-medische risicofactoren kan worden verbeterd in de praktijk waar ze werken. Hoewel er dus misschien weinig urgentie wordt gevoeld, zien respondenten wel dat er ruimte is voor verbetering.

Als je kijkt naar het verband tussen die urgentie en kwetsbaarheid signaleren, dan blijkt uit twee multiële regressieanalyses dat er geen significante samenhang is tussen vinden dat er genoeg aandacht onder collega's is voor kwetsbaarheid en het vragen naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid ($p = .238$) of signaleergedrag ($p = .420$).

Er is ook geen verband tussen kwetsbaarheid signaleren en vinden dat de aanpak van niet-medische risicofactoren in hun praktijk kan worden verbeterd, blijkt uit een multivariate variantieanalyse ($p = .462$). Oftewel, als het gaat om de aanpak van niet-medische risicofactoren in de eigen praktijk, vinden eerstelijns verloskundigen die meer bezig zijn met kwetsbaarheid signaleren niet vaker of minder vaak dat er iets kan worden verbeterd dan verloskundigen die zich minder bezighouden met kwetsbaarheid signaleren. Dit kan komen doordat het percentage eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek dat zegt dat de aanpak in de eigen praktijk kan worden verbeterd, al erg hoog is (80,9%).

8. ZELFOVERSCHATTING

Signaleren verloskundigen die denken dat ze kwetsbaarheid weinig over het hoofd zien minder?

Nee. Gemiddeld genomen denken eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek dat ze kwetsbaarheid over het hoofd zien bij 14%

van de kwetsbare zwangeren. Uit twee multiële regressieanalyses blijkt dat dit percentage niet significant samenhangt met standaard vragen naar meer risicofactoren van kwetsbaarheid ($p = .475$), of met signaleergedrag ($p = .097$).

9. TIJD VOOR EEN CONSULT

Signaleren verloskundigen die meer tijd voor een consult hebben meer?

Ja. Uit een multiële regressieanalyse blijkt dat er een significante samenhang is tussen hoeveel minuten een eerstelijns verloskundige heeft voor een intakeconsult en hoeveel niet-medische risicofactoren diegene in kaart brengt als onderdeel van die intake ($p = .036$, $r_{\text{partial}} = .261$). Ook blijkt uit een tweede multiële regressieanalyse dat er een significant verband is tussen hoeveel minuten eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek hebben voor een standaard zwangerschapscontrole en hoeveel signaleergedrag ze vertonen ($p = .039$, $r_{\text{partial}} = .259$).

Dit wil zeggen dat hoe meer tijd eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek hebben voor een standaard zwangerschapscontrole, des te meer gedragingen ze vertonen die onderdeel uitmaken van het signaleren van kwetsbaarheid. Hoe korter het intakeconsult daarnaast is, hoe minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid eerstelijns verloskundigen lijken te vragen.

10. VERWIJSMOGELIJKHEDEN

Signaleren verloskundigen die goed weten wat de verwijsmogelijkheden zijn meer?

Nee. Van de 17 niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid die we in de vragenlijst noemden, wisten eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek gemiddeld van 70% waar ze cliënten met die risicofactor naar door kunnen verwijzen. In Bijlage D is een compleet overzicht te zien van de niet-medische risicofactoren waar we naar vroegen en hoeveel respondenten wisten waar ze naar konden doorverwijzen voor die risicofactoren.

Uit twee multi-pele regressieanalyses blijkt dat dit percentage van bekende verwijsmogelijkheden niet significant samenhangt met het vragen naar risicofactoren ($p = .312$) of met signaleergedrag ($p = .611$).

11. SELF-EFFICACY OM GEVOELIGE ONDERWERPEN TE BESPREKEN

Signaleren verloskundigen die zich vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen meer?

Ja, deels. Uit een multi-pele regressieanalyse blijkt dat er geen samenhang is tussen self-efficacy om gevoelige onderwerpen te bespreken en het vragen naar risicofactoren ($p = .124$). Er is echter wel samenhang tussen self-efficacy om gevoelige onderwerpen te bespreken en signaleergedrag ($p = .003$, $r_{\text{partial}} = .366$).

Dit wil zeggen dat eerstelijns verloskundigen die zich vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen met cliënten, meer gedragingen lijken te vertonen die onderdeel uitmaken van het signaleren van kwetsbaarheid, zoals het doorvragen op antwoorden van cliënten en het met hen bespreken van signalen van kwetsbaarheid.

12. AANDACHT VOOR SOCIALE ASPECTEN

Signaleren verloskundigen die zich graag bezighouden met de sociale aspecten van hun werk meer?

Nee. Het valt allereerst op dat de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek over het algemeen vrij hoog scoren hierop ($M = 4,98$, $SD = 0,59$). Het sociale aspect van hun werk is duidelijk belangrijk voor veel eerstelijns verloskundigen.

Uit twee multi-pele regressieanalyses blijkt dat signaleergedrag slechts marginaal significant samenhangt met zich graag bezighouden met het sociale aspect van het werk ($p = .09$). Daarnaast hangt zich graag bezighouden met de sociale aspecten van het werk niet significant samen met vragen naar meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid bij de intake ($p = .761$).

13. ONDERBUIKGEVOEL

Signaleren verloskundigen die op hun onderbuikgevoel vertrouwen meer?

Nee. Twee multi-pele regressieanalyses laten zien dat meer vertrouwen op onderbuikgevoel niet samenhangt met vragen naar meer niet-medische risicofactoren ($p = .344$) of meer signaleergedrag ($p = .163$). Oftewel, eerstelijns verloskundigen die durven te vertrouwen op hun onderbuikgevoel als het gaat om kwetsbaarheid signaleren, lijken zich niet meer of minder bezig te houden met het signaleren van kwetsbaarheid.

14. AANTAL KWETSBARE CLIËNTEN IN HET WERKGEBIED

Signaleren verloskundigen die meer kwetsbare cliënten in hun werkgebied hebben meer?

Nee. Een multivariate variantieanalyse toont aan dat als de praktijk van een respondent een achterstandstarief ontvangt, de respondent zich niet significant meer of minder bezighoudt met het signaleren van kwetsbaarheid ($p = .912$).

Dit impliceert dat eerstelijns verloskundigen die in hun werkgebied meer te maken hebben met cliënten uit achterstandswijken, zich niet meer of minder bezig lijken te houden met het in kaart brengen van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid of bepaalde signaleergedragingen. Dit kan mogelijk worden verklaard doordat kwetsbaarheid signaleren iets is dat in principe bij elke zwangere moet gebeuren om te kunnen bepalen of er sprake is van kwetsbaarheid of niet, ongeacht uit welke wijk diegene komt. Bovendien blijkt dat de kans dat een verloskundige minimaal één gevalideerd signaleringsinstrument gebruikt wel significant groter wanneer de praktijk een achterstandstarief ontvangt ($\chi^2 = .019$). Van de eerstelijns verloskundigen die aangeven dat hun praktijk een achterstandstarief ontvangt, gebruikt 44,1% een signaleringsinstrument, tegenover 22,9% bij eerstelijns verloskundigen waarvan de praktijken geen achterstandstarief ontvangen.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 2

- De drijfveren en weerstanden die een rol spelen bij het signaleren van kwetsbaarheid door eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek, hangen af van hoe je het signaleren van kwetsbaarheid definieert.
- Als je signaleren definieert als het standaard vragen naar zoveel mogelijk niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid als onderdeel van de intake, spelen er andere factoren dan wanneer je signaleren definieert aan de hand van een verzameling gedragingen (signaleergedrag), zoals het doorvragen op antwoorden van cliënten of het bespreken van signalen van kwetsbaarheid met cliënten.

Vragen naar risicofactoren van kwetsbaarheid

- Hoe meer tijd eerstelijns verloskundigen hebben voor een intakeconsult, des te groter het aantal niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid dat ze in kaart brengen bij de intake
- Hoe meer kennis eerstelijns verloskundigen hebben over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, des te meer ze vragen naar deze risicofactoren
- Eerstelijns verloskundigen die een gevalideerd signaleringsinstrument gebruiken (de R4U, Mind2Care of ALPHA-NL gebruiken,) vragen standaard naar meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid als onderdeel van de intake van zwangeren dan eerstelijns verloskundigen die dat niet doen.

- Eerstelijns verloskundigen die werken bij een praktijk die een achterstandstarief ontvangt, zijn eerder geneigd om een gevalideerd signaleringsinstrument te gebruiken. Waar dit door komt, heeft verder onderzoek.

Signaleergedrag

- Hoe meer tijd eerstelijns verloskundigen hebben voor een standaard consult, des te meer signaleergedrag ze vertonen.
- Hoe meer werkervaring eerstelijns verloskundigen hebben, des te meer signaleergedrag ze vertonen.
- Hoe vaardiger eerstelijns verloskundigen zich voelen (self-efficacy) in het bespreken van gevoelige onderwerpen, des te meer signaleergedrag ze vertonen.

ONDERZOEKSVRAAG 3

WELKE AANKNOPINGSPUNTEN ZIJN ER VERDER BIJ EERSTELIJNS VERLOSKUNDIGEN OM KWETSBARE ZWANGEREN BETER TE SIGNALEREN?

INTAKE

Intakevragenlijst

De intake bij een verloskundige biedt een belangrijke kans om van een zo groot mogelijk deel van de zwangeren een zo compleet mogelijk plaatje te schetsen van de risicofactoren en beschermende factoren die bij hen al dan niet een rol spelen of een kwetsbare situatie voor de zwangere creëren. Als iedere zwangere voorafgaand aan de intake een standaard vragenlijst over risicofactoren en beschermende factoren zou invullen, hebben verloskundigen direct een eerste indicatie van de kwetsbaarheid van hun situatie en bespaart dit tijd tijdens het intakeconsult.

Bovendien is de kans kleiner dat cliënten sociaal wenselijke antwoorden geven op vragen die over gevoelige onderwerpen gaan als ze die beantwoorden via een vragenlijst. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt namelijk dat mensen eerder geneigd zijn om hun antwoorden op te poetsen als de vraag wordt gesteld via een interviewer dan via een vragenlijst⁸. Hoe sterk deze drang is om sociaal wenselijk te antwoorden op een vraag van een interviewer, is bovendien sterk afhankelijk van de manier waarop de vraag wordt gesteld en van eigenschappen van de interviewer zelf².

Daarom zou het goed zijn om, naast het intakeconsult, ook een standaard vragenlijst af te nemen die nieuwe cliënten zelf van tevoren invullen. In het intakeconsult kan dan eventueel worden doorgevraagd op antwoorden die op de vragenlijst zijn gegeven. Zo worden de voordelen van vragenlijsten, als middel om te signaleren, optimaal gecombineerd met de voordelen van gesprekstechnieken als middel om te signaleren.

De helft van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (N = 135) gebruikt een vragenlijst die nieuwe cliënten zelf voorafgaand aan de intake invullen (50,5%) en de helft gebruikt dit niet (49,5%). Veelgenoemde redenen voor het gebruiken van een intake-vragenlijst zijn de structuur die het biedt (bijvoorbeeld: iedereen krijgt dezelfde vragen), de goede voorbereiding op het persoonlijke gesprek (voor zowel de professional als de zwangere zelf), de tijd die het zwangeren geeft om eventueel over antwoorden na te denken, de tijdsbesparing tijdens het persoonlijke gesprek en de “zwart-op-wit”-documentatie van de gestelde vragen en antwoorden.

Respondenten die aangeven geen gebruik te maken van een intake-vragenlijst zeggen dit niet te doen omdat zij een vragenlijst onpersoonlijk vinden en ze liever (persoonlijk) uitleggen waarom een vraag gesteld wordt. Mogelijke redenen hiervoor zijn dat ze bij het stellen van deze vragen in een persoonlijk gesprek zo ook de non-verbale reactie van een zwangere (en haar partner) kunnen zien, de populatie van de praktijk moeite heeft met vragenlijsten of omdat ze nog nooit hebben nagedacht over een intake voorafgaand aan een kennismaking.

8. Krumpal, I. (2011). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47, 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>

Intakeconsult

Om de kwetsbaarheid van een zwangere bij de intake goed in kaart te kunnen brengen, moet een verloskundige wel voldoende tijd hebben bij het consult. Daarom vroegen we respondenten naar de tijd die beschikbaar is voor een intakeconsult.

Eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek gaven aan dat er gemiddeld genomen 50,7 minuten staan voor het intakeconsult (SD = 13,8). Driekwart van de respondenten vindt de tijd die beschikbaar is voor een intakeconsult precies goed (74,3%) en een kwart vindt de tijd te kort (24,3%). Het is dan ook geen verrassing dat driekwart van de respondenten (74,8%) zegt dat een intakeconsult bij hen slechts minder dan de helft van de tijd uitloopt. De overige respondenten zeggen dat een intakeconsult bij hen de helft van de tijd (10,2%), meer dan de helft van de tijd (7,5%), nooit (6,1%) of altijd (1,4%) uitloopt. Oftewel, de tijd die beschikbaar is voor een intakeconsult lijkt voor de meeste eerstelijns verloskundigen voldoende.

Hier moeten we wel bij vermelden dat uit de resultaten van Onderzoeksvraag 2 bleek dat hoe korter een intakeconsult duurt, des te minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart worden gebracht bij de intake. Dit kan erop wijzen dat hoewel het veel eerstelijns verloskundigen lukt om intakeconsulten niet uit te laten lopen, dit mogelijk ten koste gaat van het signaleren van kwetsbaarheid.

BESCHIKBARE INTERVENTIES

Op de vraag voor welke groep zwangeren de verloskundigen nog ondersteunende programma's missen, werd een groot scala aan antwoorden gegeven. Vaak genoemd zijn zwangeren met een taalbarrière (vanwege laaggeletterdheid of een allochtone achtergrond), allochtone zwangeren en zwangeren met financiële problemen. Ook zwangeren met huisvestingsproblematiek, hoogopgeleide zwangeren, (bewust) alleenstaande zwangeren, zwangeren met een beperking, zwangeren zonder (goed) netwerk en zwangeren die net niet voldoen aan de voorwaarden van VoorZorg (bijvoorbeeld door leeftijd) worden genoemd, maar wel minder vaak.

PRENATAAL HUISBEZOEK

Vanaf 2021 worden gemeentes hoogstwaarschijnlijk wettelijk verplicht om prenatale huisbezoeken door jeugdverpleegkundigen aan te bieden via geboortezorgprofessionals aan kwetsbare zwangeren⁹. Dit wordt een kansrijk aanknopingspunt om kwetsbare gezinnen al vroeg in beeld te krijgen. Op het moment van dit onderzoek (2020) zijn gemeentes nog niet verplicht om prenatale huisbezoeken aan te bieden. Om deze reden vroegen we aan eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek wat hun ervaring hiermee tot nu toe is.

9. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2020). Wetsvoorstel 'Prenataal huisbezoek door de JGZ' ingediend bij de Tweede Kamer. <https://www.ncj.nl/actueel/nieuws/artikel/wetsvoorstel-prenataal-huisbezoek-door-de-jgz-ingediend-bij-de-tweede-kamer>

Driekwart van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (75,9%) zegt wel eens een prenataal huisbezoek te hebben aangevraagd. 16,7% van de respondenten heeft nog nooit een prenataal huisbezoek aangevraagd omdat, volgens hen, de optie er momenteel niet is. Een kleine minderheid (7,5%) geeft aan dat de optie er wel is om een prenataal huisbezoek aan te vragen, maar dat ze die niet gebruiken. Redenen die hiervoor worden genoemd, zijn bijvoorbeeld dat ze zelf een prenataal huisbezoek afleggen of dat cliënten er geen behoefte aan lijken te hebben.

Van de 132 eerstelijns verloskundigen die aangeven dat ze wel eens een prenataal huisbezoek hebben aangevraagd, zegt een kleine meerderheid dat ze precies weten hoe ze dit moeten aanvragen (63,6%). 30,3% van de respondenten denkt te weten hoe ze een prenataal huisbezoek moeten aanvragen, maar geeft aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid en 6,1% geeft aan geen idee te hebben hoe ze dit moeten aanvragen.

Verder lijkt er nog wat onduidelijkheid te zijn over de criteria waar een cliënt aan moet voldoen om een prenataal huisbezoek aangeboden te krijgen van de verloskundige. Ongeveer de helft van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (52,7%) denkt te weten wat de criteria hiervoor zijn, maar geeft aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid. 41,2% van de respondenten zegt precies te weten wat de criteria zijn voor het aanbieden van een prenataal huisbezoek en 6,1% zegt geen idee te hebben wat de criteria zijn.

Contact met de kraamzorg

We vroegen eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (N = 172) in hoeverre ze het gevoel hebben dat ze genoeg gelegenheid hebben om te overleggen met de kraamzorg over een zwangere of een gezin in een kwetsbare situatie. Driekwart van de respondenten (75,6%) zei dat ze ruim voldoende gelegenheid hiervoor hebben. Een op de vijf respondenten zei dat ze voldoende gelegenheid hebben voor overleg met de kraamzorg, maar dat dit nog wel beter kan (20,9%).

Slechts een klein aantal respondenten (3,5%) zei dat ze onvoldoende gelegenheid hebben voor overleg met de kraamzorg. De helft van de zes respondenten uit deze laatstgenoemde groep geeft aan dat dit komt doordat de kraamzorg te weinig tijd heeft of slecht bereikbaar is voor overleg. Eén respondent ligt toe dat kraamzorgorganisaties vaak groot zijn en veel managers bevatten, waardoor het lastig is om verbinding te leggen met de uiteindelijke kraamverzorgende.

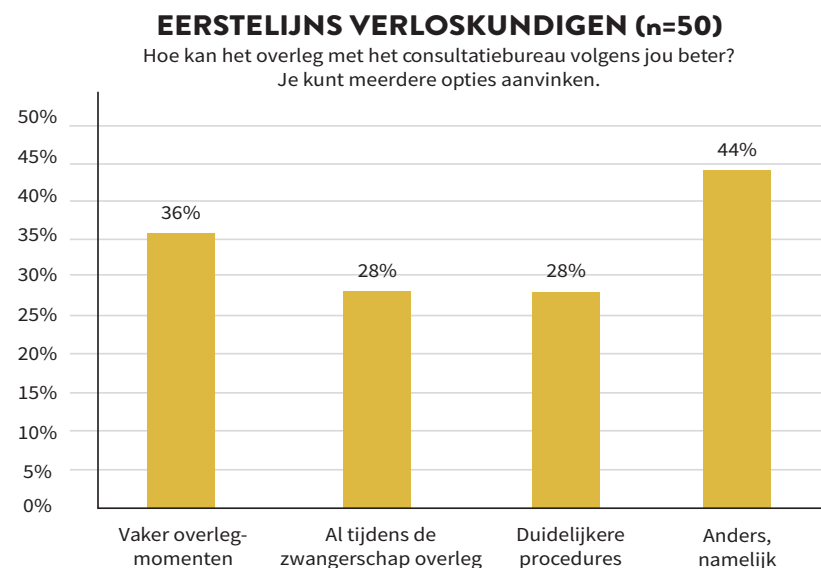
Over het algemeen is het beeld dat de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek schetsen over het overleg met de kraamzorg positief. Driekwart van hen zegt dat er ruim voldoende gelegenheid is voor overleg en slechts één op de vijf respondenten zegt dat de gelegenheid voldoende is, maar beter kan. Respondenten die zeggen dat het overleg met de kraamzorg beter kan, geven vooral aan dat ze al eerder in de zwangerschap en vaker overleg zouden willen met de kraamzorg. In de open antwoorden geven

verloskundigen aan dat het overleg met de kraamzorg verbeterd kan worden door (meer) contact- en terugkoppelmomenten in de overdracht in te bouwen en het eerder betrekken van de kraamhulp tijdens bijvoorbeeld multidisciplinaire overleggen.

Contact met consultatiebureau

Naast dat we vragen stelden over het contact dat eerstelijns verloskundigen hebben met de kraamzorg, stelden we ook vragen over het contact dat ze hebben met het consultatiebureau. De meeste respondenten (61,3%) gaven aan ruim voldoende gelegenheid te hebben om te overleggen met het consultatiebureau. Een op de drie respondenten (29,8%) zei dat ze voldoende gelegenheid hebben om te overleggen met het consultatiebureau, maar dat dit beter kan. In figuur 10 is te zien wat volgens deze respondenten de gewenste oplossing is om dit te verbeteren.

In de open antwoorden komt naar voren dat het consultatiebureau regelmatig onderbezet is qua personeel, wat het lastiger maakt iemand te spreken. Ook wordt genoemd dat er vaak geen terugkoppeling wordt gegeven, waardoor onduidelijk is of en op welke manier een kwetsbare zwangere geholpen wordt. Op de vraag hoe het contact tussen verloskundigen en het consultatiebureau verbeterd kan worden, geven de verloskundigen aan dat ze het idee hebben dat het consultatiebureau regelmatig onderbemand is en dat hun wens is om meer en betere



Figuur 10. Eerstelijns verloskundigen die in dit onderzoek aangaven dat het contact met het consultatiebureau beter kan, werden gevraagd wat hiervoor de gewenste oplossing is.

terugkoppelmomenten te hebben over de kwetsbare zwangere. Ook wordt de hand in eigen boezem gestoken: verloskundigen zijn niet altijd op de hoogte van de optie om te schakelen met het consultatiebureau.

Een klein aantal respondenten (8,9%) zei dat er onvoldoende of totaal geen gelegenheid is om te overleggen met het consultatiebureau. Volgens de vijftien respondenten uit deze laatstgenoemde groep heeft dit te maken heeft met dat het consultatiebureau slecht bereikbaar is of te weinig tijd lijkt te hebben (73,3%).

Voor goed contact met het consultatiebureau moet er niet alleen gelegenheid zijn om te overleggen, maar is het ook belangrijk dat eerstelijns verloskundigen het gevoel hebben dat de informatie die ze communiceren goed terechtkomt en dat er echt iets mee wordt gedaan bij het consultatiebureau. Bijna de helft van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (48,2%) heeft het gevoel dat de informatie die ze communiceren naar het consultatiebureau goed terechtkomt en 39,2% zegt dat hoewel het voldoende is, dit nog wel beter kan. 12,6% van de respondenten zegt dat ze het gevoel hebben dat de informatie die ze communiceren naar het consultatiebureau onvoldoende of totaal niet terechtkomt. Bijna de helft van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (44,2%) heeft daarnaast het gevoel dat er echt iets wordt gedaan met de informatie die ze communiceren naar het consultatiebureau. 39,9% van de respondenten vindt het voldoende, maar ziet nog ruimte voor verbetering en 15,9% zegt dat ze het gevoel hebben dat er onvoldoende of totaal niets wordt gedaan met de informatie die ze communiceren.

Al met al blijkt uit de antwoorden van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek dat de meerderheid voldoende gelegenheid ervaart om te overleggen met het consultatiebureau. Volgens een minderheid is er nog wel ruimte voor verbetering in het contact met het consultatiebureau. Zij geven aan dat ze het idee hebben dat het consultatiebureau regelmatig onderbemand is en dat ze graag meer terugkoppeling zouden willen ontvangen van consultatiebureaus.

Bijscholing

76% van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek vindt dat er onvoldoende of zelfs totaal geen aandacht aan kwetsbaarheid is besteed binnen hun opleiding. We vroegen alle respondenten of ze bijscholing zouden willen krijgen over het signaleren van niet-medische risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid. Driekwart (74,4%) gaf daarop aan dat ze hier graag bijscholing over zouden willen krijgen, mits dat zou worden geaccrediteerd door de KNOV. 18,0% zei dat ze graag bijscholing zouden willen krijgen ongeacht accreditatie, en slechts 7,3% gaf aan geen behoefte te hebben aan bijscholing.

Wat zeggen respondenten zelf

Op de open vraag hoe de aanpak in de eigen praktijk verbeterd kan worden, antwoordden een aantal respondenten dat meer systematiek in de werkwijze beter zou zijn. Anderen noemen dat het goed zou zijn om meer aandacht te geven aan niet-medische

factoren van kwetsbaarheid. Respondenten lopen daarnaast aan tegen de beperkte tijd die ze hebben voor gesprekken en taken, waarbij ze tevens aangeven dat het beter zou zijn voor de vertrouwensband met een kwetsbare zwangere als ze meer tijd zouden kunnen nemen voor (moeilijke) gesprekken. Ook wordt het hebben van een complete en up-to-date sociale kaart als zeer wenselijk genoemd en het beter betrekken van de partner van een kwetsbare zwangere.

Respondenten geven aan tegen verschillende andere dingen aan te lopen in hun dagelijkse werk. Zo geeft een aantal respondenten aan dat ze in hun werk vrouwen tegenkomen die wel hulp nodig hebben, maar deze niet altijd accepteren. Ook geeft een aantal respondenten aan niet precies te weten welke hulp(programma's) er beschikbaar zijn. Anderen zeggen behoefte te hebben aan betere ICT-oplossingen om informatie tussen de verschillende zorginstanties te kunnen delen.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 3

- Hoewel een zelf in te vullen intakevragenlijst de kans verlaagt dat een zwangere sociaal wenselijke antwoorden geeft, gebruikt de helft van de eerstelijns verloskundigen geen intakevragenlijst die zwangeren zelf invullen.
- De meeste eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek geven aan dat er over het algemeen voldoende gelegenheid is voor overleg met de kraamzorg en met het consultatiebureau.
- Eerstelijns verloskundigen die vinden dat het contact met kraamzorg en contact met het consultatiebureau beter kan, zeggen vooral dat ze al eerder en vaker contactmomenten zouden willen hebben met de kraamzorg en het consultatiebureau, en ook meer terugkoppeling zouden willen krijgen van consultatiebureaus.
- Er is volgens eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek behoefte aan meer middelen (zoals bijv. signaleringsinstrumenten als ondersteunende programma's) voor cliënten die de Nederlandse taal niet goed begrijpen.
- Prenatale huisbezoeken door jeugdverpleegkundigen bieden een belangrijke kans om gezinnen in een kwetsbare situatie vroeg in het vizier te krijgen, en bieden mogelijk ook een aanknopingspunt om het contact tussen jeugdgezondheidszorg en verloskundigen te stimuleren.
- Maar liefst 92,4% van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek zou graag bijscholing willen krijgen over het signaleren van niet-medische risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid.

ONDERZOEKSVRAAG 4

HOE VOELEN CLIËNTEN ZICH BIJ HET SIGNALEREN DOOR EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN?

BESCHRIJVING STEEKPROEF

In oktober en november 2020 verspreidden we een vragenlijst onder vrouwen die op dat moment minimaal acht weken zwanger waren en ten minste één keer een afspraak hadden gehad met een eerstelijns verloskundige. Voor een beschrijving van de onderzoeksopzet, zie **3. Onderzoeksopzet**.

In totaal vulden 51 vrouwen de vragenlijst in. De gemiddelde leeftijd was 31,4 jaar ($SD = 5,4$), en gemiddeld waren ze 19,0 weken zwanger ($SD = 8,5$). De meesten gaven aan dat ze meestal alleen naar controles te gaan, maar soms iemand meenemen (49,0%), gevolgd door vrouwen die zeiden dat ze meestal (17,6%) of altijd (17,6%) iemand meenemen, en tot slot vrouwen die zeiden altijd alleen naar afspraken te gaan (15,7%). Bij 84,3% van de vrouwen is degene die ze meenemen hun partner, bij 9,8% is het hun kind, bij 9,8% is het een ander familielid, en bij 3,9% is het een vriend of vriendin.

Driekwart van de respondenten (74,5%) zei dat ze zich altijd fijn voelen bij hun verloskundige, gevolgd door 21,6% die zei dat ze zich meestal fijn voelen bij hun verloskundige. Slechts 3,9% van de respondenten zei dat ze zich soms wel, soms niet fijn bij hun

verloskundige voelen, en niemand zei dat ze zich meestal niet of nooit fijn voelden bij hun verloskundige. Dit geeft aan dat de respondenten in dit onderzoek over het algemeen een goede band hebben met hun verloskundige.

Naar welke risicofactoren van kwetsbaarheid werden zwangeren gevraagd bij de intake?

We vroegen zwangeren of er bij de intake vragen waren gesteld over een aantal niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, via een vragenlijst die ze zelf invulden of in het gesprek met de verloskundige. Zo vroegen we of ze waren gevraagd naar hun opleidingsniveau, of ze psychische problemen hebben en over problemen in hun relatie. De antwoordopties waren 'Ja', 'Nee', of 'Weet ik niet meer'. In Bijlage F staat een overzicht van de niet-medische risicofactoren waar al dan niet naar werd gevraagd volgens de cliënten, of ze begrepen waarom ernaar werd gevraagd, en of ze het vervelend vonden dat ernaar werd gevraagd.

De risicofactoren waar volgens de respondenten het vaakst naar werd gevraagd als onderdeel van de intake, waren alcoholgebruik (96,1%), roken (96,1%) en drugsgebruik (86,3%). De risicofactoren waar volgens de cliënten het minst naar werd gevraagd, waren inkomen (19,6%), relatieproblemen (23,5%), en geldproblemen (25,5%).

Begrijpen cliënten waarom er naar risicofactoren wordt gevraagd?

Dat hangt er vanaf. We vroegen per risicofactor of respondenten begrepen waarom ernaar was gevraagd. Als ze niet meer wisten of

ernaar was gevraagd, vroegen we of ze het zouden begrijpen als ernaar werd gevraagd. De antwoordopties waren ‘Ja, dat begrijp ik’ en ‘Nee, dat begrijp ik niet’. In Bijlage F staat een overzicht van de niet-medische risicofactoren waar al dan niet naar werd gevraagd volgens de cliënten, of ze begrepen waarom ernaar werd gevraagd, en of ze het vervelend vonden dat ernaar werd gevraagd.

De risicofactoren waarvoor de meeste cliënten begrip hadden als ernaar werd gevraagd door de verloskundige, waren roken (98,0%), stress (98,0%), drugsgebruik (97,7%) en alcoholgebruik (94,1%). De risicofactoren waarvoor de minste cliënten begrip hadden als ernaar werd gevraagd door de verloskundige, waren inkomen (56,9%), opleidingsniveau (64,7%), geldproblemen (78,4%) en religie/geloof (80,4%). Laatstgenoemde factor kan een risico vormen voor zwangere vrouwen doordat sommige religies bepaalde medische behandelingen niet toestaan.

Vinden cliënten het vervelend dat er naar risicofactoren wordt gevraagd?

Dat hangt er vanaf. We vroegen per risicofactor of respondenten het vervelend vonden dat ernaar was gevraagd. Als ze niet meer wisten of ernaar was gevraagd, vroegen we of ze het vervelend zouden vinden als ernaar werd gevraagd. De antwoordopties waren ‘Ja, dat vind ik vervelend’ en ‘Nee, vind ik niet vervelend’. In Bijlage F staat een overzicht van de niet-medische risicofactoren waar al dan niet naar werd gevraagd volgens de cliënten, of ze begrepen waarom ernaar werd gevraagd, en of ze het vervelend vonden dat ernaar werd gevraagd.

De risicofactoren die de minste cliënten vervelend vonden om vragen over te beantwoorden, waren roken (5,9%), alcoholgebruik (5,9%) en werk/arbeidsomstandigheden (7,8%). De risicofactoren die de meeste cliënten vervelend vonden om vragen over te beantwoorden, waren inkomen (39,2%), geldproblemen (31,4%), relatieproblemen (29,4%) en vervelende seksuele ervaringen (27,5%).

Vinden cliënten het minder vervelend als ze begrijpen waarom er naar een risicofactor wordt gevraagd?

Ja. Allereerst berekenden we de correlatie tussen het percentage risicofactoren waarbij respondenten begrip hadden dat ernaar werd gevraagd en het percentage risicofactoren waarvan respondenten het vervelend vonden dat ernaar werd gevraagd. Daarnaast gebruikten we chi-squared (χ^2) testen om bij elk van de risicofactoren te berekenen of begrijpen dat ernaar werd gevraagd samenhang met het niet vervelend vinden dat ernaar werd gevraagd.

Uit deze analyses bleek dat respondenten die over het algemeen vaker begrip hebben voor vragen over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, het significant minder vaak vervelend vinden dat er vragen over worden gesteld ($r = -.419, p = .005$). Daarnaast bleek dat meer begrip samenhangt met minder vervelend vinden voor vrijwel alle niet-medische risicofactoren die we in de vragenlijst noemden. In Figuur 11 hieronder is een overzicht te zien van de risicofactoren en de p-waardes en χ^2 waardes van de χ^2 testen.

	Hoeveel procent van de respondenten vindt het vervelend dat ernaar wordt gevraagd?	Hoeveel procent van de respondenten begrijpt dat ernaar wordt gevraagd?	p	χ^2
Inkomen	39,2%	56,9%	< .001	13,62*
Geldproblemen	31,4%	78,4%	< .0001	30,68*
Relatieproblemen	29,4%	84,3%	< .0001	22,77*
Vervelende seksuele ervaringen	27,5%	86,3%	< .001	13,83*
Ongewenste zwangerschap	17,6%	94,1%	.022	5,27*
Opleidingsniveau	15,7%	64,7%	.343	niet significant
SOA's	13,7%	94,1%	< .0001	20,04*
Psychische problemen	13,7%	92,2%	< .001	13,76*
Drugsgebruik	11,4%	97,7%	.005	7,98*
Stress	9,8%	98,0%	.002	9,38*
Arbeidsomstandigheden	7,8%	94,1%	.091	niet significant
Nationaliteit/etnische achtergrond	7,8%	82,4%	.077	3,13
Religie/geloof	7,8%	80,4%	.111	niet significant
Roken	5,9%	98,0%	.801	niet significant
Alcoholgebruik	5,9%	94,1%	< .0001	21,27*

Figuur 11. Niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid waarover eerstelijns verloskundigen vragen kunnen stellen, en hoeveel cliënten (N = 44) het begrijpen en vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. Voor elke risicofactor is het verband tussen begrijpen en vervelend vinden berekend middels een chi-squared (χ^2) test. Statistisch significante resultaten ($p < .05$) zijn in de laatste kolom gemarkeerd met een ster.

Oftewel, als je begrijpt waarom de verloskundige ergens naar vraagt, is de kans groter dat je het ook niet vervelend vindt dat ernaar wordt gevraagd. Het loont dan ook om duidelijk te maken aan cliënten waarom er naar dergelijke onderwerpen wordt gevraagd.

Een van de uitzonderingen hierop is opleidingsniveau. 43,1% van de respondenten begrijpt niet waarom hiernaar wordt gevraagd, maar slechts 15,7% vindt het vervelend dat ernaar wordt gevraagd. Hier hangen het begrijpen en het niet vervelend vinden niet samen ($p = .343$). Ook bij religie en werk/arbeidsomstandigheden is er geen verband tussen begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd en het niet vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. Bij etnische achtergrond is het verband slechts marginaal significant ($p = .077$). Oftewel, bij deze onderwerpen is de kans niet groter of kleiner dat je het vervelend vindt om er vragen over te beantwoorden als je begrijpt waarom ernaar wordt gevraagd. Hier spelen mogelijk andere factoren die bepalen of een cliënt het vervelend vindt dat ernaar wordt gevraagd.

Weten cliënten wat er wordt gedaan met de informatie die ze geven?

Deels. De meerderheid van de respondenten (64,7%) zei dat ze denken te weten wat de verloskundige doet met de antwoorden die ze geven op vragen van de verloskundige. 35,3% zei dat ze niet weten wat er met hun antwoorden wordt gedaan. Van de respondenten die zeggen dat ze weten wat er met hun antwoorden wordt gedaan, zegt de meerderheid (60,6%) dat ze niet meer

hoeven te weten over wat er met hun antwoorden wordt gedaan. Van de respondenten die zeggen dat ze niet weten wat er met hun antwoorden wordt gedaan, zegt de meerderheid (72,2%) dat ze graag meer willen weten over wat er met hun antwoorden wordt gedaan.

Helpt het cliënten om te weten wat er wordt gedaan met de informatie die ze geven?

Deels. We voerden een multivariate variantieanalyse uit om het verband te analyseren tussen transparantie (of een cliënt weet wat een verloskundige doet met haar antwoorden) en algemeen vertrouwen in de verloskundige, begrip voor vragen over risicofactoren en vragen over risicofactoren vervelend vinden. Er is in het algemeen een verband te vinden tussen deze factoren ($p = .023$, $\eta_p^2 = .209$). Uit verdere univariate variantieanalyse blijkt dat respondenten die weten wat hun verloskundige doet met hun antwoorden op vragen, niet significant meer of minder vertrouwen hebben in hun verloskundige ($p = .992$).

Verder blijkt dat respondenten die weten wat er wordt gedaan met hun antwoorden, niet significant meer of minder risicofactoren vervelend vinden om vragen over te beantwoorden ($p = .587$). Ze begrijpen echter wel van meer factoren waarom ernaar wordt gevraagd ($p = .004$, $\eta_p^2 = .183$). Dit is mogelijk te verklaren doordat verloskundigen die duidelijker zijn richting hun cliënten waarom ze vragen stellen over bepaalde onderwerpen, misschien ook duidelijker zijn over wat er wordt gedaan met hun antwoorden op die vragen.

Ervaren cliënten die hun verloskundige meer vertrouwen het signaleren anders?

Dat is onduidelijk. Uit een Kolmogorov-Smirnov test blijkt dat het algemeen vertrouwen van de cliënten in hun verloskundige niet normaal verdeeld is ($p < .0001$). Dit komt doordat het algemeen vertrouwen van de cliënten in deze steekproef vooral aan het meest positieve uiteinde van de schaal zit.

Met andere woorden, het algemeen vertrouwen van de cliënten in deze steekproef is in feite te hoog om onderscheid te kunnen maken tussen cliënten met meer en minder vertrouwen in hun verloskundige. Er is een grotere steekproef nodig, liefst ook meer gericht op cliënten die wellicht minder vertrouwen in hun verloskundige hebben, om deze onderzoeksvraag te beantwoorden.

Verschillen meer kwetsbare cliënten van minder kwetsbare cliënten in hoe ze het vragen naar risicofactoren ervaren?

Dat is onduidelijk. In de vragenlijst vroegen we respondenten naar een aantal risicofactoren van kwetsbaarheid. Zo vroegen we bijvoorbeeld naar het opleidingsniveau, het gezinsinkomen, of een van de ouders een niet-Westerse migratieachtergrond had, of ze de afgelopen 12 maanden al eens waren bevallen, of ze al eens waren bevallen van een kind met een aangeboren aandoening, en of ze al eens waren bevallen van een kind dat meer dan drie weken te vroeg was geboren.

Hieruit bleek dat de steekproef onvoldoende respondenten bevat waarbij sprake is van deze risicofactoren. Slechts 2 respondenten waren laagopgeleid, iedereen had een partner, slechts 6 respondenten hadden minimaal één ouder met een niet-Westerse migratieachtergrond, 8 respondenten waren al eens bevallen van een kind dat te vroeg was geboren, 5 respondenten waren de afgelopen 12 maanden al eens bevallen, en 4 respondenten gaven aan dat tenminste één van hun kinderen een aandoening bleek te hebben bij de geboorte. Door deze kleine aantallen is er niet voldoende power om statistische analyses uit te voeren die kwetsbaardere respondenten vergelijken met minder kwetsbare respondenten.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 4

- Als een cliënt begrijpt waarom de verloskundige vraagt naar een niet-medische risicofactor van kwetsbaarheid, is de kans groter dat de cliënt het ook niet vervelend vindt dat ernaar wordt gevraagd.
 - o Dit geldt niet voor de risicofactoren opleidingsniveau, religie/geloof, nationaliteit/etnische achtergrond, roken en arbeidsomstandigheden. Hier spelen mogelijk andere factoren die bepalen of een cliënt het vervelend vindt dat ernaar wordt gevraagd.
- De meerderheid van de respondenten die niet weet wat de verloskundige doet met hun antwoorden op diens vragen, geeft aan dat ze graag meer willen weten over wat er met hun antwoorden wordt gedaan.
- De steekproef was te klein om vergelijkingen te kunnen maken tussen meer en minder kwetsbare respondenten, en om vergelijkingen te kunnen maken tussen respondenten die hun verloskundige meer of minder vertrouwen.



HOOFDSTUK 6

RESULTATEN JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

RESULTATEN - JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

In totaal begonnen 193 jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen met het invullen van de vragenlijst, waarvan er in totaal 125 (35 jeugdartsen en 90 jeugdverpleegkundigen) de vragenlijst volledig afmaakten. Dit hoge uitvalpercentage kwam hoogstwaarschijnlijk door de lengte van de vragenlijst. De steekproefgrootte-aantallen

Hoe lang ben je werkzaam als jeugdarts/ jeugdverpleegkundige?	n	%
0-5 jaar	23	16,9
5-10 jaar	16	11,8
10-20 jaar	51	37,5
20-30 jaar	28	20,6
Langer dan 30 jaar	18	13,2
Totaal	136	100

FIGUUR 12. De werkervaring van de jeugdartsen ($n = 41$) en jeugdverpleegkundigen ($n = 95$) in dit onderzoek.

die we beschrijven in de resultaten fluctueren steeds tussen 125 en 193, doordat we bij iedere vraag alle respondenten meerekenen die die vraag hebben beantwoord.

Het merendeel van de respondenten was vrouwelijk (96,0%), en de respondenten hadden een gemiddelde leeftijd van 46,9 jaar ($SD = 11,4$). In FIGUUR 12 kun je zien hoe lang de respondenten in deze steekproef werkzaam zijn als jeugdarts of jeugdverpleegkundige.

De meeste respondenten werken 24-29 uur per week (41,5%), gevolgd door 30-39 uur per week (30,6%) en 16-23 uur per week (22,5%). Gemiddeld genomen zien respondenten 46 verschillende kinderen ($SD = 27,3$) van tussen 0 en 2 jaar per maand. Jeugdartsen zien gemiddeld significant meer kinderen in deze leeftijdsgroep ($M = 61,2$, $SD = 4,6$) dan jeugdverpleegkundigen ($M = 39,6$, $SD = 24,1$; $p < .001$).

Het meest gebruikte informatiesysteem voor het bijhouden van het digitaal dossier door respondenten in dit onderzoek was KD+ (55,9%), gevolgd door Kidōs (28,7%), MLCAS (10,3%) en Topicus (2,2%). Het overige deel van de respondenten gebruikte andere systemen (2,9%).

ONDERZOEKSVRAAG 1

IN HOEVERRE SIGNALEREN JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN OP DIT MOMENT KWETSBARE GEZINNEN MET KINDEREN TOT 2 JAAR?

Zoals beschreven in **3. Onderzoeksopzet**, hebben we het signaleren van kwetsbaarheid door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen op drie verschillende manieren in kaart gebracht: het gebruik van signaleringsinstrumenten, het vragen naar specifieke risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid, en het vertonen van signaleergedrag. We beantwoorden Onderzoeksvraag 1 dan ook, net als bij eerstelijns verloskundigen, aan de hand van deze drie meetmethodes.

HET GEBRUIK VAN SIGNALERINGSINSTRUMENTEN

Signaleringsinstrumenten kennen

Om eerst een idee te krijgen van de bekendheid van signaleringsinstrumenten voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, vroegen we aan respondenten of ze een van de volgende instrumenten kenden: het Ernsttaxatiemodel (ETM), Signaleren van Problemen en Analyse van Risico bij opvoeden en ontwikkeling van Kinderen van 18 maanden (SPARK18), Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften (GIZ), Samen Starten

(waar het DMO-protocol onderdeel van is) en de postnatale variant van de R4U.

GIZ is het meest bekende instrument onder de respondenten: 44,0% van de respondenten kende de GIZ. Verder kende 37,9% de SPARK18, 29,1% Samen Starten en 21,4% ETM. 12,1% van de respondenten gaf aan geen enkel signaleringsinstrument voor kwetsbaarheid te kennen, en 14,8% van de respondenten zei een signaleringsinstrument voor kwetsbaarheid te kennen dat er niet tussen stond.

We vroegen ook of respondenten instrumenten kenden die gebruikt worden door verloskundigen: de R4U, Mind2Care en ALPHA-NL. Hiervan was de Mind2Care de meest bekende (8,8%), gevolgd door de ALPHA-NL (6,0%) en de R4U (2,7%).

Signaleringsinstrumenten gebruiken

In totaal gebruikt 34,0% van alle respondenten geen signaleringsinstrument voor het signaleren van kwetsbaarheid. Dit percentage lijkt onder jeugdartsen iets hoger (40,5%) dan onder jeugdverpleegkundigen (31,3%), maar dit verschil is niet statistisch significant ($p = .294$). 56,0% van de respondenten gebruikt 1 signaleringsinstrument, en 9,9% gebruikt 2 of meer instrumenten. In totaal gaf 14,9% van de respondenten aan dat er geen enkel instrument beschikbaar voor ze is voor het signaleren van kwetsbaarheid. Een merendeel van de respondenten (64,5%) gaf aan dat een van de genoemde instrumenten wel beschikbaar

was voor hen, maar dat ze die niet gebruikten. Dit gold vooral voor de GIZ; 19,2% van de respondenten gaf aan dat de GIZ wel beschikbaar voor hen is, maar dat ze die niet gebruikten. Bij de SPARK18 gaf 12,1% aan dat deze beschikbaar was maar dat ze die niet gebruikten, bij Samen Starten was dit 7,1% en bij het ETM was dit slechts 1 respondent (0,5%). De meest genoemde reden voor het niet gebruiken van een beschikbaar signaleringsinstrument, was dat het instrument slecht geïntegreerd was in het systeem (12 respondenten).

Hoe vaak gebruiken jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen de signaleringsinstrumenten?

Samen Starten

In totaal zeiden 33 respondenten (18,1%) dat ze de vragenlijst van Samen Starten gebruiken om kwetsbaarheid in kaart te brengen. Van deze respondenten neemt 68,7% de vragenlijst van Samen Starten standaard af bij alle gezinnen met kinderen van 0 tot 2 jaar, 12,5% bij het merendeel van de gezinnen, 12,5% bij de gezinnen waarvan ze denken dat het nodig is, en 6,25% neemt de vragenlijst van Samen Starten zelden af bij gezinnen. Van de 10 respondenten die de vragenlijst van Samen Starten niet standaard afnemen bij alle gezinnen, is de meest genoemde reden dat ze de vragenlijst te breed vinden (4 respondenten).

ETM

In totaal zeiden 35 respondenten (19,2%) dat ze het ETM gebruiken om kwetsbaarheid in kaart te brengen. Al deze respondenten (100%) nemen het ETM standaard af bij alle gezinnen met kinderen van 0 tot 2 jaar.

SPARK18

In totaal zeiden 20 respondenten (11,0%) dat ze het ETM gebruiken om kwetsbaarheid in kaart te brengen. Van deze respondenten nemen 5 respondenten (26,3%) de SPARK18 standaard af bij alle gezinnen met kinderen van 0 tot 2 jaar, 10 respondenten (52,63%) bij het merendeel van de gezinnen, 3 respondenten (15,8%) bij de gezinnen waarvan ze denken dat het nodig is en 1 respondent (5,3%) neemt de SPARK18 zelden af bij gezinnen. Van de 14 respondenten die de SPARK18 niet standaard afnemen bij alle gezinnen, is de meest genoemde reden dat ze de SPARK18 niet geïntegreerd zit in het systeem (4 respondenten).

GIZ

In totaal zeiden 37 respondenten (20,3%) dat ze de GIZ gebruiken om kwetsbaarheid in kaart te brengen. Van deze respondenten neemt 16,7% de GIZ standaard af bij alle gezinnen met kinderen van 0 tot 2 jaar, 19,4% bij het merendeel van de gezinnen, 55,6% bij de gezinnen waarvan ze denken dat het nodig is, en 8,3% neemt de GIZ zelden af bij gezinnen. Van de 30 respondenten die de GIZ niet standaard afnemen bij alle gezinnen, is de meest genoemde reden dat ze de GIZ niet altijd relevant vinden (11 respondenten).

Postnatale R4U

De postnatale R4U is een variant op het bestaand signaleringsinstrument R4U die geschikt is om af te nemen na de geboorte van een kind. Deze is recentelijk ontwikkeld door van der Minde et al.¹⁰. Hoewel deze gratis beschikbaar voor iedereen, maakt nog geen van de respondenten hier momenteel gebruik van.

Welke andere instrumenten worden gebruikt?

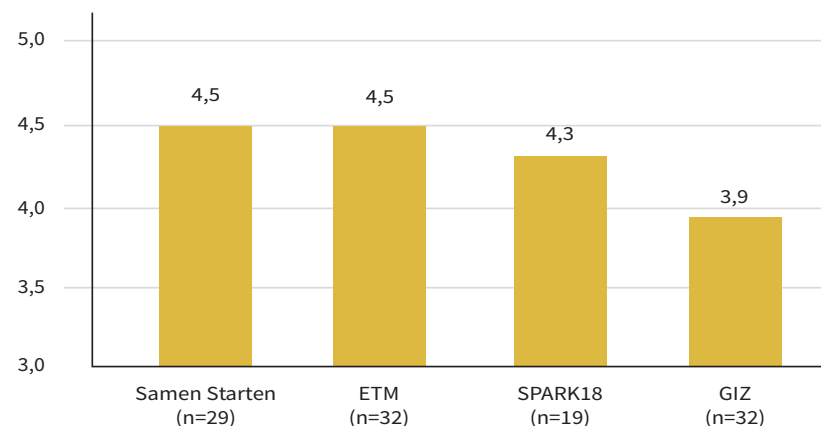
Respondenten noemen naast de postnatale R4U, ETM, SPARK18, GIZ en Samen Starten ook de vragenlijst van Stevig Ouderschap, EPDS en het Balansmodel (van Bakker).

Hoe fijn vinden jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen de signaleringsinstrumenten?

Respondenten kozen één signaleringsinstrument dat ze gebruiken en waar ze vragen over beantwoordden over het gebruiksgemak en andere hierna genoemde aspecten. Net als bij eerstelijns verloskundigen, werd het gebruiksgemak gemeten door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen te vragen hoe makkelijk of moeilijk ze het vinden om het signaleringsinstrument te gebruiken. De schaal liep van 1 (*erg moeilijk*), 2 (*moeilijk*), 3 (*een beetje moeilijk*), 4 (*best makkelijk*), 5 (*makkelijk*) tot 6 (*erg makkelijk*). Zoals in de grafiek in Figuur 13 hieronder te zien is, werd het gebruiksgemak van de vragenlijst van Samen Starten ($M = 4,5$, $SD = 1,2$) en het ETM gemiddeld even hoog beoordeeld ($M = 4,5$, $SD = 0,9$). De SPARK18 werd bijna even hoog beoordeeld ($M = 4,3$, $SD = 1,3$), gevolgd door de GIZ ($M = 3,9$, $SD = 1,0$).

JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

Gebruiksgemak van vier gevalideerde signaleringsinstrumenten



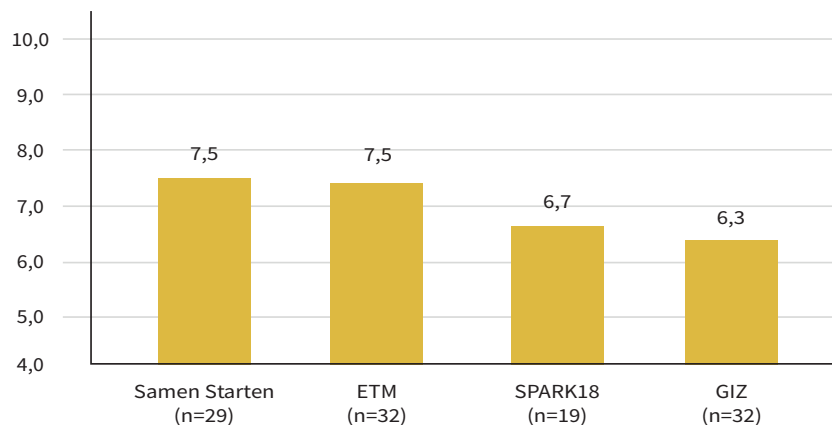
FIGUUR 13. Het gebruiksgemak van verschillende signaleringsinstrumenten volgens gebruikers in dit onderzoek. Respondenten gaven antwoord op een schaal van 1 (erg moeilijk) tot 6 (erg makkelijk).

Daarnaast vroegen we ook aan respondenten hoe groot de kans was dat ze het signaleringsinstrument aan zouden raden aan andere jeugdartsen of jeugdverpleegkundigen op een schaal van 0 (*zeker niet*) tot 10 (*zeker wel*), waarbij 5 als neutraal antwoord werd gepresenteerd. Deze zogeheten Net Promoter Score is in Figuur 14 hieronder te zien. Hier scoorde de vragenlijst van Samen Starten iets hoger ($M = 7,5$, $SD = 2,1$) dan het ETM ($M = 7,3$, $SD = 1,7$). Hierna volgden de SPARK18 ($M = 6,7$, $SD = 2,0$) en de GIZ ($M = 6,3$, $SD = 2,0$).

10. Van der Minde, M., Blanchette, L. M. G., Raat, H., Steegers, E. A. P., & de Kroon, M. L. A. (2019). Reducing growth and developmental problems in children: Development of an innovative postnatal risk assessment. PLoS One, 14, doi: 10.1371/journal.pone.0217261

JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

Net Promoter Score (NPS) van vier gevalideerde signaleringsinstrumenten



FIGUUR 14. De Net Promoter Score (NPS) van signaleringsinstrumenten, die aangeeft in hoeverre gebruikers het instrument zouden aanbevelen aan hun collega's. Antwoorden werden gegeven op een schaal van 0 (zeker niet) tot 10 (zeker wel), waarbij 5 als neutraal antwoord kon worden gekozen.

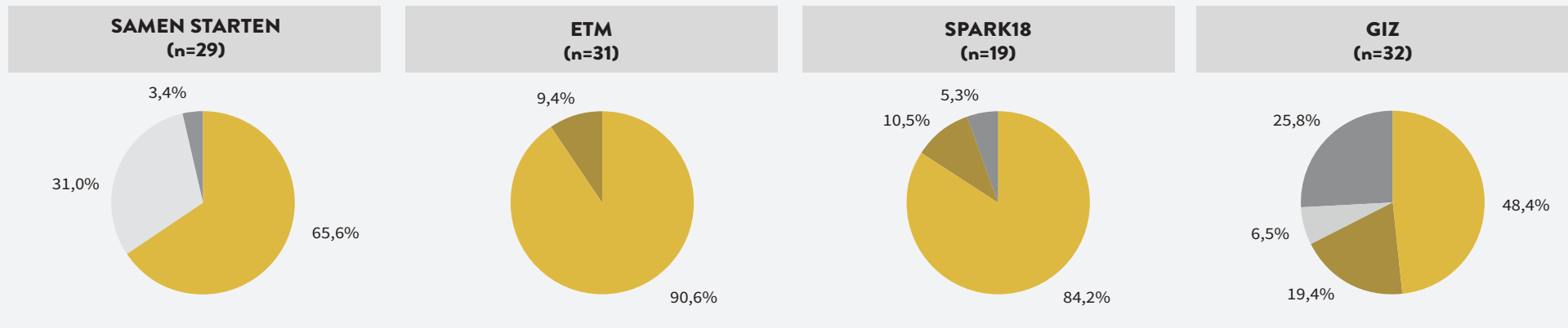
Tot slot vroegen we ook aan respondenten hoe goed het instrument geïntegreerd was in het systeem. Net zoals bij eerstelijns verloskundigen, bestond de schaal waarop jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen antwoordden uit '*totaal niet geïntegreerd*' (je moet een ander systeem of webpagina gebruiken om het instrument te gebruiken), '*vrijwel niet geïntegreerd*' (er staat bijvoorbeeld alleen een link naar het instrument in het systeem), '*deels geïntegreerd*' (een deel van het instrument is geïntegreerd, maar een deel niet, bijvoorbeeld de interpretatie van de score) en '*volledig geïntegreerd*' (het instrument is volledig geïntegreerd in het systeem).

Zoals te zien is in de diagrammen van Figuur 15 hieronder, zijn respondenten het positiefst over de integratie van het ETM in het systeem; volgens 90,6% zit deze volledig geïntegreerd in het systeem. Hierna volgens SPARK18 (84,2%), de vragenlijst voor Samen Starten (65,5%) en GIZ (48,4%).

JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

Hoe goed is het signaleringsinstrument geïntegreerd

Volledig geïntegreerd Deels geïntegreerd Vrijwel niet geïntegreerd Totaal niet geïntegreerd



FIGUUR 15. Hoe goed de verschillende signaleringsinstrumenten volgens de gebruikers ervan geïntegreerd zitten in het digitale systeem dat ze gebruiken.

We vroegen respondenten ook in hoeverre het duidelijk voor hen was wat ze moeten doen met de uitslag van een signaleringsinstrument. In Figuur 16 hieronder is te zien dat bij elk van de genoemde instrumenten de meerderheid van de respondenten precies weet wat er moet worden gedaan met de uitslag. Samen Starten (62,1%) en ETM (62,5%) scoren hier net wat beter dan de SPARK18 (52,6%) en GIZ (53,1%).

	Samen Starten (n = 29)		ETM (n = 32)		SPARK18 (n = 19)		GIZ (n = 32)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen idee wat ik moet doen, dus ik doe er niets mee	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Geen idee wat ik moet doen, dus ik maak mijn eigen afweging of ik actie onderneem	2	6,9%	1	3,1%	2	10,5%	5	15,6%
Ik denk dat ik het weet, maar ik heb behoefte aan meer duidelijkheid	9	31,0%	11	34,4%	7	36,8%	10	31,3%
Ik weet precies wat ik moet doen	18	62,1%	20	62,5%	10	52,6%	17	53,1%

FIGUUR 16. Hoe duidelijk het is voor gebruikers wat ze moeten doen met de uitslag van de verschillende signaleringsinstrumenten.

VRAGEN NAAR RISICOFACTOREN EN BESCHERMENDE FACTOREN

We gaven respondenten een lijst met 18 risicofactoren en beschermende factoren waarvan uit de wetenschappelijke literatuur bekend is dat ze invloed hebben op de kwetsbaarheid en draagkracht van jonge gezinnen en hun kinderen. Dit kunnen zowel sociale factoren zijn, als bijvoorbeeld factoren die met inkomen of leefstijl te maken hebben. Respondenten gaven vervolgens aan over welke van die factoren ze vragen stellen aan nieuwe gezinnen als onderdeel van de intake, ofwel in een vragenlijst die ouders zelf

invullen ofwel in een intakegesprek. Hierbij konden ze kiezen uit 'ja', 'soms wel, soms niet' of 'nee'.

We selecteerden enkel respondenten die aangaven betrokken te zijn bij de intake van nieuwe gezinnen (n = 132, waarvan 18 jeugdartsen en 114 jeugdverpleegkundigen). Jeugdverpleegkundigen zijn significant vaker betrokken bij de intake van nieuwe gezinnen (99,1%) dan jeugdartsen (33,3%; $p < .001$). Een compleet overzicht van de niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid waar we naar vroegen en de antwoorden die hierop werden gegeven, is te vinden in Bijlage A.

Voor het verder analyseren van deze gegevens (zoals voor Onderzoeksvraag 2), berekenden we ook een totaalscore van de 18 risicofactoren en beschermende factoren. Respondenten kregen per factor 0 punten als ze aangaven er niet standaard naar te vragen, 2 punten als ze zeiden er wel standaard naar te vragen en 1 punt wanneer ze er soms wel en soms niet naar zeiden te vragen. De totaalscore werd vervolgens berekend door te berekenen hoeveel procent van de maximaal te behalen punten een respondent had (i.e., 36 punten).

Dat wil zeggen dat een totaalscore van 100 betekent dat een respondent aangaf altijd vragen te stellen aan alle nieuwe gezinnen over alle 18 factoren die werden opgenoemd als onderdeel van de intake. Een totaalscore van 0 betekent dat de respondent nooit naar een van de opgenoemde factoren vraagt als onderdeel van de intake van nieuwe gezinnen.

De gemiddelde totaalscore was 71,3% (SD = 13,6). Jeugdartsen (n = 17, M = 67,3%, SD = 17,2) en jeugdverpleegkundigen (n = 113, M = 71,9%, SD = 13,0) verschilden niet significant in de hoeveelheid risicofactoren van kwetsbaarheid waarnaar ze vragen ($p = .309$). Oftewel, jeugdartsen die betrokken zijn bij de intake van nieuwe gezinnen vragen niet standaard naar meer of minder risicofactoren als onderdeel van de intake van nieuwe gezinnen dan jeugdverpleegkundigen die betrokken zijn bij de intake van nieuwe gezinnen.

Naar welke risicofactoren vragen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen het meest en het minst?

In Bijlage A is te zien hoeveel procent van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek vraagt naar bepaalde risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid als onderdeel van de intake van nieuwe gezinnen. Ook hier werden alleen de respondenten geselecteerd die zeiden betrokken ze zijn bij de intake van nieuwe gezinnen.

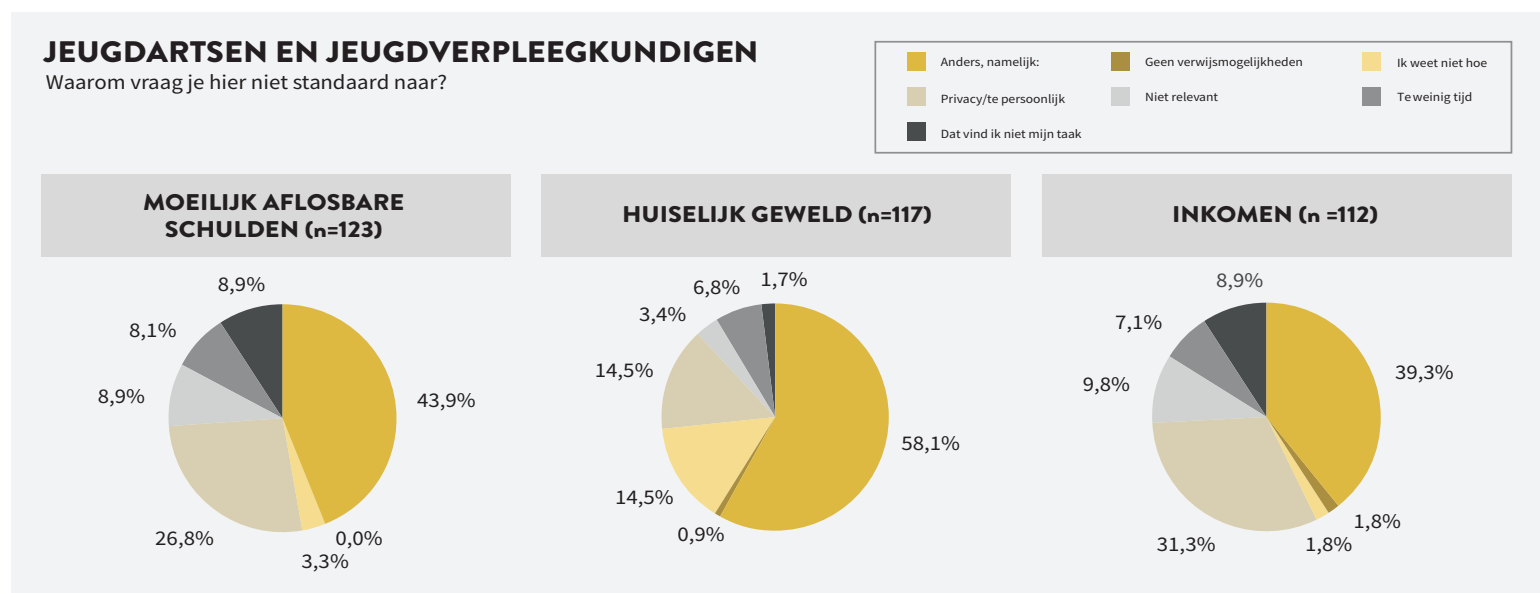
Hier is te zien dat er het meest naar de gezinssamenstelling (99,2%), het opleidingsniveau van beide ouders (96,2%) en het werk van ouders (soort werk: 95,4%, werkloosheid: 94,6%) wordt gevraagd door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Verder wordt er ook vaak gevraagd naar of er al dan niet thuis wordt gerookt (88,5%), in hoeverre de ouders sociale steun uit hun omgeving krijgen (88,5%) en wat de etnische achtergrond is van beide ouders van het kind (75,4%).

Het beeld wordt diffuser rondom het vragen naar gebruik van drugs en alcohol door beide ouders. 63,1% van de respondenten vraagt standaard naar gebruik van alcohol door beide ouders, 25,4% vraagt hier soms wel en soms niet naar en 11,5% vraagt hier niet naar. 61,5% van de respondenten vraagt standaard naar gebruik van drugs door beide ouders, 28,5% vraagt hier soms wel en soms niet naar en 10,0% vraagt hier niet naar.

Verder valt op dat er weinig standaard wordt gevraagd naar inkomen en schulden. Slechts 20,8% vraagt standaard bij alle nieuwe gezinnen naar moeilijk aflosbare schulden, terwijl 55,4% dit soms wel en soms niet doet en 23,8% er niet naar vraagt. 25,4% van de respondenten vraagt standaard naar het inkomen van het gezin, 53,8% soms wel en soms niet en 20,8% vraagt er niet naar. Ook wordt er door 22,3% niet naar huiselijk geweld gevraagd, door 54,6% soms wel en soms niet, en door 23,1% wel standaard bij alle nieuwe gezinnen.

Waarom vragen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen niet standaard naar bepaalde risicofactoren?

Respondenten die aangaven dat ze niet standaard naar een bepaalde risicofactor of beschermende factor vroegen, werd gevraagd waarom ze dit niet deden. Ze konden meerdere redenen aanvinken die werden opgenoemd en eventueel zelf een andere reden beschrijven. In de onderstaande diagrammen van Figuur 17 staat een overzicht van de redenen die jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen noemden voor het niet standaard vragen naar moeilijk aflosbare schulden, huiselijk geweld en inkomen.



FIGUUR 17. Drie niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid waarnaar veel respondenten niet standaard vragen als onderdeel van de intake van nieuwe gezinnen, en de reden die ze hiervoor geven.

Respondenten die niet standaard naar huiselijk geweld vragen, noemen hiervoor zelf ook nog als redenen dat ze vaak al op de hoogte zijn van huiselijk geweld bij een gezin dankzij een melding, dat ze het raar, ongepast, of te persoonlijk/confronterend vinden om hiernaar bij de intake te vragen zonder dat er aanwijzingen voor zijn, of dat ze er alleen naar vragen als het relevant is. Uit de redenen die respondenten zoal geven, lijkt vooral naar voren te komen dat ze afwachten tot er duidelijke signalen of meldingen zijn van huiselijk geweld, voor ze er bij gezinnen naar vragen.

Respondenten die niet standaard naar inkomen vragen, lichten dit toe door te zeggen dat het niet altijd relevant is, of dat ze wel op een andere manier hier informatie over ophalen, door bijvoorbeeld ouders te vragen of ze financiële problemen hebben. Respondenten die niet standaard naar moeilijk aflosbare schulden vragen, zeggen ook dat het niet altijd relevant is, of dat ze liever afwachten tot er duidelijke signalen of aanwijzingen voor zijn voor ze ernaar vragen.

SIGNALEERGEDRAG

De respondenten gaven aan in hoeverre bepaalde gedragingen de afgelopen maand op hun werkwijze van toepassingen waren geweest. Deze gedragingen hebben allemaal te maken met het signaleren van kwetsbaarheid. Een voorbeeld van een gedraging waarnaar we vroegen, is “Als een ouder tijdens een afspraak iets noemt wat mogelijk kan wijzen op kwetsbaarheid, vraag ik verder door”. Voor een volledig overzicht van de signaleergedragingen, zie Bijlage B.

De antwoorden van respondenten werden omgerekend naar een totaalscore op het construct signaleergedrag (zie voor uitleg **3. Onderzoeksopzet**). Hoe hoger de score op signaleergedrag, hoe meer de respondent aangeeft gedragingen te vertonen die horen bij het signaleren van kwetsbaarheid bij jonge gezinnen.

Gemiddeld scoorden jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek (N = 193) een 48,0 op signaleergedrag (SD = 5,6). Jeugdartsen (M = 47,2, SD = 6,4) scoorden niet significant lager of hoger op signaleergedrag als jeugdverpleegkundigen (48,4, SD = 5,2; $p = .199$). Dat wil zeggen dat jeugdartsen in dit onderzoek over het algemeen niet meer of minder gedragingen vertonen die bij kwetsbaarheid signaleren horen dan jeugdverpleegkundigen. Deze score kan verder echter niet los worden geïnterpreteerd, en moet bij het beantwoorden Onderzoeksvraag 2 worden gerelateerd aan de rest van de data uit de vragenlijst om er betekenis aan te kunnen geven.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 1

signaleringsinstrumenten

- In totaal gebruikt 34,0% van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek geen signaleringsinstrument voor het signaleren van kwetsbaarheid.
- 14,9% van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek geeft aan dat er geen enkel instrument beschikbaar voor ze is om kwetsbaarheid mee te signaleren.
- Het ETM en de vragenlijst van Samen Starten worden als signaleringsinstrumenten voor kwetsbaarheid relatief gezien het positiefst beoordeeld door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen als het gaat om hoe goed ze geïntegreerd zijn in het systeem, hoe makkelijk het is om ze te gebruiken, in hoeverre het duidelijk is wat er met de uitslag moet worden gedaan en hoezeer respondenten ze zouden aanbevelen aan collega's. De GIZ en de SPARK18 worden minder positief beoordeeld op deze aspecten.
- Een merendeel van de respondenten (64,5%) gaf aan dat een van de genoemde signaleringsinstrumenten wel beschikbaar was voor hen, maar dat ze die niet gebruikten. De reden die hiervoor het meest werd gegeven, is dat het instrument slecht geïntegreerd is in het systeem.

vragen naar risicofactoren

- Een meerderheid van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek vraagt niet standaard bij de intake van nieuwe gezinnen naar huiselijk geweld (76,2%), inkomen (79,2%) of moeilijk aflosbare schulden (76,2%).
- Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die niet standaard naar dergelijke risicofactoren van kwetsbaarheid vragen, geven aan dat het als te persoonlijk wordt gezien, dat het niet altijd relevant is, of dat ze liever afwachten totdat er concrete signalen of aanleidingen zijn voordat ze hiernaar vragen.

signaleergedrag

- Jeugdartsen vertonen over het algemeen niet meer of minder gedragingen die onderdeel uitmaken van kwetsbaarheid signaleren bij gezinnen dan jeugdverpleegkundigen.

ONDERZOEKSVRAAG 2

WELKE DRIJFVEREN EN WEERSTANDEN HANGEN SAMEN MET SIGNALEREN DOOR JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN?

1. KENNIS

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die meer zelfgerapporteerde kennis hebben meer?

Nee. Een volledig overzicht van de risicofactoren van kwetsbaarheid en de zelfgerapporteerde kennis hierover van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek is te vinden in bijlage c. Er is geen significant verschil tussen de totaalscore van zelfgerapporteerde kennis door jeugdartsen ($M = 69,4\%$, $SD = 21,6$), en jeugdverpleegkundigen ($M = 65,6\%$, $SD = 23,0$; $p = .362$). Oftewel, jeugdartsen in dit onderzoek schatten hun kennis over risicofactoren van kwetsbaarheid niet significant hoger of lager in dan jeugdverpleegkundigen.

Twee multiële regressieanalyses laat zien dat er geen significant verband is tussen de zelfgerapporteerde kennis over risicofactoren van respondenten en het vragen naar risicofactoren ($p = .638$) of signaleergedrag ($p = .899$).

2. OPLEIDING

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen wiens opleiding genoeg aandacht besteedde aan kwetsbaarheid meer?

Nee. Uit twee multiële regressieanalyses blijkt dat er geen verband is tussen hoeveel aandacht respondenten vinden dat er is besteed aan kwetsbaarheid in hun opleiding en het vragen naar risicofactoren van kwetsbaarheid ($p = .491$) of signaleergedrag ($p = .280$).

Wel valt op dat er op dit vlak een significant verschil is tussen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek. Jeugdartsen zijn significant positiever over hoeveel aandacht er bij hun opleiding is besteed aan het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid ($M = 2,7$, $SD = 0,6$), dan jeugdverpleegkundigen ($M = 2,5$, $SD = 0,7$; $p = .04$), hoewel dit een klein verschil is. Om precies te zien geeft 56,4% van de jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek aan dat er onvoldoende of totaal geen aandacht is besteed aan kwetsbaarheid in de opleiding, en vindt slechts een minderheid van hen de aandacht voldoende of ruim voldoende (33,6%). Bij de jeugdartsen in dit onderzoek is het beeld omgekeerd; daar vindt een minderheid (36,6%) dat er onvoldoende of totaal geen aandacht aan kwetsbaarheid is besteed in hun opleiding, en vindt de meerderheid dat aandacht hiervoor voldoende (63,5%).

3. WERKERVARING

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die meer werkervaring hebben meer?

Nee. Uit twee univariate variantieanalyses blijkt dat respondenten met meer werkervaring niet significant meer of minder niet-medische risicofactoren in kaart brengen ($p = .112$) of meer signaleergedrag vertonen ($p = .182$).

Met andere woorden, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die meer werkervaring hebben, lijken niet naar meer of minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid te vragen dan hen met minder werkervaring. Ook lijken meer ervaren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen niet meer of minder gedragingen te vertonen die onderdeel uitmaken van kwetsbaarheid signaleren bij gezinnen dan hun minder ervaren collega's.

4. GEBRUIK VAN EEN SIGNALERINGSINSTRUMENT

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die een signaleringsinstrument gebruiken meer?

Nee. In totaal gebruikt 66,0% van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek minimaal één signaleringsinstrument. Twee univariate variantieanalyses laten zien dat deze respondenten niet meer of minder niet-medische

risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart brengen ($p = .992$) of meer of minder signaleergedrag vertonen ($p = .244$).

Dit kan betekenen dat de signaleringsinstrumenten die jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen gebruiken (ETM, SPARK18, GIZ en de vragenlijst van Samen Starten), onvoldoende gericht zijn op het opsporen van de niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid die we in dit onderzoek onderzochten. Deze instrumenten richten zich weliswaar op een of meerdere risicofactoren van kwetsbaarheid, maar wellicht schetsen ze een incompleet beeld van de kwetsbaarheid van een gezin.

5. GEBRUIKSGEMAK VAN SIGNALERINGSINSTRUMENT

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die een signaleringsinstrument makkelijk te gebruiken vinden meer?

Ja, deels. Uit een multi-pele regressieanalyses blijkt dat respondenten die het makkelijker vinden om een signaleringsinstrument te gebruiken, significant meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart brengen als onderdeel van de intake ($p = .046$, $r_{\text{partieel}} = .230$). Uit een tweede multi-pele regressieanalyse blijkt daarnaast dat respondenten die het makkelijker vinden om een signaleringsinstrument te gebruiken, niet meer of minder signaleergedrag vertonen ($p = .818$).

Dit suggereert dat hoe makkelijker jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen het vinden om een signaleringsinstrument te gebruiken, des te meer niet-medische risicofactoren ze standaard in kaart brengen bij de intake van nieuwe gezinnen.

6. RISICOPERCEPTIE

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die denken dat een groot deel van hun cliënten kwetsbaar is meer?

Nee. Gemiddeld genomen denken de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek dat bij 27,4% (SD = 18,8) van de gezinnen die ze in hun praktijk zien sprake is van verhoogde kwetsbaarheid. Uit twee multiële regressieanalyses blijkt dat dit geschatte percentage kwetsbare cliënten niet significant samenhangt met het vragen naar meer risicofactoren ($p = .995$) of met signaleergedrag ($p = .140$).

Dit betekent dat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die denken dat veel van de gezinnen die ze zien kwetsbaar zijn, zich niet meer of minder bezig lijken te houden met kwetsbaarheid signaleren dan zij die schatten dat weinig van de gezinnen die ze zien kwetsbaar zijn.

7. VERANDERURGENTIE

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die minder urgentie voelen om te veranderen minder?

Nee. Van de 179 respondenten die we vroegen of er volgens hun voldoende aandacht was voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, vond 67,8% dat er voldoende of ruim voldoende aandacht was onder jeugdverpleegkundigen en 49,2% dat er voldoende of ruim voldoende aandacht was onder jeugdartsen. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen hadden geen significant positievere of negatievere mening over zichzelf ten opzichte van de andere beroepsgroep ($p = .082$).

Tegelijkertijd vindt maar liefst 89,2% van de 158 jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die we het vroegen, dat de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren in hun organisatie kan worden verbeterd. De meest genoemde behoefte is om een meer systematische aanpak binnen de organisatie te hebben (29,7%), en meer overlegmomenten te hebben met (meer) andere zorgverleners (20,3%).

Als je kijkt naar het verband tussen deze vormen van veranderurgentie en kwetsbaarheid signaleren, blijkt uit univariate variantieanalyses dat er geen significante samenhang is. Dat wil zeggen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die vinden dat de aanpak in hun organisatie kan worden verbeterd, vragen niet naar meer of minder risicofactoren van kwetsbaarheid bij de intake van nieuwe gezinnen ($p = .982$) en vertonen niet meer signaleergedrag ($p = .762$).

8. ZELFOVERSCHATTING

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die denken dat ze kwetsbaarheid weinig over het hoofd zien minder?

Nee. Gemiddeld genomen denken jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek dat ze kwetsbaarheid over het hoofd zien bij 15,9% (SD = 13,9) van de kwetsbare gezinnen. Uit twee multi-pele regressieanalyses blijkt dat dit percentage niet significant samenhangt met vragen naar meer risicofactoren van kwetsbaarheid ($p = .653$) of signaleergedrag ($p = .921$). Het vertrouwen in je eigen vermogen om kwetsbaarheid te signaleren lijkt dus geen verband te hebben met het proberen te signaleren van kwetsbaarheid.

9. TIJD VOOR EEN CONSULT

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die meer tijd voor een consult hebben meer?

Nee. Gemiddeld genomen duurt de eerste afspraak met een gezin na de geboorte van een kind 54,7 minuten (SD = 20,6), en deze afspraak wordt bijna altijd gedaan door de jeugdverpleegkundige (97,8%). De meerderheid vindt de tijd die hiervoor beschikbaar is precies goed (72,1%), en een minderheid vindt de tijd te kort (25,0%).

Een meerderheid van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen (60,6%) geeft aan dat er, los van deze eerste afspraak, over het algemeen te weinig tijd is voor afspraken met gezinnen, terwijl 39,4% vindt dat er precies genoeg tijd is. Niemand gaf aan dat er teveel of veel teveel tijd is voor afspraken met gezinnen. Bij de meeste respondenten (62,1%) komt het minder dan de helft van de tijd voor dat een afspraak met een gezin uitloopt, maar bij 19,7% komt dit de helft van de tijd voor en 14,4% zelfs meer dan de helft van de tijd.

Uit een multi-pele regressieanalyse blijkt dat respondenten die minder tevreden zijn over de tijd die ze hebben afspraken met gezinnen ($p = .557$) of bij wie de afspraken vaker uitlopen ($p = .318$), niet meer of minder signaleergedrag vertonen. Er is ook geen significante samenhang tussen hoe tevreden respondenten zijn over de tijd die ze hebben met afspraken met gezinnen ($p = .655$) of bij wie de afspraken vaker uitlopen ($p = .875$) en vragen naar meer risicofactoren. De respondenten die de eerste afspraak na de geboorte van een kind doen ($n = 85$) en daar meer tijd voor hebben, vragen volgens een lineaire regressieanalyse bij de intake ook niet naar significant meer of minder risicofactoren van kwetsbaarheid ($p = .983$).

Dit wil niet zeggen dat de tijd die jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen hebben voor afspraken met gezinnen genoeg is. Het feit dat een meerderheid van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek aangeeft dat er te weinig tijd is voor afspraken met gezinnen, is alsnog een belangrijk signaal.

10. VERWIJSMOGELIJKHEDEN

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die goed weten wat de verwijismogelijkheden zijn meer?

Nee. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek gaven gemiddeld aan dat ze bij 74,9% (SD = 20,5) van de 16 opgenoemde niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid weten waar ze gezinnen naar door moeten verwijzen. Jeugdartsen (74,5%, SD = 21,1) verschillen hierin niet significant van jeugdverpleegkundigen (75,1%, SD = 20,4; $p = .872$). Oftewel, jeugdartsen lijken gemiddeld genomen even goed op de hoogte te zijn van verwijismogelijkheden voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid als jeugdverpleegkundigen. In BIJLAGE D is een compleet overzicht te zien van de niet-medische risicofactoren waar we naar vroegen en de hoeveelheid respondenten die wisten waar ze naar konden doorverwijzen voor die risicofactoren.

Uit twee multi-pele regressieanalyses blijkt dat respondenten die beter op de hoogte zijn van verwijismogelijkheden slechts naar marginaal significant meer risicofactoren vragen bij de intake ($p = .08$, $r_{\text{partieel}} = .202$). Respondenten die beter op de hoogte zijn van verwijismogelijkheden vertonen daarnaast niet meer signaleergedrag ($p = .217$).

11. SELF-EFFICACY OM GEVOELIGE ONDERWERPEN TE BESPREKEN

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die zich vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen meer?

Ja, deels. Een independent samples t-test laat zien dat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek zich ongeveer even vaardig voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen ($p = .740$). Daarnaast blijkt uit multi-pele regressieanalyse dat respondenten die zich vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen niet naar significant meer risicofactoren van kwetsbaarheid vragen ($p = .281$). Wel vragen respondenten die zich vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen meer signaleergedrag ($p = .002$, $r_{\text{partieel}} = .318$).

Dit impliceert dat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die zich vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen, meer gedragingen te vertonen die onderdeel uitmaken van het signaleren van kwetsbare gezinnen.

12. AANDACHT VOOR SOCIALE ASPECTEN

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die zich graag bezighouden met de sociale aspecten van hun werk meer?

Nee. Hoewel zowel jeugdverpleegkundigen ($M = 4,9$, $SD = 0,5$) als jeugdartsen ($M = 4,6$, $SD = 0,4$) zich relatief graag bezig lijken te houden met de sociale aspecten van hun werk, blijkt uit een independent samples t-test dat deze voorkeur significant sterker is onder jeugdverpleegkundigen dan jeugdartsen in dit onderzoek ($p = .006$). Oftewel, de sociale aspecten van hun werk en het ontwikkelen van een goede band met een gezin lijken voor jeugdverpleegkundigen nog belangrijker dan voor jeugdartsen. Respondenten die zich liever met het sociale aspect van hun werk bezighouden, vragen gemiddeld niet naar meer of minder niet-medische risicofactoren bij de intake ($p = .741$) en vertonen niet meer of minder signaleergedrag ($p = .171$) dan respondenten die zich daar minder graag mee bezighouden.

13. ONDERBUIKGEVOEL

Signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die op hun onderbuikgevoel vertrouwen meer?

Nee. Ten eerste blijkt uit een independent samples t-test dat jeugdartsen niet significant meer of minder op hun onderbuikgevoel durven te vertrouwen voor het signaleren van kwetsbaarheid dan jeugdverpleegkundigen ($p = .931$). Daarnaast blijkt uit twee multiële regressieanalyses dat respondenten die meer op hun onderbuikgevoel vertrouwen niet naar significant meer of minder niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid vragen ($p = .892$) en vertonen ze ook niet significant meer of minder signaleergedrag ($p = .651$). Oftewel, er lijkt geen verband te zijn tussen het signaleren van kwetsbaarheid en het vertrouwen op het onderbuikgevoel bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 2

- 89,2% van de 158 jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die we het vroegen, vindt dat de huidige aanpak van niet-medische risicofactoren in hun organisatie kan worden verbeterd. Meest genoemde behoefte is meer systematische aanpak (29,7%) en meer overlegmomenten (20,3%).
- De meerderheid van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen (60,6%) geeft aan dat er te weinig tijd is voor afspraken met gezinnen.
- Het gebruiken van ten minste één van de meest bekende signaleringsinstrumenten (ETM, Samen Starten, GIZ of SPARK18) draagt niet significant bij aan het in kaart brengen van meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Dit wijst er mogelijk op dat deze signaleringsinstrumenten een incompleet beeld van de algehele kwetsbaarheid van een gezin schetsen.
- De drijfveren en weerstanden die een rol spelen bij het signaleren van kwetsbare gezinnen door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek, hangen af van hoe je het signaleren van kwetsbaarheid definieert.
- Als je signaleren definieert als het standaard vragen naar zoveel mogelijk niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid als onderdeel van de intake, spelen er andere factoren dan wanneer je signaleren definieert aan de hand van een verzameling gedragingen (signaleergedrag), zoals het doorvragen op antwoorden van cliënten of het bespreken van signalen van kwetsbaarheid met cliënten.

Vragen naar risicofactoren van kwetsbaarheid

- Hoe makkelijker jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek het vinden om een signaleringsinstrument te gebruiken, des te meer niet-medische risicofactoren ze standaard in kaart brengen bij de intake van nieuwe gezinnen.

Signaleergedrag

- Hoe vaardiger jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen zich voelen (self-efficacy) in het bespreken van gevoelige onderwerpen, des te meer gedragingen ze vertonen die onderdeel uitmaken van het signaleren van kwetsbare gezinnen.

ONDERZOEKSVRAAG 3

WELKE ANDERE AANKNOPINGSPUNTEN ZIJN ER VERDER BIJ JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN OM KWETSBARE GEZINNEN BETER TE SIGNALEREN?

De eerste afspraak na de geboorte

Veruit het grootste deel van alle respondenten (97,8%) gaf aan dat de eerste afspraak na de geboorte bij hen door de jeugdverpleegkundige wordt gedaan. 36,3% van de respondenten zegt dat deze eerste afspraak standaard een huisbezoek is. Op het moment van het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van dit onderzoeksrapport is er sprake van speciale maatregelen tegen de verspreiding van het COVID-19 virus. Daarom geeft 53,3% aan dat de eerste afspraak normaal gesproken wel een huisbezoek is, maar nu niet vanwege COVID-maatregelen. Een kleine minderheid (10,4%) zegt dat de eerste afspraak niet standaard een huisbezoek is.

Respondenten geven aan dat er gemiddeld genomen 54,7 minuten staan voor de eerste afspraak na de geboorte (SD = 20,6). De meerderheid vindt de tijd die hiervoor beschikbaar is precies goed (72,1%), en een minderheid vindt de tijd te kort (25,0%).

Intakevragenlijst voor risicofactoren

De intake van een nieuw gezin biedt een belangrijke kans om van een zo groot mogelijk deel van de gezinnen een zo

compleet mogelijk plaatje te schetsen van de risicofactoren en beschermende factoren die bij hen al dan niet een rol spelen. Als ieder gezin voorafgaand aan de intake een standaard vragenlijst over risicofactoren en beschermende factoren zou invullen, hebben jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen direct een eerste indicatie van de kwetsbaarheid van hun situatie en bespaart dit tijd tijdens het intakeconsult.

Bovendien is de kans kleiner dat ouders sociaal wenselijke antwoorden geven op vragen die over gevoelige onderwerpen gaan als ze die beantwoorden via een vragenlijst. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt namelijk dat mensen eerder geneigd zijn om hun antwoorden op te poetsen als de vraag wordt gesteld via een interviewer dan via een vragenlijst. Hoe sterk deze drang is om sociaal wenselijk te antwoorden op een vraag van een interviewer, is bovendien sterk afhankelijk van de manier waarop de vraag wordt gesteld en van eigenschappen van de interviewer (e.g., de jeugdarts of jeugdverpleegkundige) zelf¹¹.

Daarom zou het goed zijn om, ter aanvulling van het intakeconsult, ook een standaard vragenlijst af te nemen die nieuwe gezinnen zelf invullen. In het intakeconsult kan dan eventueel worden doorgevraagd op antwoorden die op de vragenlijst zijn gegeven. Zo worden de voordelen van vragenlijsten, als middel om te signaleren, optimaal gecombineerd met de voordelen van gesprekstechnieken als middel om kwetsbare gezinnen te signaleren.

11. Krumpal, I. (2011). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47, 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>

Een kleine meerderheid van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek (55,3%) gaf aan dat er bij hun consultatiebureau geen gebruik wordt gemaakt van een intakevragenlijst (waar ook vragen over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in staan) die nieuwe gezinnen zelf invullen. 38,2% van de respondenten gaf aan dat er wel gebruik werd gemaakt van een dergelijke intake-vragenlijst en 2,4% zei dat er wel een zelf in te vullen intake-vragenlijst wordt gebruikt, maar dat daarin niet naar niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid wordt gevraagd.

De respondenten waren verdeeld over of ze een dergelijke intake-vragenlijst zouden willen gebruiken. 43,4% zei dat ze er een zouden willen gebruiken, en 41,4% zei dat het er vanaf hing of ze dat wilden.

Respondenten die aangeven geen gebruik te willen maken van een intake-vragenlijst geven aan dat ze de voorkeur geven aan een persoonlijk gesprek, dat een dergelijke intake geen ruimte biedt voor doorvragen of dat ze al gebruikmaken van een vragenlijst tijdens het eerste huisbezoek. Ook laaggeletterdheid en een taalbarrière onder ouders vormen een obstakel.

Standaard vragenlijst versus gespreksmethode

We vroegen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen of ze liever een standaard vragenlijst gebruikten om niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid van een gezin in kaart te brengen, of een gespreksmethode of protocol. In Figuur 18 is te zien dat de meeste

respondenten (66,4%) zeiden dat ze het liefst een standaard vragenlijst in combinatie met een gespreksmethode of protocol gebruiken. Hierna is een gespreksmethode zonder standaard vragenlijst het populairst (19,1%), gevolgd door een standaard vragenlijst zonder gespreksprotocol (11,2%).

	Totaal	Jeugdverpleegkundigen (n = 107)	Jeugdartsen (n = 45)
Ik gebruik het liefst geen standaard vragenlijst en geen gespreksmethode	3,3%	2,8%	4,4%
Ik gebruik liever een standaard vragenlijst, geen gespreksmethode	11,2%	8,4%	17,8%
Ik gebruik liever een gespreksmethode, geen standaard vragenlijst	19,1%	17,8%	22,2%
Ik gebruik het liefst een standaard vragenlijst in combinatie met een gespreksmethode	66,4%	71,0%	55,6%

Figuur 18. De voorkeur die jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek uitspreken voor het gebruiken van een standaard vragenlijst ten opzichte van een gespreksmethode.

Respondenten die aangeven liever geen standaard vragenlijst te gebruiken, zeggen dit niet te doen omdat een gesprek op een verhoor gaat lijken (en kwetsbare ouders in de weerstand schieten), het afstandelijk voelt en de opbouw van een vertrouwensrelatie in de weg zit. Dit laatste zorgt er in hun ogen ook voor dat kwetsbare ouders de vragenlijst sociaal wenselijk invullen.

Contact met kraamzorg

We vroegen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek in hoeverre ze het gevoel hebben dat ze genoeg informatie krijgen van de kraamzorg over een zwangere of gezin in een kwetsbare situatie. Bijna de helft van de respondenten zei dat dit voldoende was, maar beter kan (49,7%). 33,3% van de respondenten zei dat ze onvoldoende of totaal geen informatie krijgen van de kraamzorg, en 17,0% van de respondenten vindt de informatie die ze van de kraamzorg krijgen ruim voldoende.

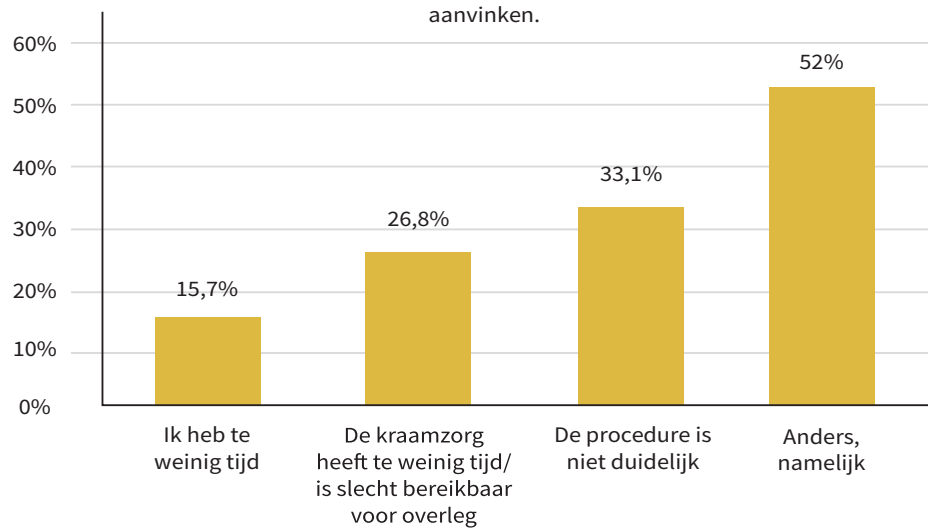
Ook vroegen we aan jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in het onderzoek in hoeverre ze het gevoel hebben dat ze voldoende gelegenheid hebben om met de kraamzorg te overleggen over een zwangere of een gezin in een kwetsbare situatie. De meeste respondenten gaven aan dat ze dit voldoende vonden, maar dat het beter kan (44,5%), gevolgd door respondenten die vonden dat er onvoldoende of totaal geen gelegenheid is (32,2%) en een groep die het ruim voldoende vindt (23,3%).

In Figuur 19 is te zien wat respondenten het meest als reden noemden voor het gebrek aan gelegenheid voor overleg met de kraamzorg en de manieren waarop ze denken dat de informatieoverdracht met de kraamzorg kan worden verbeterd. Hieruit blijkt dat veel jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek graag duidelijkere procedures zouden willen hebben over de informatieoverdracht tussen hen en de kraamzorg over zwangeren en gezinnen.

JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

(n = 127)

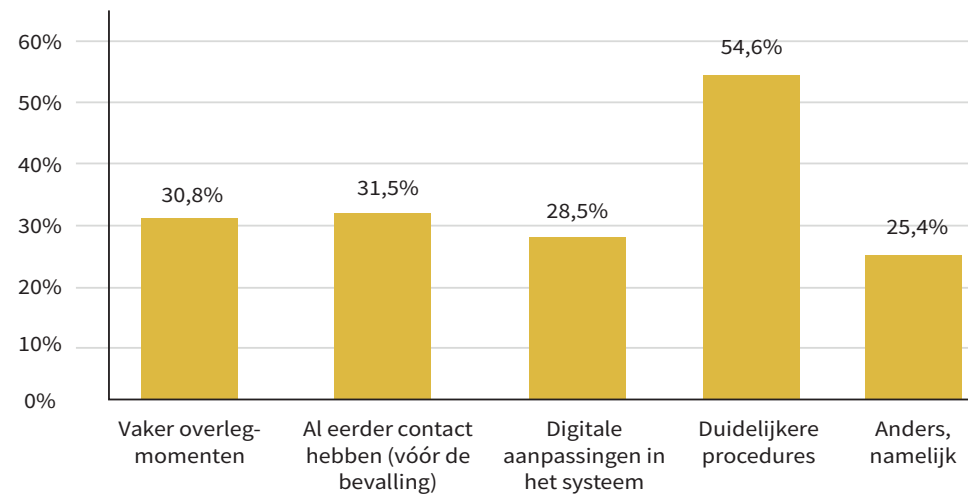
Hoe komt het volgens jou dat je onvoldoende gelegenheid hebt om te overleggen met de kraamzorg? Je kunt meerdere opties aanvinken.



JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

(n = 130)

Hoe kan de informatieoverdracht met de kraamzorg worden verbeterd? Je kunt meerdere opties aanvinken.



Figuur 19. Redenen en oplossingen die jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek geven om het contact met de kraamzorg te verbeteren.

Respondenten geven aan dat de informatieoverdracht rondom kwetsbare ouders verbeterd kan worden door onderling contact makkelijker en standaard te maken (zoals één lijn in overdrachtsformulieren). Hierin gaat het vooral om weten hoe en waarvoor jeugdartsen en -verpleegkundigen te benaderen zijn. Ook de overdracht vaker in persoon doen in plaats van op papier kan helpen, eventueel al tijdens de kraamweek. Ook wordt geopperd binnen kraamzorg een aantal kraamverzorgenden speciaal op te leiden voor werken met kwetsbare ouders.

Contact met verloskundige

Naast dat we vragen stelden over het contact dat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen hebben met de kraamzorg, stelden we ook vragen over het contact dat ze hebben met verloskundigen. De meeste respondenten (44,6%) geven aan dat ze voldoende informatie krijgen van de verloskundige, maar dat dit beter kan. Hierna volgt een groep respondenten die zegt dat ze onvoldoende of totaal geen informatie krijgen van de verloskundige (35,8%) en een kleinere groep die zegt dat ze ruim voldoende informatie van de verloskundige krijgen (19,6%).

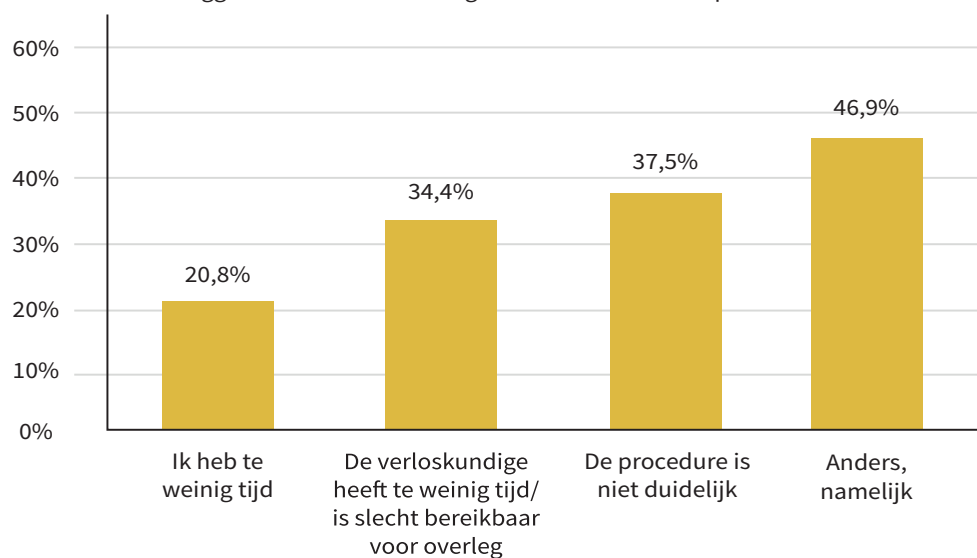
We vroegen ook in hoeverre jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in het onderzoek het gevoel hadden dat ze voldoende gelegenheid hebben om met de verloskundige te overleggen over een zwangere of een gezin in een kwetsbare situatie. De meeste respondenten gaven ook hier, net als bij het contact met de kraamzorg, aan dat het voldoende was, maar beter kan (42,7%). Het beeld is verder wel wat positiever dan over het contact met de kraamzorg, aangezien maar liefst 42,0% aangeeft dat ze ruim voldoende gelegenheid hebben om met de verloskundige te overleggen, en slechts 15,4% van de respondenten zegt dat er onvoldoende of totaal geen gelegenheid is voor overleg.

In Figuur 20 is te zien wat respondenten het meest als reden noemen voor het gebrek aan gelegenheid voor overleg met de verloskundige en de manieren waarop ze denken dat de informatieoverdracht met de verloskundige kan worden verbeterd. Hierin is te zien dat er, naast de wens om ook hier duidelijkere procedures te hebben, veel jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek graag al op een eerder moment contact zouden willen hebben met de verloskundige over zwangeren en gezinnen.

JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

(n = 96)

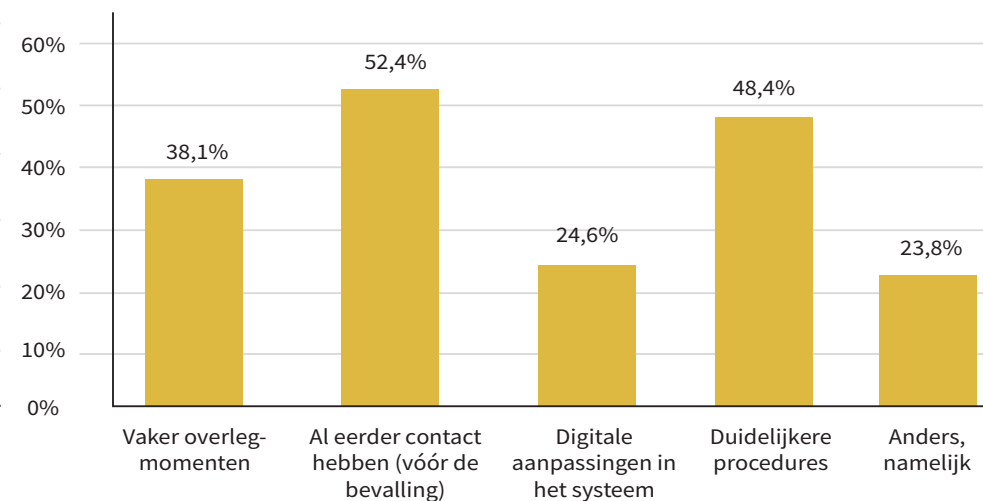
Hoe komt het volgens jou dat je onvoldoende gelegenheid hebt om te overleggen met de verloskundige? Je kunt meerdere opties aanvinken.



JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

(n = 126)

Hoe kan de informatieoverdracht met de verloskundige worden verbeterd? Je kunt meerdere opties aanvinken.



Figuur 20. Redenen en oplossingen die jeugdartsen en jeugd- verpleegkundigen in dit onderzoek geven om het contact met verloskundigen te verbeteren.

In de open invulvelden geven respondenten verder aan dat er maar incidenteel contact is tussen de jeugdarts of jeugdverpleegkundigen en de verloskundigen. Als er al contact is tussen deze twee partijen, is het volgens enkele respondenten vaak pas na de bevalling en erg beperkt. Verloskundigen weten volgens sommigen ook niet altijd de weg te vinden naar jeugdgezondheidszorg.

Bijscholing

We vroegen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in het onderzoek of zij bijscholing zouden willen krijgen in het signaleren van niet-medische risicofactoren en beschermende factoren van kwetsbaarheid. Een groot deel van de respondenten (N = 135) gaf aan dat ze inderdaad graag bijscholing hierover zouden willen krijgen (89,6%). Bijna de helft hiervan (45,5%) zou dit willen doen mits de bijscholing geaccrediteerd wordt.

We vroegen ook of er speciale aspecten zijn van kwetsbaarheid waar ze bijscholing over zouden willen krijgen. Onderwerpen die respondenten noemen zijn onder andere laaggeletterdheid, gespreksvaardigheden, armoede, alcohol- en drugsgebruik en verslavingsproblematiek, psychische klachten, het stimuleren van een gezondere leefstijl en het gesprek aangaan over allerlei vormen van kwetsbaarheid.

Wat zeggen respondenten zelf

Wat noemen respondenten als de belangrijkste belemmering? Respondenten geven aan dat de belangrijkste belemmering om niet-medische risicofactoren te signaleren tijd is, die nodig is om een vertrouwensband op te bouwen en om het gezin te leren kennen. Ook het afnemen van face-to-face contactmomenten (door Corona, maar ook los daarvan) is een belemmering. Ook wordt het niet hebben van de juiste gespreksvaardigheden of trainingen in het signaleren genoemd als belemmering. Daarnaast wordt het niet hebben van de mogelijkheid om later in het leven van een kind - bijvoorbeeld na anderhalf jaar - nog eens op huisbezoek te komen genoemd en zijn jeugdartsen en -verpleegkundigen bang een gezin ten onrechte het stempel “kwetsbaar” te geven.

Wat kan hier volgens respondenten aan gedaan worden?

Het zou helpen om de tijdsdruk van consulten te verminderen en de contactmomenten met ouders in (vermoedelijk) kwetsbare situaties te verhogen. Ook zou meer continuïteit helpen, bijvoorbeeld door een kwetsbaar gezin steeds aan dezelfde jeugdarts of -verpleegkundige te koppelen voor consulten (in plaats van steeds een ander). Ook koppelen van ervaren jeugdartsen/-verpleegkundige kan helpen. Daarnaast lijkt goede scholing belangrijk. De respondenten geven aan behoefte te hebben aan voorbeeldcasussen en intervisie, training in gesprekstechnieken en goed vindbare informatie over de hulpmogelijkheden die er zijn om kwetsbare gezinnen te ondersteunen.

Respondenten geven aan dat ze zelf ook wat kunnen doen aan de situatie door zich niet zo te laten leiden door de (beperkte) tijd die voor een consult staat en richting de ouders nog beter uitstralen dat er genoeg tijd is om zaken te bespreken. Ook het (durven) door te vragen in gesprekken met ouders wordt genoemd, net als gebruikmaken van standaard vragenlijsten, twijfels met collega's delen en bij vermoeden of signalering van kwetsbaarheid extra contactmomenten inplannen. Daarnaast wordt vaker op huisbezoek gaan, oplossingsgerichte vragen stellen (zoals "Welk cijfer geef je je leven?" gevolgd door "Hoe kun je dit cijfer omhoog krijgen?") en meer zichtbaar zijn op plaatsen waar ouders met hun kinderen komen, zoals een kinderdagverblijf. Een aantal respondenten zegt ook zich misschien harder te moeten maken voor intercollegiaal overleg over vermoedens van kwetsbaarheid.

Een aantal respondenten geeft aan dat de hulpinstanties voor kwetsbare gezinnen soms te moeilijk te benaderen zijn voor deze ouders. En zijn vaak wachtlijsten en het kan het zijn dat er gevraagd wordt "een zorgvraag" op papier te zetten, terwijl dit voor deze gezinnen een grote opgave kan zijn. Dit schrikt af en zorgt er regelmatig voor dat ouders de juiste zorg niet krijgen. Ook geeft een aantal respondenten aan dat er een groep kwetsbare ouders is die zorg mijdt en dat ze zich daar zorgen over maken. Genoemd wordt ook dat de nieuwe, vrij strikte AVG en privacyregels het delen van belangrijke informatie tussen instanties regelmatig in de weg staat en dat JGZ als organisatie nog niet erg benaderbaar is voor of als zodanig wordt gezien door andere instanties. Ten slotte wordt er regelmatig verwezen naar de invloed van Corona. Hierdoor is het fysieke contact afgenomen, wat zorgt voor minder zicht op gezinnen. Kwetsbare gezinnen lijden daar extra onder.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 3

- Een zelf in te vullen intakevragenlijst voor nieuwe gezinnen verlaagt de kans dat ouders sociaal wenselijke antwoorden geven, zo blijkt uit eerder onderzoek. De helft van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek (55,3%) geeft echter aan dat er bij hun organisatie geen gebruik wordt gemaakt van een intakevragenlijst waar ook vragen over niet-medische risicofactoren in staan.
- Een op de drie respondenten (33,3%) zei dat ze onvoldoende of totaal geen informatie krijgen van de kraamzorg. De helft van de respondenten (49,7%) vindt de informatie vanuit de kraamzorg voldoende, maar vindt dat het beter kan.
- Een op de drie respondenten (35,8%) zegt ook dat ze onvoldoende of totaal geen informatie krijgen van de verloskundige. Bijna de helft van de respondenten (44,6%) vindt de informatie vanuit de verloskundige voldoende, maar vindt dat het beter kan.
- Uit de antwoorden van respondenten die vinden dat het contact tussen hen en verloskundigen beter kan, valt op te maken dat ze vooral eerder en vaker contactmomenten willen hebben en dat er behoefte is aan duidelijkere procedures. Veel contact is slechts incidenteel of erg summier, en volgens sommige respondenten weten verloskundigen niet altijd de weg te vinden naar hen.
- Ook over het contact met kraamzorg zeggen respondenten dat ze graag duidelijkere procedures willen hebben rondom de overdracht. In open antwoorden wordt door een aantal respondenten geopperd dat het onderling contact ook makkelijker kan worden gemaakt door de overdracht vaker in persoon te doen, en dat het belangrijk is voor kraamzorg om te weten hoe en waarvoor jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen te benaderen zijn. Ook dit zou met duidelijkere procedures kunnen worden aangepakt.
- Maar liefst 89,6% van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek zou graag bijscholing willen krijgen over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Respondenten zeggen bijvoorbeeld graag meer te willen weten over laaggeletterdheid, gespreksvaardigheden, armoede, alcohol- en drugsgebruik en verslavingsproblematiek, psychische klachten, het stimuleren van een gezondere leefstijl en het gesprek aangaan over allerlei vormen van kwetsbaarheid.
- In antwoord op open vragen geven veel respondenten aan dat de belangrijkste belemmering om niet-medische risicofactoren te signaleren tijd is, die nodig is om een gezin te leren kennen en een vertrouwensband op te bouwen. Ook noemen meerdere respondenten dat ze graag betere gespreksvaardigheden of trainingen zouden willen krijgen voor het signaleren van bepaalde risicofactoren.
- Er werden veel mogelijke oplossingen beschreven door respondenten om het signaleren van kwetsbare gezinnen te verbeteren. Een aantal hiervan zijn minder tijdsdruk bij consulten, betere continuïteit (bijvoorbeeld door één jeugdarts of jeugdverpleegkundige aan een gezin te koppelen), en meer intervisie, training en intercollegiaal overleg.

ONDERZOEKSVRAAG 4

HOE VOELEN CLIËNTEN ZICH BIJ HET SIGNALEREN DOOR JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN?

BESCHRIJVING STEEKPROEF

In oktober en november 2020 verspreidden we een vragenlijst onder vrouwen die de afgelopen 12 maanden waren bevallen en ten minste één keer een afspraak hadden gehad met het consultatiebureau. We stelden hun vragen over het contact dat ze tot dusver hadden gehad met mensen van het consultatiebureau. Voor een verdere beschrijving van de onderzoeksopzet, zie **3. Onderzoeksopties**.

In totaal vulden 56 vrouwen de vragenlijst in. De gemiddelde leeftijd was 32,2 jaar ($SD = 5,8$), en gemiddeld waren ze 3,2 maanden geleden bevallen ($SD = 1,4$). De meesten gaven aan dat ze alleen met hun kind naar controles te gaan (64,3%), gevolgd door vrouwen die zeiden dat ze soms iemand extra meenemen (28,6%), of meestal (5,4%) of altijd (1,8%) iemand extra meenemen. Bij 76,8% van de vrouwen is degene die ze dan extra meenemen hun partner, bij 35,7% is het een van hun andere kinderen, bij 8,9% is het een ander familielid, en bij 3,6% is het een vriend of vriendin.

De helft van de respondenten (44,6%) zei dat ze zich altijd fijn voelen bij de mensen van het consultatiebureau, gevolgd door 42,9% die zei dat ze zich meestal fijn voelen bij de mensen

van het consultatiebureau. Slechts 7,1% van de respondenten zei dat ze zich soms wel, soms niet fijn bij de mensen van het consultatiebureau voelen. Eén respondent (1,8%) zei dat ze zich meestal niet fijn voelt bij de mensen van het consultatiebureau, en twee respondenten (3,6%) zeiden dat ze zich nooit fijn voelen bij de mensen van het consultatiebureau.

Naar welke risicofactoren van kwetsbaarheid werden cliënten gevraagd bij de intake?

We vroegen vrouwen of er bij de intake door het consultatiebureau vragen waren gesteld over een aantal niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, hetzij via een vragenlijst die ze zelf invulden of tijdens een gesprek met een jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Zo vroegen we of ze waren gevraagd naar hun opleidingsniveau, of ze psychische problemen hebben en over problemen in hun relatie. De antwoordopties waren 'Ja', 'Nee', of 'Weet ik niet meer'. In Bijlage F staat een overzicht van de niet-medische risicofactoren waar al dan niet naar werd gevraagd volgens de respondenten, of ze begrepen waarom ernaar werd gevraagd, en of ze het vervelend vonden dat ernaar werd gevraagd.

Allereerst valt op aan dit overzicht dat cliënten van consultatiebureaus zich minder vaak lijken te kunnen herinneren naar welke factoren er is gevraagd dan cliënten van verloskundigen. Dit heeft wellicht te maken met de intensieve tijd die volgt op de geboorte van een kind. Ook valt op dat er meer cliënten zeggen dat er niet naar risicofactoren is gevraagd door consultatiebureau dan bij verloskundigen.

De risicofactoren waar volgens de respondenten het vaakst naar werd gevraagd als onderdeel van de intake bij het consultatiebureau, waren roken (58,9%), werk (57,1%) en alcoholgebruik (55,4%). De risicofactoren waar volgens de cliënten het minst naar werd gevraagd, waren inkomen (19,6%), religie/geloof (28,6%) en relatieproblemen (32,1%). Religie kan een risicofactor vormen doordat sommige religies bepaalde medische behandelingen niet toestaan.

Begrijpen cliënten waarom er naar risicofactoren WORDT gevraagd?

Dat hangt er vanaf. We vroegen per risicofactor of respondenten begrepen waarom mensen van het consultatiebureau ernaar vroegen. Als ze niet meer wisten of ernaar was gevraagd, vroegen we of ze het zouden begrijpen als ernaar werd gevraagd. De antwoordopties waren ‘Ja, dat begrijp ik’ en ‘Nee, dat begrijp ik niet’. In Bijlage F staat een overzicht van de niet-medische risicofactoren waar al dan niet naar werd gevraagd volgens de cliënten, of ze begrepen waarom ernaar werd gevraagd, en of ze het vervelend vonden dat ernaar werd gevraagd.

Gemiddeld genomen begrijpen respondenten van 84,5% (SD = 15,8) van de risicofactoren waarom mensen van het consultatiebureau ernaar vragen. De risicofactoren waarvoor de meeste respondenten begrip hadden als ernaar werd gevraagd door mensen van het consultatiebureau, waren drugsgebruik (96,4%), roken (91,1%), alcoholgebruik (89,3%) en psychische problemen (87,5%). De

risicofactoren waarvoor de minste respondenten begrip hadden als ernaar werd gevraagd door mensen van het consultatiebureau, waren inkomen (51,8%), religie/geloof (62,5%), nationaliteit/etnische achtergrond (71,4%) en opleidingsniveau (73,2%).

Vinden cliënten het vervelend dat er naar risicofactoren WORDT gevraagd?

Dat hangt er vanaf. We vroegen per risicofactor of respondenten het vervelend vonden mensen van het consultatiebureau ernaar vroegen. Als ze niet meer wisten of ernaar was gevraagd, vroegen we of ze het vervelend zouden vinden als ernaar werd gevraagd. De antwoordopties waren ‘Ja, dat vind ik vervelend’ en ‘Nee, vind ik niet vervelend’. In Bijlage F staat een overzicht van de niet-medische risicofactoren waar al dan niet naar werd gevraagd volgens de cliënten, of ze begrepen waarom ernaar werd gevraagd, en of ze het vervelend vonden dat ernaar werd gevraagd.

Gemiddeld genomen vinden respondenten het van 22,2% (SD = 28,3) van de risicofactoren vervelend als mensen van het consultatiebureau hiernaar vragen, maar de variatie tussen respondenten is erg groot. De risicofactoren die de minste cliënten vervelend vonden om vragen over te beantwoorden, waren werk (10,7%), drugsgebruik (12,5%) en alcoholgebruik (12,5%). De risicofactoren die de meeste cliënten vervelend vonden om vragen over te beantwoorden, waren inkomen (48,2%), relatieproblemen (42,9%), geldproblemen (35,7%) en religie/geloof (23,3%).

Vinden cliënten het minder vervelend als ze begrijpen waarom er naar een risicofactor wordt gevraagd?

Ja, deels. Allereerst berekenden we de correlatie tussen het percentage risicofactoren waarbij respondenten begrip hadden dat ernaar werd gevraagd en het percentage risicofactoren waarvan respondenten het vervelend vonden dat ernaar werd gevraagd. Daarna gebruikten we chi-squared (χ^2) testen om bij elk van de risicofactoren te berekenen of begrijpen dat ernaar werd gevraagd samenhang met het niet vervelend vinden dat ernaar werd gevraagd.

Uit het berekenen van de correlatie blijkt dat respondenten die over het algemeen vaker begrip hebben voor vragen over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, het slechts marginaal significant minder vaak vervelend vinden dat er vragen over worden gesteld ($r = -.226, p = .094$). Oftewel, de samenhang tussen het begrijpen en het vervelend vinden dat er naar een risicofactor wordt gevraagd, is niet duidelijk genoeg om statistisch significant te zijn.

Daarnaast bleek uit de chi-squared (χ^2) testen dat het verschilt per risicofactor of er samenhang is tussen het begrijpen en het vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. In figuur 21 hieronder is een overzicht te zien van de risicofactoren, de p -waardes en χ^2 waardes van de χ^2 testen.

	Hoeveel procent van de respondenten vindt het vervelend dat ernaar wordt gevraagd?	Hoeveel procent van de respondenten begrijpt dat ernaar wordt gevraagd?	<i>p</i>	χ^2
Inkomen	48,2%	51,8%	< .0001	18,25*
Relatieproblemen	42,9%	83,9%	.916	niet significant
Geldproblemen	35,7%	80,4%	< .001	12,67*
Religie/geloof	23,2%	62,5%	.165	niet significant
Psychische problemen	19,6%	87,5%	.098	niet significant
Opleidingsniveau	16,1%	73,2%	.033	4,53*
Stress	16,1%	87,5%	.336	niet significant
Roken	14,3%	91,1%	< .0001	19,36*
Nationaliteit/etnische achtergrond	14,3%	71,4%	.147	niet significant
Alcoholgebruik	12,5%	89,3%	.003	8,64*
Drugsgebruik	12,5%	96,4%	.102	niet significant
Werk	10,7%	85,7%	.158	niet significant

Figuur 21. Niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid waarover jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen vragen kunnen stellen, en hoeveel cliënten (N = 56) het begrijpen en vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. Voor elke risicofactor is het verband tussen begrijpen en vervelend vinden berekend middels een chi-squared (χ^2) test. Statistisch significante resultaten ($p < .05$) zijn in de laatste kolom gemarkeerd met een ster.

Oftewel, als cliënten begrijpen waarom mensen van het consultatiebureau vragen naar roken, inkomen, geldproblemen, alcoholgebruik en opleidingsniveau, is de kans groter dat ze het niet vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. Het loont dan ook om duidelijk te maken aan cliënten waarom er naar dergelijke onderwerpen wordt gevraagd.

Van de overige risicofactoren is er geen verband tussen het begrijpen en het vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. Dat kan komen doordat er te weinig mensen het niet vervelend vinden of het niet begrijpen dat ernaar wordt gevraagd, waardoor er geen statistisch significant verschil te zien is. Het kan ook komen doordat er bij deze risicofactoren andere factoren meespelen die bepalen of een cliënt het vervelend vindt dat ernaar wordt gevraagd.

Weten cliënten wat er wordt gedaan met de informatie die ze geven?

Deels. De ene helft van de respondenten (48,2%) zei dat ze denken te weten wat mensen van het consultatiebureau doen met de antwoorden die ze geven op hun vragen, en de andere helft (51,8%) zei dat ze niet weten wat er met hun antwoorden wordt gedaan.

Van de respondenten die zeggen dat ze niet weten wat er met hun antwoorden wordt gedaan, zegt driekwart (75,9%) dat ze graag meer willen weten over wat er met hun antwoorden wordt gedaan. Zelfs van de respondenten die zeggen dat ze weten wat er met hun antwoorden wordt gedaan, zegt een kleine meerderheid (59,3%) dat ze toch graag meer willen weten over wat er met hun

antwoorden wordt gedaan. Oftewel, er lijkt duidelijk behoefte onder cliënten van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen aan meer transparantie over wat er met hun antwoorden op vragen wordt gedaan.

Helpt het cliënten om te weten wat er wordt gedaan met de informatie die ze geven?

Deels. We standaardiseerden scores en voerden een multivariate variantieanalyse uit om het verband te analyseren tussen transparantie (of een cliënt weet wat mensen van het consultatiebureau doen met haar antwoorden op vragen) en algemeen vertrouwen in de mensen van het consultatiebureau, algemeen begrip voor vragen over risicofactoren en vragen over risicofactoren vaker vervelend vinden.

Er is in het algemeen een verband te vinden tussen deze factoren ($p = .001$, $\eta_p^2 = .279$). Uit verdere univariate variantieanalyses blijkt dat respondenten die weten wat mensen van het consultatiebureau doen met hun antwoorden op vragen, significant meer vertrouwen hebben in de mensen van het consultatiebureau ($p = .023$, $\eta_p^2 = .092$).

Verder blijkt dat respondenten die weten wat er wordt gedaan met de antwoorden die ze de mensen van het consultatiebureau geven, het over het algemeen niet vaker vervelend vinden dat er naar bepaalde risicofactoren wordt gevraagd ($p = .633$). Dit komt mogelijk doordat het verschilt per risicofactor of respondenten het vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd.

Respondenten die weten wat er wordt gedaan met hun antwoorden, begrijpen echter wel van meer factoren waarom ernaar wordt gevraagd ($p = .001$, $\eta_p^2 = .176$). Dit is mogelijk te verklaren doordat mensen van het consultatiebureau die duidelijker zijn richting hun cliënten waarom ze vragen stellen over bepaalde onderwerpen, misschien ook duidelijker zijn over wat er wordt gedaan met hun antwoorden op die vragen.

Ervaren cliënten die mensen van het consultatiebureau meer vertrouwen het signaleren anders?

Ja. We gebruikten een verzameling van vijf items om het vertrouwen van respondenten in de mensen van het consultatiebureau te meten, net zoals bij het onderzoek onder cliënten van verloskundigen. Voorbeelden van items zijn “Heb je het gevoel dat je de mensen van het consultatiebureau alles kan vertellen?” en “Als je iets vertelt aan de mensen van het consultatiebureau, ben je dan bang dat ze daar iets mee doen dat niet goed is voor jou of je kind?”. Respondenten gaven antwoord op een 5-puntsschaal, die aangaf of het item altijd, meestal, soms wel en soms niet, meestal niet of nooit van toepassing was voor hun. We berekenden de Cronbach’s alpha van de antwoorden die respondenten gaven, en hieruit bleek dat de scores van de items voldoende interne consistentie vertoonden ($\alpha = .76$) om de items samen te kunnen nemen als één construct: vertrouwen. Gemiddeld genomen scoren respondenten een 4,0 (SD = 0,8) op een schaal van 1 tot 5 in het vertrouwen in mensen van het consultatiebureau.

Een lineaire regressieanalyse laat zien dat er een significant positief verband is tussen vertrouwen in mensen van het consultatiebureau en van meer factoren begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd ($p = .001$, $r_{\text{partieel}} = .424$). Uit een tweede lineaire regressieanalyse blijkt ook een significant negatief verband tussen vertrouwen in mensen van het consultatiebureau en het van meer factoren vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd ($p < .0001$, $r_{\text{partieel}} = -.583$).

Dit wil zeggen dat cliënten die meer vertrouwen hebben in mensen van het consultatiebureau, van meer risicofactoren begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd en het van minder risicofactoren vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd.

We kunnen hieruit niet concluderen dat vertrouwen leidt tot meer begrijpen en het minder vervelend vinden dat er naar risicofactoren wordt gevraagd, want het gaat hier slechts om een correlatieel verband. Dat wil zeggen dat het verband ook andersom kan zijn; dat meer begrijpen en minder vervelend vinden dat er naar risicofactoren wordt gevraagd, leidt tot meer vertrouwen. Desalniettemin is het hoe dan ook goed om te investeren in de vertrouwensband die cliënten voelen met jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, en om duidelijker te zijn over waarom er naar bepaalde risicofactoren wordt gevraagd.

Verschillen meer kwetsbare cliënten van minder kwetsbare cliënten in hoe ze het vragen naar risicofactoren ervaren?

Dat is onduidelijk. In de vragenlijst vroegen we respondenten naar een aantal risicofactoren van kwetsbaarheid. Zo vroegen we bijvoorbeeld naar het opleidingsniveau, het gezinsinkomen, of een van de ouders een niet-Westerse migratieachtergrond had, of ze wel eens niet naar een afspraak met het consultatiebureau zijn gegaan, of ze al eens in contact zijn geweest met Jeugdzorg, of ze al eens waren bevallen van een kind met een aangeboren aandoening, en of ze al eens waren bevallen van een kind dat meer dan drie weken te vroeg was geboren.

Hieruit bleek dat de steekproef onvoldoende respondenten bevat waarbij sprake is van deze risicofactoren. Slechts 2 respondenten waren laagopgeleid, één respondent was alleenstaand, slechts 5 respondenten hadden minimaal één ouder met een niet-Westerse migratieachtergrond, 6 respondenten waren al eens bevallen van een kind dat te vroeg was geboren, 5 respondenten waren wel eens niet naar een afspraak met het consultatiebureau gegaan, 5 respondenten waren wel eens in contact geweest met Jeugdzorg, en 6 respondenten gaven aan dat tenminste één van hun kinderen een aandoening bleek te hebben bij de geboorte. Door deze kleine aantallen is er niet voldoende power om statistische analyses uit te voeren die kwetsbaardere respondenten vergelijken met minder kwetsbare respondenten.

KERNINZICHTEN ONDERZOEKSVRAAG 4

- Als een cliënt begrijpt waarom jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen vragen naar roken, inkomen, geldproblemen, alcoholgebruik en opleidingsniveau, is de kans groter dat de cliënt het niet vervelend vindt dat ernaar wordt gevraagd.
 - o Dit verband tussen begrijpen en het niet vervelend vinden geldt niet voor vragen over andere risicofactoren. Mogelijk waren er te weinig respondenten in deze steekproef of spelen andere factoren mee die bepalen of een cliënt het vervelend vindt dat ernaar wordt gevraagd.
- Cliënten die van meer risicofactoren begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd, hebben meer vertrouwen in jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.
- Cliënten die meer vertrouwen in jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, vinden het van minder risicofactoren vervelend dat ernaar wordt gevraagd.
- De helft van de cliënten in dit onderzoek (51,8%) weet niet wat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen doen met hun antwoorden tijdens gesprekken. Driekwart van hen (75,9%) zegt hier dan ook graag meer over te willen weten. Zelfs de meerderheid van de cliënten die zeggen wel te weten wat er wordt gedaan met hun antwoorden, willen hier toch graag meer over weten (59,3%). Oftewel, er lijkt duidelijk behoefte onder cliënten van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen aan meer transparantie over wat er met hun antwoorden op vragen wordt gedaan.
- De steekproef was te klein om vergelijkingen te kunnen maken tussen meer en minder kwetsbare respondenten.

HOOFDSTUK 7

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK



BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Voor we terugblikken op het onderzoek en de onderzoeksvragen beantwoorden, is het belangrijk om eerst kritisch te reflecteren op het onderzoek. Er zijn een aantal factoren die lezers in het achterhoofd moeten houden voor ze de conclusies van dit onderzoek lezen.

ZELFRAPPORTAGE

Allereerst is dit onderzoek gebaseerd op zelfrapportage. Respondenten gaven bijvoorbeeld zelf aan of zij voldoende tijd hadden voor afspraken met cliënten, en of er naar hun mening voldoende aandacht was besteed in hun opleiding aan kwetsbaarheid. Ook vroegen we respondenten om zelf in te schatten hoe goed hun kennis over bepaalde risicofactoren was. Wat de een voldoende kennis vindt, vindt de ander misschien onvoldoende. Dit is een belangrijke beperking, omdat zelfrapportage de validiteit van een onderzoek benadeelt. Er is dan ook voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies uit dit onderzoek.

STEEKPROEFGROOTTE

In de tijd die er was om data te verzamelen, hebben we maar een beperkt aantal respondenten kunnen werven via de beschikbare communicatiekanalen. Bij professionals speelden de

COVID-maatregelen en hieruit voortvloeiende hogere werkdruk ongetwijfeld een rol in de bereidheid om lange vragenlijsten in te vullen. Hierdoor behaalden we een veel kleinere steekproef onder eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen dan we van tevoren hoopten. Als gevolg hiervan weten we niet in hoeverre de verbanden die we in de steekproef vonden representatief zijn voor alle eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in Nederland. Meer onderzoek met meer respondenten is nodig om conclusies uit dit onderzoek te kunnen generaliseren.

Bij het onderzoek onder cliënten betekende de kleine steekproefgrootte, naast voorgenoemde beperkingen voor de generaliseerbaarheid van de resultaten, dat te weinig kwetsbare cliënten de vragenlijst hadden ingevuld. Hierdoor konden we geen statistische vergelijkingen maken tussen de ervaringen van meer en minder kwetsbare cliënten. Dat terwijl het aannemelijk is dat het signaleren door een professional voor een cliënt anders voelt wanneer er sprake is van bepaalde risicofactoren bij die cliënt. Cliënten die bijvoorbeeld psychische problemen hebben, vinden vragen over hun psychisch welzijn wellicht vervelender dan cliënten die geen psychische problemen hebben. Het is dan ook belangrijk dat toekomstige onderzoekers, die geïnteresseerd zijn in de ervaringen van cliënten met het signaleren van kwetsbaarheid door professionals, het perspectief van meer kwetsbare cliënten ook onderzoeken.

Daar moeten we bij benadrukken dat het voor toekomstige onderzoekers niet voldoende is om een grotere steekproef onder cliënten na te streven, in de hoop dat er daarmee automatisch ook voldoende kwetsbare cliënten in de steekproef terechtkomen. Hoe kwetsbaarder een cliënt, des te moeilijker het vaak is om daarmee in contact te komen en er een vragenlijst bij af te nemen. Wij hebben getracht om meer kwetsbare cliënten te werven voor het onderzoek, maar onze pogingen werden belemmerd door taalbarrières, beperkte digitale vaardigheden en de (terecht) beschermende houding van hun zorgverleners. Oftewel, toekomstige onderzoekers moeten er rekening mee houden dat het werven van kwetsbare cliënten voor onderzoek meer middelen en mensen vraagt dan het werven van minder kwetsbare doelgroepen.

SELECTIE-BIAS

De representativiteit van dit onderzoek is ook onzeker doordat de steekproef niet random was. Eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werden via verschillende communicatiekanalen uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. We nodigden bijvoorbeeld eerstelijns verloskundigen uit via beroepsvereniging KNOV, waardoor waarschijnlijk een groot deel van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek lid van de KNOV is. We noemden bij de oproep voor dit onderzoek ook dat de vragenlijst ging over het signaleren van kwetsbare zwangeren en gezinnen. Hierdoor is er een kans dat er vooral professionals

reageerden die al geïnteresseerd zijn in het signaleren van kwetsbaarheid en gemotiveerd zijn.

Bovendien kostte het invullen van de vragenlijst tussen de 20 en 40 minuten en was het op basis van vrijwillige deelname, in een tijd waar de werkdruk hoger dan gemiddeld is door COVID-maatregelen. Waarschijnlijk hebben hierdoor vooral respondenten de vragenlijst ingevuld die intrinsiek gemotiveerd zijn rondom het onderwerp van kwetsbaarheid.

Door de hieruit voortvloeiende selectie-bias biedt dit huidige onderzoek waarschijnlijk vooral een afspiegeling van eerstelijns verloskundigen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen die zich al bovengemiddeld veel en graag bezighouden met het signaleren van kwetsbaarheid.

HET METEN VAN SIGNALEREN

Om kwantitatief in kaart te brengen in hoeverre kwetsbaarheid op dit moment wordt gesignaleerd, moet je het signaleren van kwetsbaarheid meetbaar maken. Het signaleren van kwetsbaarheid bestaat echter uit veel onderdelen die al dan niet concreet en meetbaar te maken zijn. Bij dit onderzoek hanteerden we drie verschillende meetmethodes van kwetsbaarheid signaleren (zie **3. Onderzoeksopzet**), maar ook dat is slechts een uitsnede van alle onderdelen waar signaleren uit bestaat. De uitsnede die we

maakten, is daarnaast ook nog eens gebaseerd op zelfrapportage door de respondenten.

Bovendien zeggen de gegevens die wij in kaart brachten niets over het succes van het signaleren. We weten niet van hoeveel cliënten kwetsbaarheid succesvol wordt gesignaleerd, en van hoeveel cliënten de kwetsbaarheid over het hoofd wordt gezien door professionals. We kunnen alleen aannemen dat hoe meer professionals proberen om kwetsbaarheid te signaleren op een manier die voor cliënten prettig is, des te meer gezinnen in kwetsbare situaties ze in het vizier krijgen.

Al met al, de conclusies die op basis van dit onderzoek worden getrokken, zijn volledig gebaseerd op de manier waarop kwetsbaarheid signaleren in dit onderzoek is gemeten. Die meetmethode is verre van compleet. De uitdaging voor toekomstige onderzoekers is om meer manieren te vinden om het signaleren van kwetsbaarheid te operationaliseren.

HOOFDSTUK 8

CONCLUSIES



CONCLUSIES

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN VOOR EERSTELIJNS VERLOSKUNDIGEN

Onderzoeksvraag 1

In hoeverre signaleren eerstelijns verloskundigen op dit moment kwetsbare zwangeren?

Een meerderheid van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (62,2%) gebruikt op dit moment geen gevalideerd signaleringsinstrument voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Van de respondenten die wel een gevalideerd signaleringsinstrument gebruiken, zeiden de meesten dat ze Mind2Care gebruiken (49,3%), gevolgd door R4U (46,6%) en ALPHA-NL (13,7%). Wat betreft het gebruiksgemak van deze instrumenten en hoe goed ze zijn geïntegreerd in het verloskundig informatiesysteem, zijn gebruikers het positiefst over R4U en het minst positief over ALPHA-NL. Het grootste inhoudelijke verschil tussen R4U en Mind2Care is dat R4U een breed spectrum aan niet-medische risicofactoren in kaart brengt, terwijl Mind2Care focust op het psychosociale factoren, psychiatrie en middelengebruik.

Eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek hebben beter zicht op de ene risicofactor van kwetsbaarheid dan de andere. Zo vraagt minder dan de helft van hen standaard naar relatieproblemen bij de ouders (40,8%), moeilijk aflosbare schulden (43,1%) en het inkomen van de ouders (44,3%) bij de intake van nieuwe zwangeren. Daarentegen vragen alle eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek standaard naar alcohol- en drugsgebruik (100%), en bijna allemaal naar roken (99,4%) of huiselijk geweld (94,8%).

Het verschilt dus per risicofactor van kwetsbaarheid hoe goed eerstelijns verloskundigen deze in kaart brengen bij hun cliënten.

Onderzoeksvraag 2

Welke drijfveren of weerstanden hangen samen met signaleren door eerstelijns verloskundigen?

De drijfveren en weerstanden die samenhangen met signaleren hangen af van hoe je signaleren definieert. Als het gaat om het standaard in kaart brengen van zoveel mogelijk niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, dragen zelfgerapporteerde kennis over deze risicofactoren, het gebruiken van een gevalideerd signaleringsinstrument en meer tijd hebben voor een intake consult allemaal positief bij aan het signaleren van kwetsbaarheid. Oftewel, eerstelijns verloskundigen die een gevalideerd signaleringsinstrument gebruiken, brengen significant meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart bij de intake van zwangeren dan eerstelijns verloskundigen die geen gevalideerd signaleringsinstrument gebruiken. Eerstelijns verloskundigen die meer tijd hebben voor een intake consult, brengen ook meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart bij de intake. Tot slot brengen eerstelijns verloskundigen meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in kaart als ze meer zelfgerapporteerde kennis hebben over deze risicofactoren.

Als het gaat om gedrag dat onderdeel uitmaakt van signaleren, dragen werkervaring, meer tijd voor een standaard consult en self-efficacy om gevoelige onderwerpen te bespreken positief bij aan het signaleren van kwetsbaarheid. Oftewel, eerstelijns

verloskundigen die meer werkervaring hebben en meer tijd hebben voor standaard consulten, houden zich meer bezig met gedragingen die horen bij het signaleren van kwetsbaarheid (zoals bijvoorbeeld doorvragen op wat een cliënt zegt tijdens een consult). Eerstelijns verloskundigen die zich daarnaast vaardiger voelen in het bespreken van gevoelige onderwerpen, vertonen ook meer signaleergedragingen.

Onderzoeksvraag 3

Welke aanknopingspunten zijn er verder bij eerstelijns verloskundigen om kwetsbare zwangeren beter te signaleren?

Driekwart van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (75,9%) heeft al eens een prenataal huisbezoek door een jeugdverpleegkundige aangevraagd voor een cliënt. Er is echter nog onduidelijkheid over hoe dit precies kan worden aangevraagd, en wat de exacte kwetsbaarheidscriteria zijn om een dergelijk huisbezoek aan te bieden aan de zwangere.

Daarnaast zegt driekwart van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (76%) dat er onvoldoende aandacht is besteed aan niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid in hun opleiding. Maar liefst 92,4% geeft dan ook aan dat ze graag bijscholing zouden willen krijgen over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Gezien de resultaten van Onderzoeksvraag 2, weten we dat meer kennis over deze niet-medische risicofactoren bovendien meetbaar bijdraagt aan het signaleren van deze factoren.

De helft van de eerstelijns verloskundigen in dit onderzoek (49,5%) gebruikt geen intakevragenlijst die zwangeren zelf invullen. Een veelgenoemde reden hiervoor is dat ze bepaalde vragen liever persoonlijk stellen aan hun cliënten. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat mensen eerder sociaal wenselijke antwoorden geven als je ze persoonlijke vragen face-to-face stelt, in plaats van via een zelf in te vullen vragenlijst¹².

Onderzoeksvraag 4

Hoe voelen cliënten zich bij het signaleren door eerstelijns verloskundigen?

De risicofactoren waar de minste cliënten van begrijpen dat verloskundigen ernaar vragen, zijn inkomen, opleidingsniveau en geldproblemen. De risicofactoren waar relatief gezien de meeste cliënten het vervelend van vonden om vragen over te beantwoorden, waren inkomen, geldproblemen, relatieproblemen en vervelende seksuele ervaringen. Als cliënten echter begrijpen waarom er naar bepaalde onderwerpen wordt gevraagd, is de kans kleiner dat ze het vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. Helaas was de steekproef in dit onderzoek te beperkt om vergelijkingen te kunnen maken tussen de ervaringen van meer en minder kwetsbare cliënten.

12. Krumpal, I. (2011). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47, 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>

ZEVEN KANSRIJKE AANKNOPINGSPUNTEN VOOR EERSTELIJNS VERLOSKUNDIGEN

1. Er is wijdverspreide behoefte aan geaccrediteerde bijscholing over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid bij zwangeren. Uit dit onderzoek blijkt bovendien dat als eerstelijns verloskundigen meer weten over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, ze die ook beter in kaart brengen bij hun cliënten.
2. Eerstelijns verloskundigen moeten zich vaardig voelen in het aangaan van gesprekken over moeilijke en gevoelige onderwerpen. Deze self-efficacy in moeilijke onderwerpen bespreken blijkt namelijk bij te dragen aan het signaleren van kwetsbare zwangeren.
3. Om meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid bij zoveel mogelijk zwangeren in kaart te brengen, moet er worden aangestuurd op het standaard gebruik van gevalideerde signaleringsinstrumenten. Op die manier wordt de kans verkleind dat minder zichtbare vormen van kwetsbaarheid over het hoofd worden gezien bij zwangeren.
4. Om te voorkomen dat zwangeren sociaal wenselijke antwoorden geven op vragen over gevoelige onderwerpen, is het belangrijk om ze zelf een vragenlijst over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid te laten invullen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat mensen hun antwoorden meer oppoetsen als dergelijke vragen face-to-face worden gesteld. Bovendien kan dit tijd besparen tijdens consulten, en deze bespaarde tijd kan dan worden gebruikt om in gesprek te gaan over risicofactoren die uit de vragenlijst naar voren kwamen. Zo worden de voordelen van beide signaleermethodes (standaard vragenlijsten en persoonlijke gespreksvoering) optimaal gecombineerd.
5. Het aanvragen van een prenataal huisbezoek door een jeugdverpleegkundige moet zo makkelijk mogelijk worden gemaakt voor eerstelijns verloskundigen. Dit helpt niet alleen om kwetsbare zwangeren zo vroeg mogelijk in beeld te krijgen, maar is mogelijk ook een manier om het contact tussen consultatiebureaus en verloskundigen te stimuleren. Om het aanvragen makkelijk te maken, is het belangrijk dat verloskundigen 1) weten wat de criteria zijn voor een prenataal huisbezoek, 2) hoe ze het huisbezoek op een prettige manier kunnen voorstellen aan een zwangere, 3) hoe ze het huisbezoek moeten aanvragen, en 4) moet de procedure voor het aanvragen zo eenvoudig mogelijk zijn.
6. Er is behoefte aan meer systematisch intercollegiaal overleg tussen verloskundigen, kraamzorg, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Dit overleg gebeurt nu vaak nog slechts incidenteel of pas na de bevalling. Een interessante optie zou zijn om, net zoals huisartsen een psycholoog als praktijkondersteuner hebben, jeugdverpleegkundigen als praktijkondersteuner te koppelen aan verloskundigenpraktijken. Ook biedt het prenataal huisbezoek door jeugdverpleegkundigen een mogelijkheid voor extra overleg tussen jeugdverpleegkundigen en verloskundigen.
7. Leg cliënten uit waarom verloskundigen vragen naar onderwerpen zoals schulden, opleidingsniveau of etnische achtergrond. Als cliënten begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd, vinden ze het minder vervelend dat ernaar wordt gevraagd. Ook willen cliënten graag weten wat er precies met hun antwoorden op zulke vragen wordt gedaan.

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN VOOR JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

Onderzoeksvraag 1

In hoeverre signaleren jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen op dit moment kwetsbare gezinnen met kinderen tot 2 jaar?

In totaal gebruikt 66% van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek een signaleringsinstrument voor het signaleren van kwetsbaarheid. De signaleringsinstrumenten ETM en de vragenlijst van Samen Starten worden het positiefst beoordeeld als het gaat om hoe goed ze geïntegreerd zijn in het systeem, hoe makkelijk het is om ze te gebruiken, in hoeverre het duidelijk is wat er met de uitslag moet worden gedaan en hoezeer respondenten ze zouden aanbevelen aan collega's. 77,5% van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek geeft aan te weinig kennis te hebben over gevalideerde signaleringsinstrumenten voor niet-medische risicofactoren.

Bij de intake van nieuwe gezinnen zijn er veel niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid waar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek niet standaard naar vragen. Zo vraagt 76,2% niet standaard naar huiselijk geweld, 79,2% niet naar inkomen en 76,2% niet naar moeilijk aflosbare schulden bij de intake. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

noemen als redenen dat ze dit niet altijd relevant vinden, en dat ze liever afwachten tot er een concrete aanleiding is om ernaar te vragen. Dit betekent dat signalen van dit soort risicofactoren waarschijnlijk pas worden opgepikt door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen als ze duidelijk zichtbaar zijn en/of een duidelijk probleem vormen voor het kind.

Onderzoeksvraag 2

Welke drijfveren of weerstanden hangen samen met signaleren door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen?

De drijfveren en weerstanden die samenhangen met signaleren hangen af van hoe je signaleren definieert. Als het gaat om het standaard in kaart brengen van zoveel mogelijk niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, draagt het gebruiksgemak van een signaleringsinstrument bij aan het signaleren van kwetsbaarheid. Hoe makkelijker jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen het vinden om een signaleringsinstrument te gebruiken, des te meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid ze in kaart brengen bij de intake van nieuwe gezinnen.

Als het gaat om gedrag dat onderdeel uitmaakt van signaleren, draagt self-efficacy om gevoelige onderwerpen te bespreken positief bij aan het signaleren van kwetsbaarheid. Oftewel, hoe vaardiger jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen zich voelen in het

bespreken van gevoelige onderwerpen met cliënten, des te meer ze zich bezighouden met gedragingen die horen bij het signaleren van kwetsbaarheid (zoals bijvoorbeeld doorvragen op wat een ouder zegt tijdens een consult).

Wat opvalt, is dat het gebruiken van een signaleringsinstrument niet significant bijdraagt aan het in kaart brengen van meer niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Dit wijst er mogelijk op dat de signaleringsinstrumenten die worden gebruikt door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen onvoldoende aansluiten bij het brede scala aan niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Deze instrumenten richten zich weliswaar op een of meerdere risicofactoren van kwetsbaarheid, maar mogelijk schetsen ze een incompleet beeld van de algehele kwetsbaarheid van een gezin.

Onderzoeksvraag 3

Welke aanknopingspunten zijn er verder bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen om kwetsbare gezinnen beter te signaleren?

Iets meer dan de helft van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek (55,3%) geeft aan dat er geen gebruik wordt gemaakt van een intakevragenlijst voor niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid die nieuwe gezinnen zelf invullen. Een deel hiervan zegt dat ze dit ook niet zouden willen gebruiken, bijvoorbeeld omdat ze liever een persoonlijk gesprek

met cliënten voeren of dat een dergelijke vragenlijst geen ruimte biedt voor doorvragen. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat mensen eerder sociaal wenselijke antwoorden geven als je ze persoonlijke vragen face-to-face stelt, in plaats van via een zelf in te vullen vragenlijst¹².

Maar liefst 89,6% van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek geeft aan dat ze graag bijscholing zouden willen krijgen over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Onderwerpen die respondenten noemen zijn onder andere laaggeletterdheid, gespreksvaardigheden, armoede, alcohol- en drugsgebruik en verslavingsproblematiek, psychische klachten, het stimuleren van een gezondere leefstijl en het gesprek aangaan over allerlei vormen van kwetsbaarheid. Gezien de resultaten van Onderzoeksvraag 2, weten we dat meer kennis over dit soort niet-medische risicofactoren bovendien meetbaar bijdraagt aan het signaleren van deze factoren.

Een op de drie jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek geeft aan onvoldoende of totaal geen informatie krijgen van de verloskundige. Bijna de helft (44,6%) vindt de informatie vanuit de verloskundige voldoende, maar vindt dat het beter kan. Veel jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen geven aan dat ze vooral behoefte hebben aan eerder en vaker contact over gezinnen met de kraamzorg en verloskundigen. Nu gebeurt dat vaak nog te incidenteel en pas na de bevalling.

12. Krumpal, I. (2011). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: A literature review. *Quality & Quantity*, 47, 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>

Onderzoeksvraag 4

Hoe voelen cliënten zich bij het signaleren door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen?

De risicofactoren waar de minste cliënten van begrijpen dat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ernaar vragen, zijn inkomen, religie/geloof, etnische achtergrond en opleidingsniveau.

De risicofactoren waar relatief gezien de meeste cliënten het vervelend van vonden om vragen over te beantwoorden, waren inkomen, relatieproblemen, geldproblemen en religie/geloof.

Als cliënten begrijpen waarom ernaar wordt gevraagd, is de kans bij sommige onderwerpen kleiner dat ze het vervelend vinden dat ernaar wordt gevraagd. Cliënten die weten wat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen precies doen met hun antwoorden op vragen, hebben bovendien significant meer vertrouwen in jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Helaas was de steekproef in dit onderzoek te beperkt om vergelijkingen te kunnen maken tussen de ervaringen van meer en minder kwetsbare cliënten.

ZEVEN KANSRIJKE AANKNOPINGSPUNTEN VOOR JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

1. Net als bij eerstelijns verloskundigen, is er ook onder jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in dit onderzoek wijdverspreide behoefte aan bijscholing over het signaleren van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid bij gezinnen. Uit dit onderzoek blijkt bovendien dat als jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen meer weten over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid, ze die ook beter in kaart brengen bij gezinnen.
2. Een aantal jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen is mogelijk te afwachtend als het gaat om het in kaart brengen van niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Door te wachten totdat deze risicofactoren zich openbaren of een zichtbaar probleem voor het kind vormen, blijven minder zichtbare risicofactoren langer onder de radar. Om de nadelige gevolgen van kwetsbaarheid voor een kind te voorkomen of beperken, moeten risicofactoren van kwetsbaarheid door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen preventief in kaart worden gebracht bij zoveel mogelijk gezinnen.
3. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen moeten zich vaardig voelen in het aangaan van gesprekken over moeilijke en gevoelige onderwerpen. Deze self-efficacy in moeilijke onderwerpen bespreken blijkt namelijk bij te dragen aan het signaleren van kwetsbare gezinnen.
4. Het is onduidelijk in hoeverre de signaleringsinstrumenten die worden gebruikt door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen aansluiten bij het brede scala aan niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid. Hoewel deze instrumenten wel degelijk gericht zijn op risicofactoren van kwetsbaarheid, zijn ze mogelijk minder geschikt om een zo breed en compleet mogelijk beeld te krijgen van de algehele kwetsbaarheid van een gezin.
5. Om te voorkomen dat ouders sociaal wenselijke antwoorden geven op vragen over gevoelige onderwerpen, is het belangrijk om ze zelf een vragenlijst over niet-medische risicofactoren van kwetsbaarheid te laten invullen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat mensen hun antwoorden meer oppoetsen als dergelijke persoonlijke vragen face-to-face worden gesteld. Bovendien kan dit tijd besparen tijdens consulten, en deze bespaarde tijd kan dan worden gebruikt om in gesprek te gaan over risicofactoren die uit de vragenlijst naar voren kwamen. Zo worden de voordelen van beide signaleermethodes (standaard vragenlijsten en persoonlijke gespreksvoering) optimaal gecombineerd.
6. Er is behoefte aan meer systematisch intercollegiaal overleg tussen jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, verloskundigen en kraamzorg. Dit overleg gebeurt nu vaak nog slechts incidenteel of pas na de bevalling. Een interessante optie zou zijn om, net zoals huisartsen een psycholoog als praktijkondersteuner hebben, jeugdverpleegkundigen als praktijkondersteuner te koppelen aan

verloskundigenpraktijken. Ook biedt het prenataal huisbezoek door jeugdverpleegkundigen een mogelijkheid voor extra overleg tussen jeugdverpleegkundigen en verloskundigen.

7. Leg ouders uit waarom jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen vragen naar onderwerpen zoals inkomen, geldproblemen of opleidingsniveau. Als ouders begrijpen waarom hiernaar wordt gevraagd, vinden ze het vaak minder vervelend dat eraan wordt gevraagd en hebben ze bovendien meer vertrouwen in mensen van het consultatiebureau. Ook willen ouders graag weten wat er precies met hun antwoorden op zulke vragen wordt gedaan.

BIJLAGEN

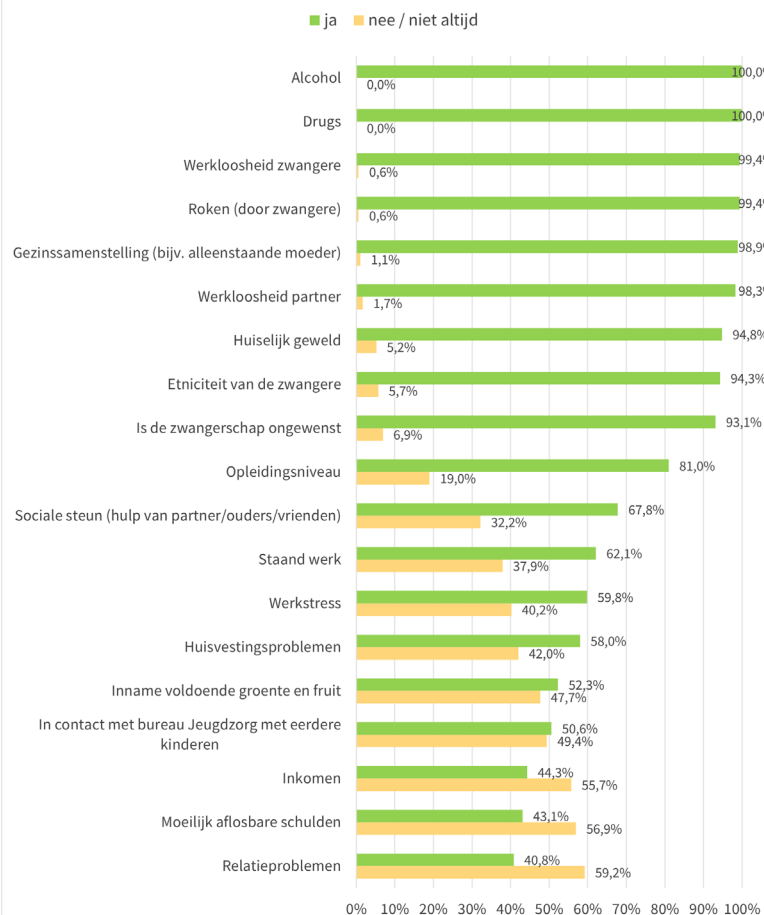


BIJLAGE A

NIET-MEDISCHE RISICOFACTOREN VAN KWETSBAARHEID

EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN (N = 174)

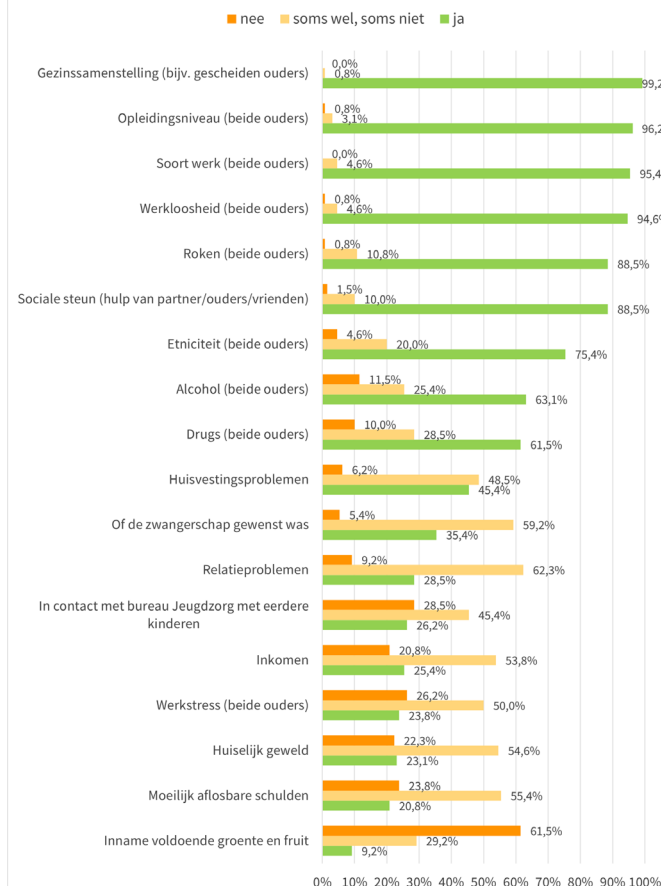
Over welke van de onderstaande factoren stel je vragen aan zwangeren als onderdeel van de intake?



JEUGDARTSEN EN

JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN (n = 132)

Over welke van de onderstaande factoren stel je vragen aan nieuwe gezinnen als onderdeel van de intake?



BIJLAGE B

SIGNALEERGEDRAGINGEN

	Eerstelijns verloskundigen	Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen
Item 1	Als een zwangere tijdens een afspraak iets noemt wat mogelijk kan wijzen op kwetsbaarheid, vraag ik verder door.	Als een ouder tijdens een afspraak iets noemt wat mogelijk kan wijzen op kwetsbaarheid, vraag ik verder door.
Item 2	Als de partner van de zwangere aanwezig is, betrek ik die ook door aan hem/haar vragen te stellen.	Als beide ouders aanwezig zijn, betrek ik ze allebei door bij het stellen van vragen.
Item 3	Als ik bij een zwangere signalen herken die mogelijk wijzen op kwetsbaarheid, bespreek ik dit - met haar toestemming - met collega's in de praktijk.	Als ik bij een ouder of kind signalen herken die mogelijk wijzen op kwetsbaarheid, overleg ik met diens toestemming hierover met collega's binnen het consultatiebureau.
Item 4	Als ik merk dat een zwangere erg gespannen reageert op lichamelijk contact, bespreek ik dat met haar.	Als ik merk dat een kind erg gespannen reageert op lichamelijk contact, bespreek ik dat met de ouder.
Item 5	Tijdens een consult peil ik of de zwangere genoeg steun uit haar omgeving ervaart.	Als ik een afspraak met een ouder heb, peil ik of hij of zij genoeg steun uit de omgeving ervaart.
Item 6	Als ik denk dat er sprake is van verhoogde kwetsbaarheid bij een zwangere, deel ik met haar toestemming informatie met een zorgverlener uit het relevante vakgebied.	Als ik denk dat er sprake is van verhoogde kwetsbaarheid bij een gezin, deel ik met toestemming van de ouder(s) informatie met een zorgverlener uit het relevante vakgebied.
Item 7	Als de zwangere gespannen of gestrest lijkt, stel ik daar vragen over aan haar.	Als de ouder gespannen of gestrest lijkt, stel ik daar vragen over aan hem of haar.
Item 8	Als ik het gevoel heb dat er iets niet pluis is, ga ik daarover in gesprek met de zwangere.	Als ik het gevoel heb dat er iets niet pluis is, ga ik daarover het gesprek aan met de ouder.
Item 9	Als een zwangere een voor haar ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt, ga ik hier in een gesprek verder op in.	Als een ouder een voor hem/haar ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt, ga ik hier in een gesprek verder op in.
Item 10	Als ik spanningen opmerk tussen een zwangere en haar partner, benoem ik dat.	Als ik spanningen opmerk tussen twee ouders, benoem ik dat naar hen toe.
Item 11 negatief	Als ik merk dat een partner zich afzijdig houdt van de zwangerschap, laat ik dat met rust en begin er niet over.	Als ik merk dat een van de ouders zich afzijdig houdt van het kind, laat ik dat met rust en begin er niet over.
Item 12 negatief	Als ik vermoed dat een zwangere zich in een kwetsbare situatie bevindt, wacht ik af totdat ze daar zelf over begint.	Als ik vermoed dat een gezin zich in een kwetsbare situatie bevindt, wacht ik af totdat de ouder daar zelf over begint.

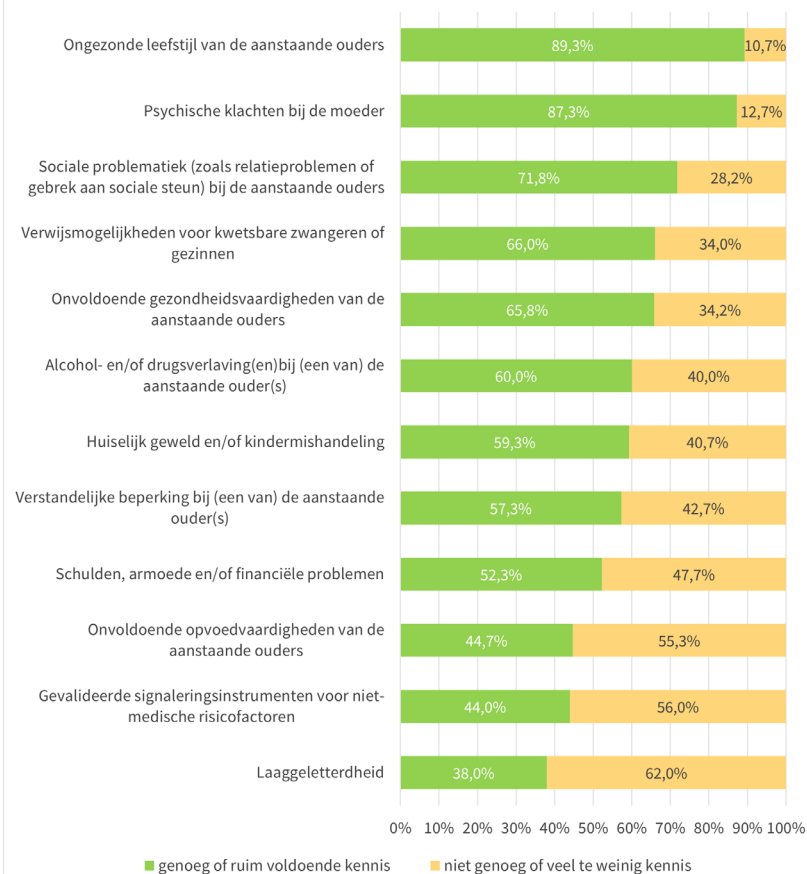
BIJLAGE C

NIET-MEDISCHE RISICOFACTOREN EN ZELFGERAPPORTEERDE KENNIS

ZELFGERAPPORTEERDE KENNIS

EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN (N = 150)

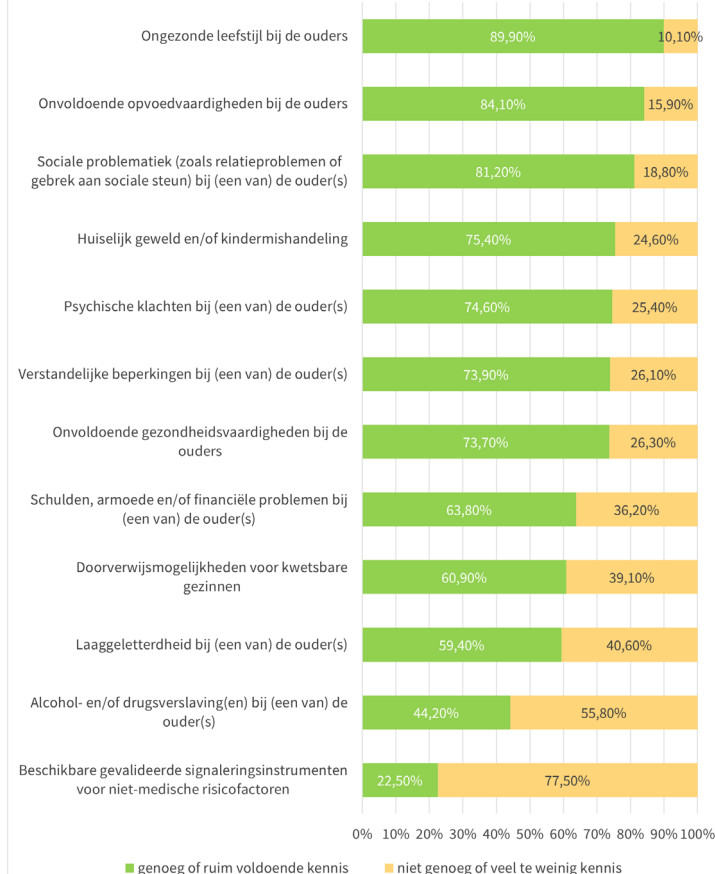
In hoeverre hebben respondenten het gevoel dat ze genoeg kennis hebben over signalen van deze risicofactoren van kwetsbaarheid?



ZELFGERAPPORTEERDE KENNIS

JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN (N = 138)

In hoeverre hebben respondenten het gevoel dat ze genoeg kennis hebben over signalen van deze risicofactoren van kwetsbaarheid?



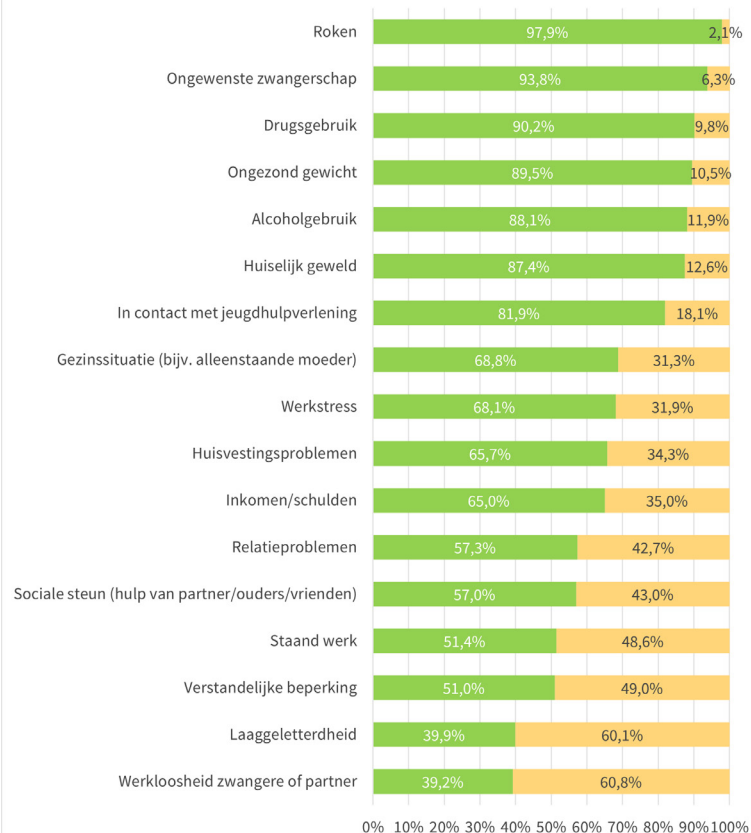
BIJLAGE D

NIET-MEDISCHE RISICOFACTOREN EN KENNIS OVER VERWIJSMOGELIJKHEDEN

DOORVERWIJSMOGELIJKHEDEN

EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN (N = 144)

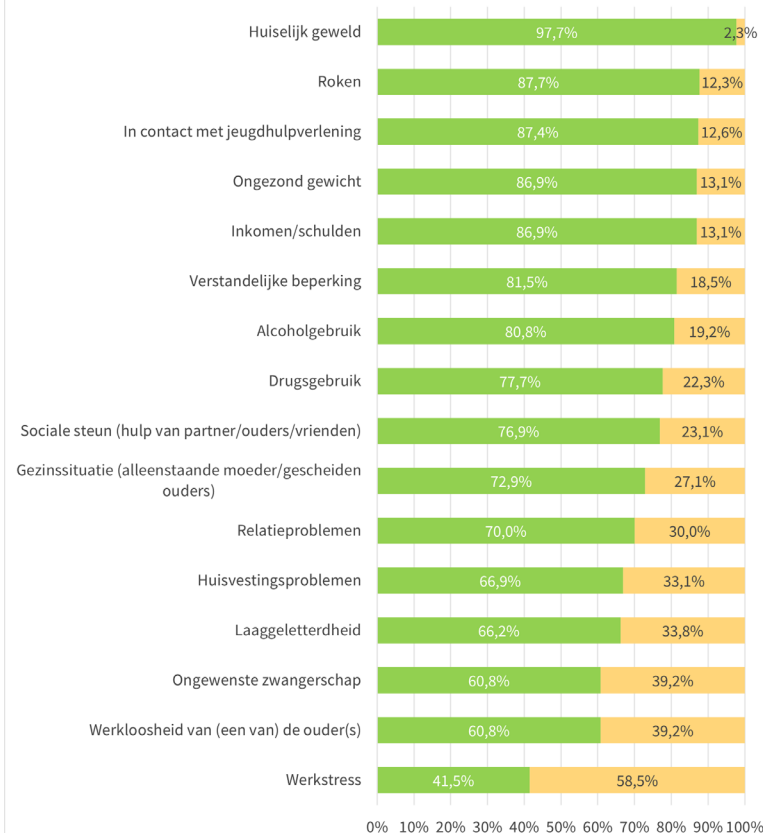
Voor hoeveel procent van de respondenten is het duidelijk naar welke partij of zorgverlener ze een cliënt kunnen doorverwijzen wanneer er sprake is van deze risicofactoren van kwetsbaarheid?



DOORVERWIJSMOGELIJKHEDEN

JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN (N = 130)

Voor hoeveel procent van de respondenten is het duidelijk naar welke partij of zorgverlener ze een cliënt kunnen doorverwijzen wanneer er sprake is van deze risicofactoren van kwetsbaarheid?

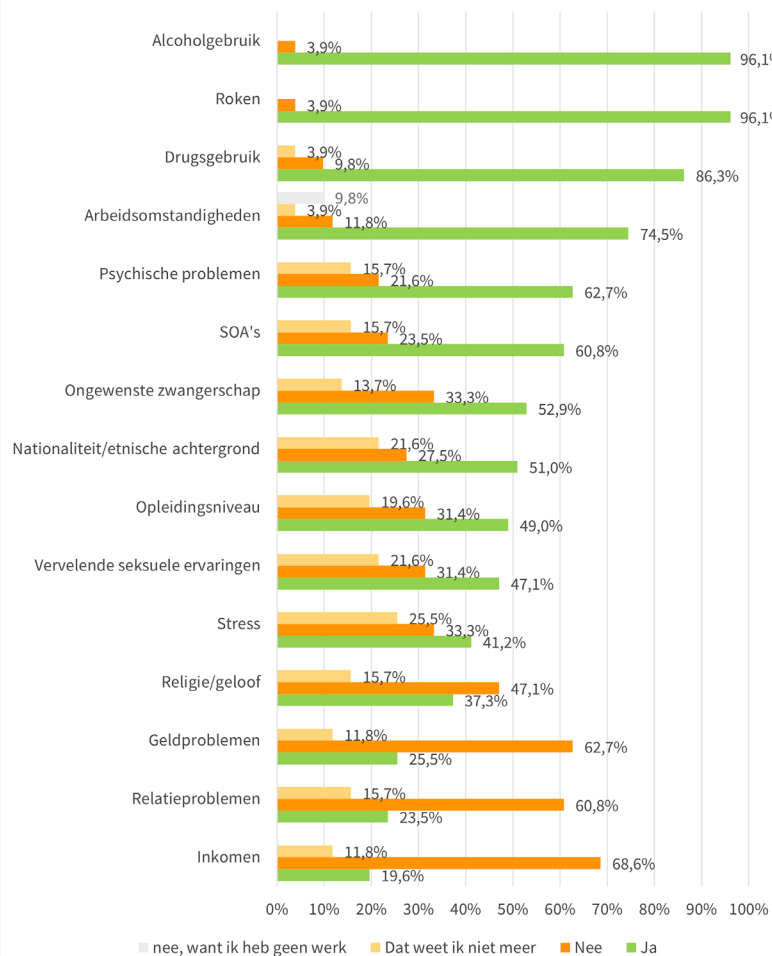


BIJLAGE E

ONDERZOEKSRESULTATEN CLIËNTEN EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN

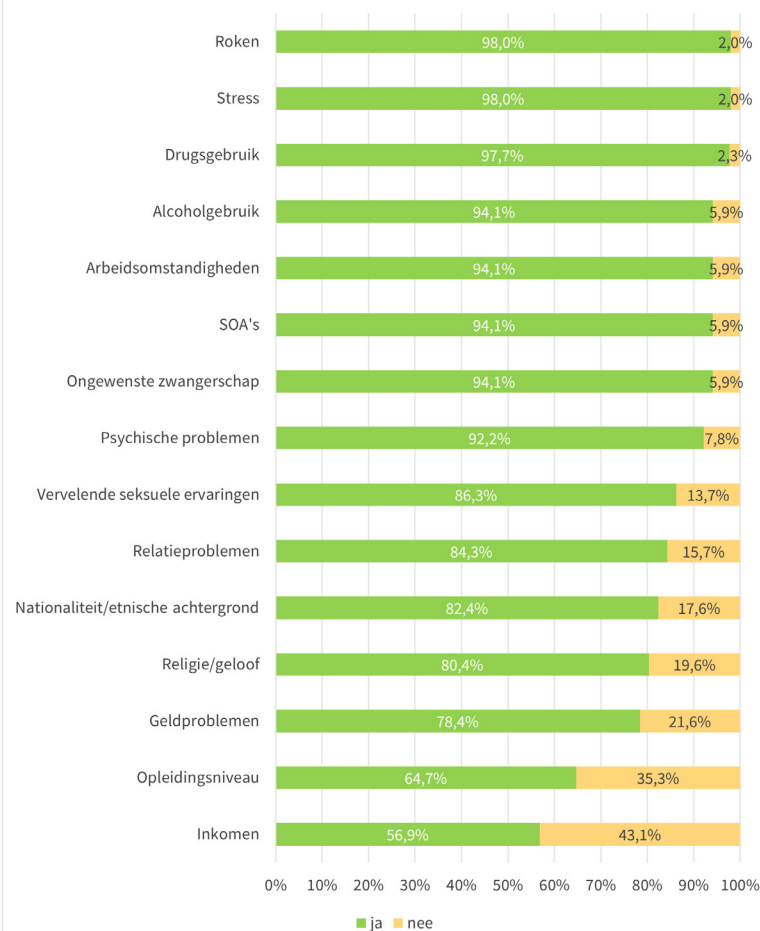
CLIËNTEN VAN EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN (N = 44)

Vroeg de verloskundige je iets over de volgende onderwerpen?



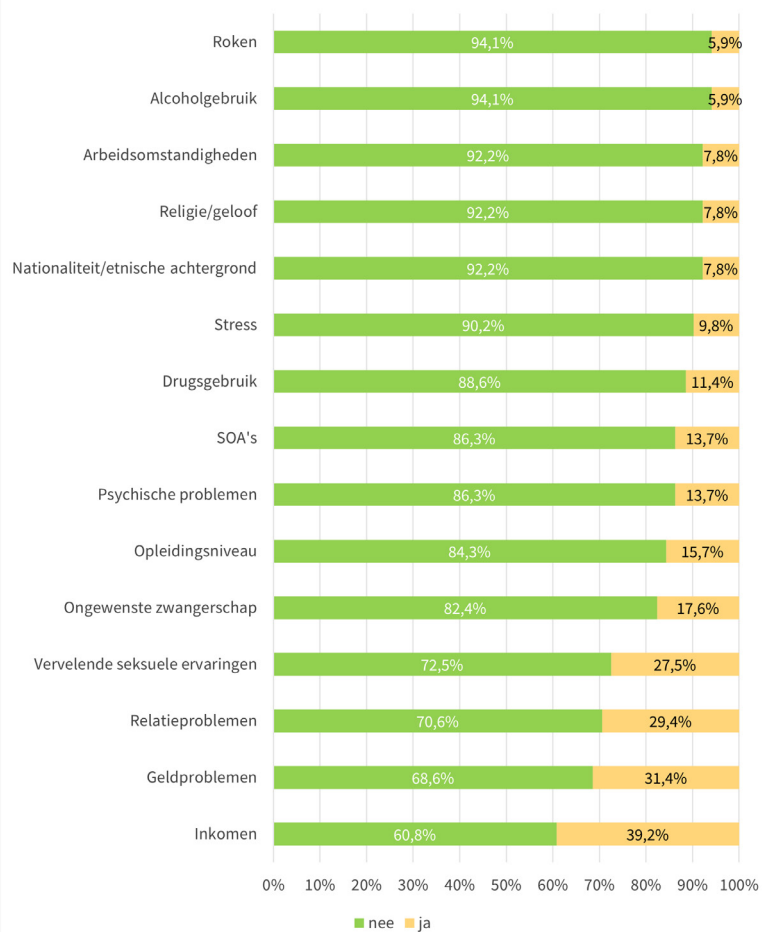
CLIËNTEN VAN EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN (N = 44)

Begrijp je waarom de verloskundige vragen stelt over de volgende onderwerpen?



CLIËNTEN VAN EERSTELIJS VERLOSKUNDIGEN (N = 44)

Vind je het vervelend dat de verloskundige vragen stelt over een van deze onderwerpen?

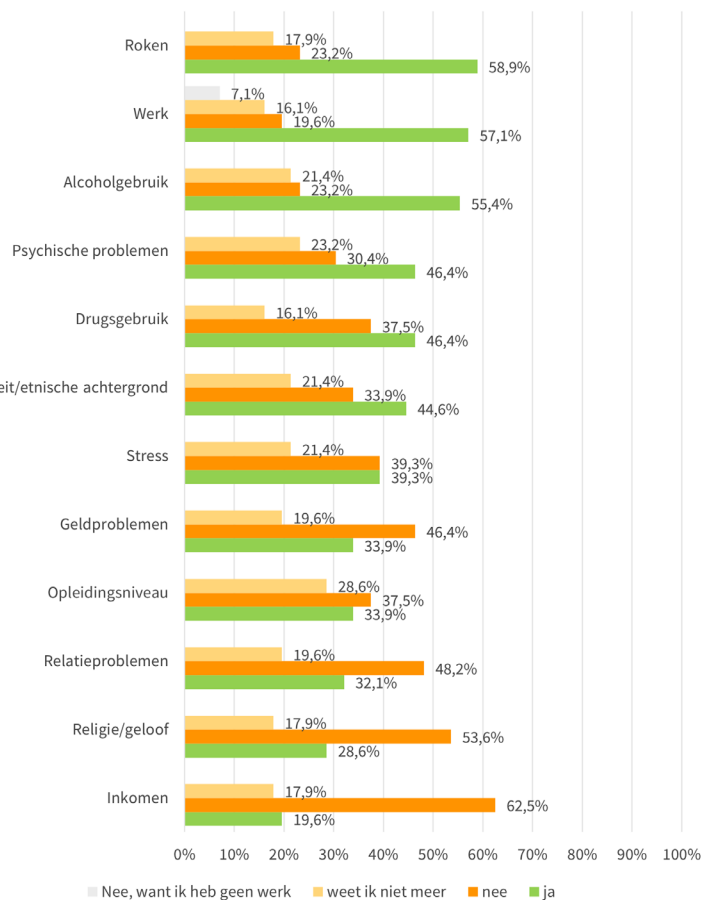


BIJLAGE F

ONDERZOEKSRÉSULTATEN CLIËNTEN JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN

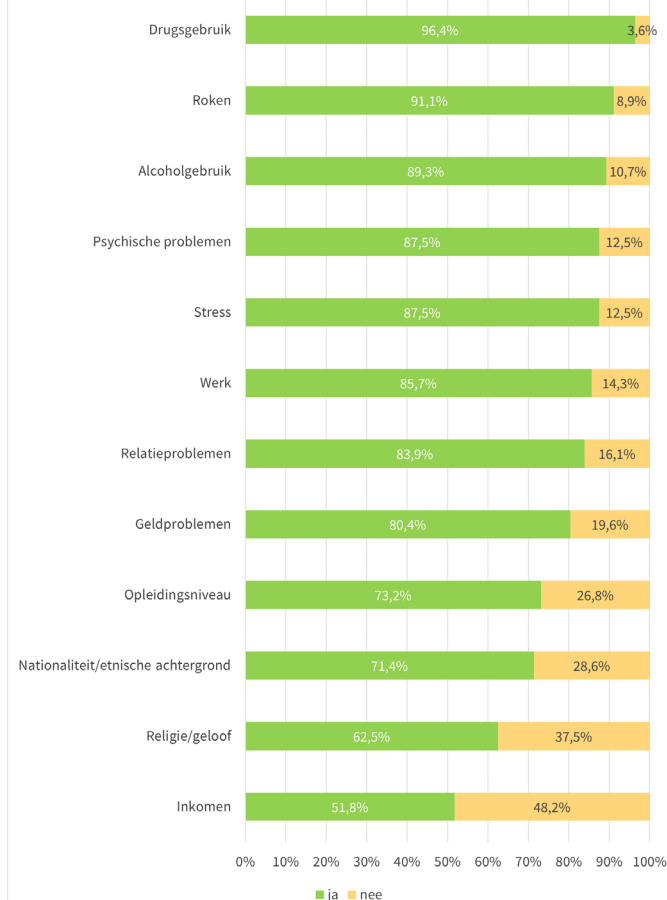
CLIËNTEN VAN JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN (N = 56)

Vroegen de mensen van het consultatiebureau
je iets over de volgende onderwerpen?



CLIËNTEN VAN JEUGDARTSEN EN JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN (N = 56)

Begrijp je waarom de mensen van het consultatiebureau
vragen stellen over de volgende onderwerpen?



**CLIËNTEN VAN JEUGDARTSEN EN
JEUGDVERPLEEGKUNDIGEN (N = 56)**

*Vind je het vervelend dat de mensen van het consultatiebureau
vragen stellen over een van deze onderwerpen?*

