

Preferencje i doświadczenia specjalistów w zakresie konsultacji międzyorganizacyjnych w procesie oceny podejrzeń krzywdzenia i zaniedbywania dzieci

Annemieke A. J. Konijnendijk^a, Magda M. Boere-Boonekamp^b,
Maria E. Haasnoot^c, Ariana Need^d

^aDepartments of Health Technology and Services Research, and Public Administration, Institute of Innovation and Governance Studies, University of Twente, Enschede, Holandia;

^bDepartment of Health Technology and Services Research, Institute of Innovation and Governance Studies, University of Twente, Enschede, Holandia;

^cDepartment of Preventive Child Healthcare, Municipal Health Service GGD Twente, Enschede, Holandia;

^dDepartment of Public Administration, Institute of Innovation and Governance Studies, University of Twente, Enschede, Holandia

W badaniu przedstawionym w niniejszym artykule poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania w przypadkach podejrzeń krzywdzenia i zaniedbywania dzieci (KZD) w wieku do 4 lat: 1) Ilu specjalistów zamierza zasięgnąć konsultacji międzyorganizacyjnych?; 2) Z jakimi typami organizacji chcą się skonsultować specjaliści?; 3) Jakie czynniki ułatwiają, a jakie utrudniają konsultacje międzyorganizacyjne – na podstawie doświadczeń badanych specjalistów? Specjalistów pracujących z dziećmi w 101 organizacjach w holenderskim mieście średniej wielkości poproszono o wypełnienie internetowego kwestionariusza. Zawierał on krótki opis przypadku podejrzenia KZD. Do analizy danych zastosowano metody ilościową i jakościową oraz analizę sieci społecznej. W analizie uwzględniono 78 kwestionariuszy. Pięćdziesięciu jeden respondentów (71%) zadeklarowało zamiar zasięgnięcia konsultacji międzyorganizacyjnych. W kwestionariuszach wymieniono 10 różnych typów organizacji, z których najczęściej wskazywaną była organizacja zajmująca

się profilaktyczną opieką zdrowotną. Łącznie 82 fragmenty tekstu pochodzące od 39 respondentów poddano analizie barier i czynników ułatwiających (facylitujących) konsultacje międzyorganizacyjne – 60 dotyczących czynników facylitujących i 22 dotyczące barier. Owe fragmenty tekstu podzielono na 12 czynników. Do trzech najczęściej wymienianych czynników facylitujących należały wsparcie, podejmowanie działania oraz szacunek. Bariery pojawiły się w związku z wszystkimi 12 czynnikami, a żadna z nich nie wyróżniła się spośród innych. W niniejszym badaniu wykazano, że większość specjalistów jest skłonna zasięgnąć konsultacji międzyorganizacyjnych, kiedy podejrzewa KZD. Badani szczególnie chętnie zwracają się w tym celu do organizacji zajmujących się profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi. W ich doświadczeniach pojawiły się głównie czynniki ułatwiające takie konsultacje i nieliczne bariery. W artykule omówiono również implikacje dla dalszych badań i praktyki.

SŁOWA KLUCZOWE:

KRZYWDZENIE I ZANIEDBYWANIE DZIECI, PRZEKAZYWANIE INFORMACJI,
WSPÓŁPRACA MIĘDZYORGANIZACYJNA, PROFILAKTYKA

Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci (KZD) jest poważnym problemem zdrowotnym na całym świecie. W 2010 r. w przybliżeniu jedno na 33 holenderskich dzieci doświadczyło wykorzystywania seksualnego, przemocy fizycznej lub krzywdzenia emocjonalnego bądź było świadkiem przemocy domowej (Alink i in., 2011). Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci wywiera poważny negatywny wpływ na ich zdrowie psychiczne i fizyczne w dzieciństwie oraz w późniejszym życiu (np. Hillis, Mercy, Saul, 2017; Tallieu, Brownridge, Sareen, Afifi, 2016), a także naraża społeczeństwo na wysokie koszty ekonomiczne (Thielen i in., 2016). Dlatego niezwykle ważne jest zapobieganie temu zjawisku.

Wzbogacenie wiedzy na temat częstości występowania oraz skutków KZD, a także niewielkie prawdopodobieństwo tego, że opiekunowie lub krzywdzone dzieci będą samodzielnie szukać pomocy (Association of Dutch Youth Care, 2013; Deater-Deckard, 1998; Hoefnagels, Zwikker, 2001), sprawia, że specjaliści pracujący z dziećmi oraz rodzinami powinni w większym stopniu angażować się we wcześnie wykrywanie tego problemu i reagowanie na przypadki KZD. W różnych państwach ich obowiązki zostały opisane w zasadach, przepisach i wytycznych, które nakazują lub zalecają określone sposoby postępowania w przypadkach podejrzenia

KZD (np. Cukovic-Bagic, Welbury, Flander, Hatibovic-Kofman, Nuzzolese, 2014; Paavilainen, Flinck, 2013; Saperia, Lakhanpaul, Kemp, Glaser, 2009). Wiedza i doświadczenie w ocenie takich przypadków są szczególnie ważne w pracy z rodzinami z dziećmi w wieku poniżej 4 lat. Tak małe dzieci nie potrafią jeszcze wyartykułować swoich doświadczeń krzywdzenia, często spędzają większość czasu w domu z opiekunami i ich kontakt ze służbami pracującymi z dziećmi (w niniejszym artykule to pojęcie odnosi się do wszystkich organizacji mających z nimi bezpośredni kontakt) bywa nader ograniczony. Ponieważ opiekunowie często mają opory, aby przyznać, że doświadczają trudności w wychowaniu dziecka, krzywdzenie i zaniedbywanie mogą pozostawać niezauważone.

Dzieci i rodziny mają kontakt z wieloma służbami. Przy rosnącym nacisku, jaki kładzie się na obowiązek reagowania na sygnały zagrożenia bezpieczeństwa dzieci, specjaliści coraz częściej są zachęceni do przekraczania granic między organizacjami (Horwath, Morrison, 2011; Percy-Smith, 2006). Jednym z powodów przekraczania tych granic są konsultacje międzyorganizacyjne. W naszym badaniu, przeprowadzonym w Holandii, zdefiniowano je jako sytuację, w której jeden specjalista (osoba konsultująca się) rozmawia ze specjalistą z innej organizacji (konsultantem), który pracuje z tym samym dzieckiem, aby uzyskać informacje na temat tego klienta lub zasięgnąć opinii drugiego specjalisty dotyczącej sytuacji danego dziecka lub rodziny. W Holandii krajowy protokół zgłaszania przypadków przemocy domowej i KZD (Zbiór ustaw Królestwa Niderlandów, 2013) zobowiązuje wszystkich specjalistów pracujących z dziećmi do konsultowania się z lokalnymi służbami ochrony dzieci – Centrum Doradztwa i Powiadamiania. Specjaliści powinni również zgłaszać tym służbom podejrzenia KZD, jeśli sami nie potrafią zorganizować pomocy. Centra Doradztwa i Powiadamiania odpowiadają również za ocenę takich podejrzeń oraz kierowanie dzieci i rodzin do odpowiednich placówek oferujących wsparcie (Netherlands Youth Institute, 2011). Wspomniany protokół zaleca również, aby specjaliści uzyskiwali potrzebne informacje od innych specjalistów mających kontakt z daną rodziną, kiedy zachodzi podejrzenie KZD – na ogół za zgodą opiekunów. Specjaliści mogą rozmawiać z innymi specjalistami bez zgody opiekunów tylko wtedy, gdy staranna ocena sytuacji wykazała, że jest to konieczne do zapewnienia dziecku właściwej opieki, np. wtedy, gdy zaangażowanie opiekunów mogłoby narazić dziecko na niebezpieczeństwo (Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, 2013).

Konsultacje międzyorganizacyjne w reakcji na podejrzenia KZD mogą przynosić korzyści dzieciom, opiekunom i specjalistom. W niektórych wypadkach ocena sytuacji rodziny poprzez zwracanie się o radę lub dzielenie się informacjami może być konieczna, by ochronić dzieci przed krzywdzeniem, a nawet śmiercią (np. Brandon,

Dodsworth, Rumball, 2005). Analiza przypadków KZD, które zakończyły się (lub omal się zakończyły) śmiercią, wykazała błędy w działaniu służb, w tym niewystarczającą komunikację i ograniczony przepływ informacji między organizacjami (Douglas, Cunningham, 2008; Vincent, Petch, 2017). Połączenie w całość informacji będących w posiadaniu różnych organizacji, dotyczących np. sygnałów KZD, czynników ryzyka albo zdarzeń krytycznych, może zaowocować pełniejszym obrazem sytuacji dziecka, dzięki czemu specjaliści mogą podejmować lepsze – oparte na większej wiedzy – decyzje w sprawie dalszych działań dopasowanych do jego potrzeb. Ponadto rozmowa z innymi osobami zaangażowanymi w pracę z daną rodziną daje specjalistom możliwość zweryfikowania ich obaw związanych z sygnałami KZD (Ikkinck i in., 2010). Co więcej, konsultacje międzyorganizacyjne mogą sprzyjać szybszym postępom w danej sprawie (Bross, Ballo, Korfmacher, 2000), zmniejszać niejasności i niepewność dotyczące poziomu podejrzeń (Bross i in., 2000; Gunn, Hickson, Cooper, 2005; Jones i in., 2008) oraz zwiększać pewność specjalistów w podejściu do danego przypadku (Bross i in., 2000). Liczne badania ujawniły potrzebę konsultowania się z innymi specjalistami w celu rozwiania lub potwierdzenia obaw dotyczących sytuacji dziecka (np. Brandon i in., 2005; Talsma, Boström, Östberg, 2015; Tiyyagura, Gawel, Koziel, Asnes, Bechtel, 2015).

Ze względu na ich potencjalnie ważną rolę w ocenie prawdopodobieństwa, że dane dziecko jest (lub może zostać) ofiarą KZD, jest niezwykle istotne, aby specjaliści nie wahali się zasięgać konsultacji międzyorganizacyjnych. Nadal jednak wiemy bardzo mało na temat tego, z jakimi organizacjami najchętniej konsultują się osoby pracujące z dziećmi. Dysponujemy też nader skąpą wiedzą o tym, jak specjaliści doświadczają takich konsultacji. Wyniki badań o szerszym (międzyorganizacyjna współpraca w obszarze opieki nad dziećmi) lub węższym zakresie (zgłaszanie przypadków KZD służbom ochrony dzieci) mogą się również odnosić do konsultacji międzyorganizacyjnych. Czynniki, które ujawniono w tych badaniach, dotyczą głównie konsultantów widzianych z perspektywy osób zasięgających konsultacji. Ustalono, że dobrej współpracy sprzyjają takie czynniki jak zaufanie (np. przekonanie o kompetencjach specjalistów; Feng, Fetzer, Chen, Yeh, Huang, 2010; Herendeen, Blevins, Anson, Smith, 2014; Spath, Werrbach, Pine, 2008; Talsma i in., 2015), jasno określone role i obowiązki (Darlington, Feeney, Rixon, 2005; Percy-Smith, 2006), dobra komunikacja (np. informowanie na bieżąco o dalszych losach dziecka; Feng i in., 2010), dobra znajomość służb i usług (Kanste, Halme, Perälä, 2013) oraz wzajemny szacunek (np. poczucie, że jest się wspieranym; Darlington i in., 2005; Feng i in., 2010; Johnson, Zorn, Yung Tam, Lamontagne, Johnson, 2003). Pozytywne nastawienie (np. elastyczność, okazywanie zainteresowania), umiejętność reagowania

w spokojny i kompetentny sposób, indywidualne podejście oraz gotowość do współpracy również sprzyjają dobrej współpracy międzyorganizacyjnej (Darlington i in., 2005; Vulliamy, Sullivan, 2000). Badania ujawniły wiele barier utrudniających taką współpracę, takich jak frustracja z powodu bezczynności, trudności ze skontaktowaniem się z odpowiednimi osobami (Gunn i in., 2005) oraz odmienne praktyki dotyczące poufności (Darlington i in., 2005).

W niniejszym badaniu poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania związane z podejrzeniami krzywdzenia lub zaniedbywania dzieci w wieku do 4 lat:

1. Ilu specjalistów zamierza zasięgnąć konsultacji międzyorganizacyjnych?
2. Z jakimi typami organizacji najchętniej konsultują się specjaliści?
3. Jakie czynniki ułatwiają, a jakie utrudniają konsultacje międzyorganizacyjne – na podstawie doświadczeń badanych specjalistów?

Ponieważ rząd holenderski zachęca specjalistów do konsultacji międzyorganizacyjnych, uznano, że Holandia jest interesującym miejscem, w którym można badać preferencje i doświadczenia specjalistów w zakresie takich konsultacji. Wgląd w intencje i preferencje dotyczące zasięgania konsultacji oraz wiedza na temat czynników, które sprzyjają takim konsultacjom bądź je utrudniają, pozwoli organizacjom i samorządom skoncentrować wysiłki na rzecz usprawnienia konsultacji międzyorganizacyjnych na wzmacnianiu czynników ułatwiających i przezwyciężaniu barier.

METODY

Plan badania

Przeprowadziliśmy eksploracyjne studium jednego przypadku, ponieważ interesowała nas analiza zjawiska, które występuje w obrębie lokalnej sieci specjalistów (Rowley, 2002). Wykorzystaliśmy krótki, oparty na zwięzłym opisie przypadku (winnicie) kwestionariusz internetowy, w którym zbieraliśmy dane zarówno ilościowe, jak i jakościowe. W opisie przypadku wybraliśmy jedną gminę (miasto), ponieważ rodziny na ogół korzystają z usług organizacji działających w jednej gminie. W rezultacie specjaliści pracujący z rodzinami kontaktują się z organizacjami w tej samej gminie, kiedy chcą się skonsultować z innym specjalistą zajmującym się daną rodziną. Dane zbierano w maju i czerwcu 2015 r.

Kontekst badania

W 2015 r. w Holandii mieszkało ok. 3,3 mln dzieci w wieku 0–18 lat (Siderius, Carmiggelt, Rijn, Heerkens, 2016). Holenderski system opieki zdrowotnej i pomocy społecznej obejmuje usługi powszechne, opiekę podstawową i opiekę specjalistyczną. Usługi powszechne to elementarne usługi dostępne dla wszystkich obywateli, takie jak szkoła czy przedszkole. Opieka podstawowa, która również jest dostępna dla wszystkich obywateli, koncentruje się na wczesnym wykrywaniu problemów i obejmuje medycynę ogólną (rodzinną), profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi oraz opiekę położniczą. W porównaniu z innymi państwami w Holandii odmiennie zorganizowana jest w szczególności profilaktyczna opieka nad dziećmi (Siderius i in., 2016). Jednym z głównych zadań specjalistów w tej dziedzinie jest monitorowanie wzrostu i rozwoju dzieci oraz wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych i socjalnych (lub ryzyka ich wystąpienia), w tym krzywdzenia i zaniedbywania (Siderius i in., 2016). W ciągu pierwszych 4 lat życia prawie wszystkie dzieci są 15-krotnie badane przez lekarzy pediatrów i pielęgniarki pediatryczne (Benjamins, Damen, van Stel, 2015). Pracownicy opieki podstawowej mogą kierować osoby z problemami na diagnozę i terapię prowadzoną przez bardziej wyspecjalizowane służby, takie jak opieka pediatryczna, ginekologiczna, poradnie zdrowia psychicznego, lub bardziej wyspecjalizowane formy pracy z młodzieżą, pomocy społecznej i opieki nad osobami z niepełnosprawnością. Każda ciąża w Holandii jest regularnie monitorowana, a poród odbywa się przy wsparciu położnych. Po porodzie kobietami opiekuje się pielęgniarka środowiskowa wyspecjalizowana w opiece poporodowej, która pomaga im zajmować się dzieckiem w pierwszym tygodniu życia.

Niniejsze badanie przeprowadzono w gminie Almelo. Ma ona 72 tys. mieszkańców i obejmuje jedno niewielkie miasto i dwie wsie. Wybrano ją ze względu na skromne rozmiary, które pozwoliły ująć w badaniu wszystkie służby pracujące z dziećmi i przeanalizować całą sieć. Almelo jest również odpowiednim miejscem do badania konsultacji międzyorganizacyjnych, gdyż poziom czynników ryzyka związanych z krzywdzeniem i zaniedbywaniem dzieci jest tam stosunkowo wysoki w porównaniu z innymi holenderskimi gminami. Na przykład w roku 2012 w Almelo mieszkało prawie dwa razy więcej nastoletnich matek niż wynosi średnia holenderska (odpowiednio, 1,0% i 0,5%), stosunkowo duży odsetek rodzin z dziećmi otrzymywał zasiłek socjalny (7,7% i 5,6%), a wskaźnik bezrobocia był wyższy niż przeciętnie (7,1% i 5,9%; The Association of Dutch Municipalities i Quality Institute Dutch Municipalities, 2017). W 2014 r. w Almelo odnotowano 9,4 incydentu przemocy domowej, w tym KZD, na 1000 mieszkańców – więcej niż w 13 pozostałych

gminach w tym regionie Holandii (Kruize, Boendermaker, Bieleman, 2015). Można więc przypuszczać, że specjaliści pracujący w gminie Almelo mają większe doświadczenie w konsultacjach międzyorganizacyjnych niż specjaliści z gmin, w których częstość występowania KZD (oraz jego czynników ryzyka) jest niższa.

Badana próba

W badaniu uczestniczyli specjaliści spełniający cztery kryteria:

1. praca w jednym z następujących obszarów: opieka zdrowotna (medycyna ogólna, opieka położnicza, opieka poporodowa, profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi, poradnie zdrowia psychicznego, dietetyka, fizjoterapia, logopedia, opieka domowa nad dziećmi oraz oddziały szpitalne wyspecjalizowane w opiece nad dziećmi (opieka pediatryczna, opieka ginekologiczno-położnicza, fizjoterapia, terapia zajęciowa oraz medyczna pomoc społeczna), pomoc społeczna (praca socjalna, praca z młodzieżą oraz opieka nad osobami z niepełnosprawnością) oraz opieka przedszkolna;
2. osobisty kontakt z dziećmi w wieku poniżej 4 lat w ramach wykonywanej pracy;
3. upoważnienie do kontaktowania się z innymi organizacjami w celu uzyskiwania informacji w przypadkach podejrzenia KZD;
4. praca w Almelo, gminie położonej w regionie Twente we wschodniej Holandii.

łącznie te kryteria spełniło 101 organizacji (w tym prywatne praktyki).

Zbieranie danych

W maju 2015 r. do 101 organizacji wysłano e-mail z zaproszeniem do udziału w badaniu. Jeśli ich przedstawiciele (osoby kontaktowe) zgodziły się na uczestnictwo, otrzymały e-mail z internetowym kwestionariuszem, który miał zostać rozesłany wśród pracowników danej organizacji spełniających kryteria przyjęte w badaniu. Ankieta internetowa zawierała list wprowadzający, w którym przedstawiono cel badania i zapewniono uczestnikom poufność. Osoby kontaktowe w poszczególnych organizacjach poproszono o podanie liczby specjalistów, którym wysłały ten kwestionariusz. W trakcie badania do osób kontaktowych wysłano pocztą elektroniczną dwa przypomnienia, aby dodatkowo zachęcić specjalistów z danej organizacji do uczestnictwa i wypełnienia kwestionariuszy.

Samoopisowy kwestionariusz zawierał 22 pytania (zob. załącznik A w materiałach uzupełniających) i został zdigitalizowany przy użyciu narzędzia LimeSurvey

do tworzenia ankiet internetowych. Szacowany czas wypełnienia kwestionariusza wynosił 5–10 minut. Po pytaniach składających się na metryczkę respondentom przedstawiono krótki opis przypadku – sytuacji pewnej rodziny, w której występowały czynniki ryzyka i sygnały KZD. Jego treść podano w ramce. Takie krótkie opisy przypadków – tzw. winiety – uważa się za najlepszą metodę badania zmienności procesów decyzyjnych wśród specjalistów i oceny czynników, które mogą wpływać na poziom tej zmienności (Converse, Barrett, Rich, Reschovsky, 2015). Po opisie przypadku następowało pytanie: „Proszę sobie wyobrazić, że napotkał(a) Pan(i) taką sytuację w swojej pracy. Czy na podstawie tego opisu zamierza Pan(i) skonsultować się ze specjalistą spoza swojej organizacji, aby zweryfikować swoje podejrzenia i lepiej ocenić sytuację? Taka konsultacja może polegać na poproszeniu innego specjalisty o informacje na temat klientów albo na zasięgnięciu jego opinii. Proszę przyjąć, że powiedział(a) Pan(i) matce dziecka o swoich obawach”. Jeśli respondenci odpowiedzieli „nie”, pytano ich, dlaczego nie skonsultowaliby się ze specjalistą spoza swojej organizacji. Kiedy natomiast odpowiedzieli „tak”, proszono ich o wskazanie maksymalnie trzech typów organizacji (na zasadzie swobodnego przypominania), z którymi by się skonsultowali w opisanym przypadku. Następnie zapytano ich, czy istnieją jakieś inne organizacje, z którymi chcieliby się skonsultować, ale z jakiegoś powodu powstrzymaliby się od takiej konsultacji. I tym razem respondenci mogli wskazać maksymalnie trzy typy organizacji.

Następnie respondentów poproszono o opisanie ich ogólnych doświadczeń związanych z konsultowaniem się ze specjalistami z organizacji, do których zamierzali się zwrócić. Ich odpowiedzi mogą ujawniać pozytywne doświadczenia czynników ułatwiających konsultowanie się z danym typem organizacji. Respondentów zapytano również o doświadczenia z organizacjami, z którymi chcieliby się skonsultować, a jednak by tego nie zrobili. Odpowiedzi na to pytanie mogą ujawniać doświadczenia negatywne – bariery.

Ramka

Winieta – opis przypadku

Sonja jest 25-letnią matką. Mieszka w mieście Almelo. Pracuje 12 godzin tygodniowo. Ma dwoje dzieci – Toma (3,5 roku) i Rose (2 tygodnie). Mąż Sonji niedawno został przyjęty do szpitala psychiatrycznego z powodu problemów psychicznych. W rezultacie Sonja sama opiekuje się dziećmi i musi zupełnie sama zajmować się domem. Nie ma w pobliżu rodziny, która mogłaby ją wesprzeć. Tom chodzi do przedszkola. Od czasu, gdy jego ojciec trafił do szpitala psychiatrycznego, Tom miewa napady złości. Chłopiec budzi też swoją mamę 4–5 razy w ciągu nocy. Sonja mówi, że jest wykończona i nie ma siły utrzymać domu w czystości. Przyznaje też, że daje Tomowi klapsy i bezceremonialnie wystawia go na korytarz, kiedy jej nie słucha.

Analiza danych

Respondentów wykluczono z analizy danych, kiedy nie spełniali kryteriów włączenia lub nie wypełnili kwestionariusza. Zastosowano trzy techniki analizy danych – analizę ilościową, analizę jakościową oraz analizę sieci społecznej.

Analiza ilościowa

Wykorzystano oprogramowanie IBM SPSS 24, aby obliczyć statystyki opisowe zmiennych kontekstowych (*background variables*). Przeprowadzono test t-Studenta dla prób niezależnych, aby zbadać, czy grupy specjalistów gotowych skonsultować się z osobami spoza własnej organizacji i tych, którzy nie zamierzali tego zrobić, różniły się pod względem stażu pracy lub liczby godzin pracy w tygodniu. Oprogramowanie SPSS wykorzystano również do obliczenia współczynników kappa Cohena, aby ocenić rzetelność między dwoma obserwatorami w analizie danych jakościowych.

Analiza jakościowa

Dane tekstowe (*string data*) dotyczące doświadczeń specjalistów w zakresie konsultacji międzyorganizacyjnych eksportowano z LimeSurvey do Excela. Przeprowadzono indukcyjną analizę treści (Elo, Kyngas, 2008), aby wyodrębnić wspólne wątki w doświadczeniach specjalistów. Po pierwsze, dwie obserwatorki niezależnie od siebie zakodowały fragmenty tekstu dotyczące doświadczeń. Każdy fragment można było oznaczyć tylko jednym kodem. Najpierw te dane przeanalizowała pierwsza autorka (AK), a następnie druga autorka (MB) niezależnie od niej zakodowała te same

fragmenty tekstu przy użyciu schematu kodowania przekazanego jej przez pierwszą autorkę. Obliczono współczynnik kappa Cohena, aby ocenić poziom rzetelności między kodującymi (Viera, Garrett, 2005). Fragmenty, co do których osoby kodujące nie były zgodne, omawiano aż do osiągnięcia konsensusu.

Po drugie, obie osoby kodujące sklasyfikowały każdy fragment tekstu jako czynnik ułatwiający, barierę, „nie dotyczy” (kiedy respondent nie miał żadnych doświadczeń w konsultowaniu się z danym typem organizacji) lub „brak danych”. Tę ostatnią etykietę wybierano wtedy, gdy respondent nie udzielił odpowiedzi, a także w wypadku fragmentów tekstu, w których nie udało się wskazać żadnych czynników ułatwiających ani barier, np. gdy odpowiedź była zbyt ogólna. I tym razem obliczono współczynnik kappa Cohena, a fragmenty, co do których osoby kodujące nie były zgodne, omawiano aż do osiągnięcia konsensusu.

Analiza sieci społecznej

Przeprowadzono analizę sieci społecznej, aby zwizualizować relacje konsultacyjne między badanymi specjalistami a różnymi typami organizacji. Sieć społeczna to ograniczony zbiór podmiotów (aktorów), np. osób i organizacji, oraz relacje między nimi. Analiza sieci społecznej, która polega na zmapowaniu relacji między osobami i organizacjami, okazała się użyteczna w rozmaitych obszarach nauk społecznych i behawioralnych (Wassermann, Faust, 2009). Graficzne przedstawienie sieci społecznej – w postaci diagramu – umożliwi wykrycie wzorów, które w innym wypadku mogłyby pozostać niezauważone (Wassermann, Faust, 2009). Badaną sieć można traktować jak sieć afiliacyjną, czyli sieć dwumodalną utworzoną z dwóch zbiorów węzłów – zbioru węzłów reprezentujących poszczególnych specjalistów i odrębnego zbioru węzłów reprezentujących organizacje. Łącze (powiązanie) między specjalistą a organizacją istnieje wtedy, gdy ów specjalista wskazał daną organizację jako jedną z tych, z którymi zamierzał się skonsultować na podstawie informacji podanych w opisie przypadku. Ponieważ interesowały nas relacje międzyorganizacyjne specjaliści nie mogli wskazać typu organizacji, którą sami reprezentują.

Ponieważ jest to sieć skierowana – interesują nas łącza skierowane do poszczególnych typów organizacji – obliczyliśmy jedynie centralność stopnia dla powiązań wchodzących (*in-degree*) – a nie centralność stopnia dla powiązań wychodzących (*out-degree*), tj. liczbę powiązań skierowanych od jednej organizacji do innych organizacji (Wassermann, Faust, 2009). W tym celu sieć dwumodalna została przekształcona w reprezentację jednomodalną, w której poszczególni specjaliści reprezentują typ organizacji, w której pracują. Stopień odzwierciedla popularność typów organizacji jako tych, do których specjaliści z innych organizacji zwracają się

o konsultację. Centralność *in-degree* jest wskaźnikiem centralności – czyli popularności – danej organizacji w sieci. Centralność *in-degree* definiuje się jako liczbę powiązań (łączy) wchodzących do danego węzła (czyli typu organizacji). Wartości centralności *in-degree* zostały znormalizowane, co oznacza, że liczba powiązań skierowanych do danego typu organizacji jest wyrażona w postaci odsetka możliwych łączy. Na przykład, kiedy dwie osoby spośród 55 respondentów są lekarzami ogólnymi, to medycyna ogólna – jako typ organizacji – potencjalnie może otrzymać 53 łączy od 53 respondentów. Jeśli spośród tych 53 osób 23 wskazały placówkę medycyny ogólnej, to centralność *in-degree* wynosi $23 \div 53 \times 100 \approx 43\%$.

Względy etyczne i ochrona danych

Według kryteriów holenderskiej Ustawy o badaniach medycznych (z udziałem ludzi; 1998) niniejsze badanie nie wymagało akceptacji Rady ds. Etyki Badań Medycznych. Dane były zbierane przy użyciu bezpiecznej ankiety internetowej i przechowywane na bezpiecznym dysku placówki badawczej. Badanie zostało zatwierdzone przez komisję etyczną Wydziału Nauk Behawioralnych, Zarządzania i Nauk Społecznych Uniwersytetu w Twente (nr referencyjny 15 179), która także oceniła oraz zaakceptowała sposób zapewnienia poufności i anonimowości danych. W trakcie badania nie gromadzono danych osobowych.

WYNIKI

Respondenci

Siedemnaście ze 101 zaproszonych organizacji wyraziło zgodę na udział w badaniu (17%). W badanej próbie reprezentowane były wszystkie zaproszone typy organizacji z wyjątkiem jednej specjalistycznej organizacji zapewniającej opiekę domową dzieciom ze złożonymi potrzebami. Kwestionariusz wysłano do 162 specjalistów z tych 17 organizacji. Wypełniło go 80 z nich (poziom realizacji próby: 49%; 99% respondentów stanowiły kobiety). Z próby wykluczono dwie osoby – jedna z nich nie pracowała w Almelo, a druga nie miała kontaktu z dziećmi poniżej 4 lat.

Zamiar zasięgnięcia konsultacji międzyorganizacyjnych

Dwudziestu pięciu spośród 78 respondentów, których ujęto w przeprowadzonych analizach (71%), zadeklarowało, że w sytuacji opisanej w winiecie skonsultowałoby

się ze specjalistą poza swojej organizacji, a 23 osoby nie zamierzały zasięgnąć takiej konsultacji w pierwszym kroku po zapoznaniu się z opisanym przypadkiem (tab. 1). Dwadzieścia dwie z 23 osób, które nie zamierzały konsultować się ze specjalistami z innych organizacji, rozwinęły swoją odpowiedź w otwartym pytaniu uzupełniającym: najpierw podjęłyby inne działania ($n = 13$), zamiast tego podjęłyby inne działania ($n = 8$) lub nie widziały potrzeby zasięgnięcia konsultacji poza własną organizacją ($n = 1$). Inne działania, o których wspomnieli ci respondenci, obejmowały: skonsultowanie się z ekspertem we własnej organizacji ($n = 9$), omówienie swoich obaw z matką dziecka ($n = 5$), zapewnienie wsparcia ($n = 3$), konsultacje wewnętrzne i omówienie obaw z matką ($n = 2$), wykonanie kroków przewidzianych w procedurze zgłaszania ($n = 1$) oraz zgłoszenie swoich obaw służbom ochrony dzieci ($n = 1$). Jedna z osób nie sprecyzowała, jakie działania by podjęta (w pierwszej kolejności).

Tabela 1

Informacje kontekstowe na temat respondentów ($N = 78$)

Typ organizacji	Cała próba ($N = 78$)	Zamiar skonsultowania się ze specjalistami spoza własnej organizacji ($n = 55$)	Brak zamiaru skonsultowania się ze specjalistami spoza własnej organizacji ($n = 23$)
	n	n	n
<i>Opieka zdrowotna</i>			
Medycyna ogólna	2	1	1
Opieka poporodowa	19	17	2
Poradnie zdrowia psychicznego	8	5	3
Opieka położnicza	2	1	1
Opieka pediatryczna	4	3	1
Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi	6	5	1
Swoiste formy opieki zdrowotnej	8	6	2
<i>Opieka przedszkolna</i>	14	9	5
<i>Pomoc społeczna</i>			
Opieka nad osobami z niepełnosprawnością	2	2	0
Opieka socjalna	6	4	2
Praca z młodzieżą	7	2	5
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Staż pracy w latach (przedział 0,5–35)	16,4 (9,6)	17,1 (9,8)	16,3 (9,3)
Liczba godzin pracy w tygodniu (przedział 8–60)	26,1 (9,2)	25,8 (8,6)	26,8 (10,4)

*Do swoistych form opieki zdrowotnej należą opieka stomatologiczna (DENT; $n = 1$), dietetyczna (DIET; $n = 2$), logopedyczna (SPEE; $n = 3$) i fizjoterapeutyczna (PHYS; $n = 2$).

W tabeli 1 przedstawiono zmienne kontekstowe dotyczące wszystkich 78 respondentów, w tym osób, które zamierzały skonsultować się ze specjalistami spoza swojej organizacji ($n = 55$), oraz osób, które nie zamierzały zasięgać konsultacji międzyorganizacyjnych w pierwszej kolejności ($n = 23$). Tabela 1 pokazuje, że większość respondentów (49 osób; 63%) była zatrudniona w organizacji lub placówce opieki zdrowotnej, a mniejsza ich liczba pracowała w pomocy społecznej (15 osób; 19%) i placówkach opieki przedszkolnej (14 osób; 18%). Nie uzyskano odpowiedzi od specjalistów pracujących na oddziałach szpitalnych wyspecjalizowanych w opiece medycznej, opiece ginekologiczno-położniczej czy terapii zajęciowej. Średni staż pracy respondentów wynosił 16,4 roku, a średnia czasu pracy w tygodniu wynosiła 26,1 godz. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami specjalistów zamierzających i niezamierzających skonsultować się z osobami spoza własnej organizacji pod względem stażu pracy ($t_{0,354}$, $p = 0,725$) ani liczby godzin pracy w tygodniu ($t_{-0,393}$, $p = 0,695$).

PREFERENCJE W ZAKRESIE ZASIĘGANIA KONSULTACJI MIĘDZYORGANIZACYJNYCH

Pięćdziesięciu pięciu respondentów, którzy zasięgnęliby konsultacji międzyorganizacyjnych, zadeklarowało średnio, że skonsultowałoby się z dwoma typami organizacji (przedział: 1–5). Na podstawie przedstawionej winiety respondenci chcieliby zasięgnąć takich konsultacji, aby zebrać dodatkowe informacje na temat klientów. Łącznie respondenci wymienili 10 typów organizacji.

W tabeli 2 przedstawiono miary centralności *in-degree*, które odzwierciedlają popularność poszczególnych typów organizacji. Jak można z niej wnioskować, profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi jest najpopularniejszym typem organizacji, w której respondenci zamierzali zasięgnąć konsultacji (znormalizowana centralność *in-degree*: 35 na 50 możliwych powiązań = 70%) – zwłaszcza wśród specjalistów w dziedzinie opieki poporodowej. Na trzech kolejnych miejscach znalazły się: medycyna ogólna (znormalizowana centralność *in-degree*: 43%), opieka przedszkolna (znormalizowana centralność *in-degree*: 37%) oraz Centrum Doradztwa i Powiadamiania (znormalizowana centralność *in-degree*: 35%).

Bariery i czynniki ułatwiające konsultacje międzyorganizacyjne

Czterdzieści dziewięć spośród 55 badanych osób opisało swoje doświadczenia w zakresie konsultacji międzyorganizacyjnych. Badani opisać swoje

doświadczenia z 10 typami organizacji, co wygenerowało 124 fragmenty tekstu, które poddano analizie (średnia: 2,3 fragmentu na respondenta, przedział: 0–7 fragmentów). Na podstawie tych danych zidentyfikowaliśmy zbiór 12 czynników, które wydają się wpływać na decyzje specjalistów dotyczące zasięgnięcia konsultacji w przypadkach podejrzeń KZD. Zgodność między dwiema osobami kodującymi wynosiła 94% (116/124). Współczynnik kappa Cohena był równy 0,88, co wskazuje na niemal całkowitą zgodność (Viera, Garrett, 2005). Te 12 czynników przyporządkowano do jednej z dwóch kategorii – czynniki związane z konsultantem, tj. typem organizacji lub specjalisty, i czynniki związane ze specjalistą zasięgnięciem konsultacji.

Osiemdziesiąt dwa spośród 124 fragmentów tekstu można było sklasyfikować jako czynnik ułatwiający lub barierę dla konsultacji. Sześćdziesiąt z tych 82 fragmentów dotyczyło czynników ułatwiających i wszystkie były związane z konsultantem. Pozostałe 22 fragmenty dotyczyły barier – 15 było związanych z konsultantem, a siedem ze specjalistą zasięgnięciem konsultacji. W tabeli 3 przedstawiono te czynniki, ich opisy, liczbę fragmentów przyporządkowanych do każdego z nich i przykładowe cytaty. W Załączniku B w materiałach uzupełniających można znaleźć wszystkie fragmenty tekstu przyporządkowane do poszczególnych czynników.

Czterdziestu dwóch spośród 124 fragmentów nie można było sklasyfikować jako czynnika ułatwiającego ani jako bariery, ponieważ respondenci zadeklarowali brak doświadczenia w konsultowaniu się z danym typem organizacji (7 fragmentów), dany fragment dotyczył zbyt ogólnego lub neutralnego doświadczenia, np. była w nim mowa o „dobrym” doświadczeniu (29 fragmentów), bądź też opisywał sytuację faktyczną (np. konkretną politykę), a nie doświadczenie osoby badanej (6 fragmentów). Zgodność między dwiema osobami kodującymi (AK i MB) w kwestii sklasyfikowania fragmentów tekstu wynosiła 77% (95/124). Współczynnik kappa Cohena wynosił 0,73, co wskazuje na dużą zgodność (Viera, Garrett, 2005).

Czynniki związane z konsultantem

Zidentyfikowano osiem czynników związanych z konsultantem. Najczęstszym z nich było *wsparcie* – głównie jako czynnik ułatwiający, na ogół w odniesieniu do profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi. Innym dość często rozpoznawanym czynnikiem było *podejmowanie działań*. Respondenci najczęściej opisywali pozytywne doświadczenia z różnymi służbami. *Dostępność* wymieniano jako zarówno czynnik ułatwiający, jak i barierę. Respondenci, którzy wspomnieli o tym czynniku,

wyrażali się pozytywnie o łatwości i szybkości kontaktu z Centrum Doradztwa i Powiadamiania, placówkami profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi, placówkami przedszkolnymi, organizacjami zapewniającymi opiekę poporodową oraz placówkami opieki położniczej. Trzy osoby badane opisały bariery związane z czynnikiem *dostępność*. W ich doświadczeniach pojawiły się trudności w kontakcie z organizacjami, w tym z Centrum Doradztwa i Powiadamiania oraz z poradniami zdrowia psychicznego. Czynnikiem *szacunek*, obejmujący poczucie, że jest się traktowanym poważnie, był wymieniany wyłącznie jako czynnik ułatwiający – w odniesieniu do placówek profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi, głównie przez położne. *Gotowość do współpracy* pojawiła się w odniesieniu do Centrum Doradztwa i Powiadamiania, poradni zdrowia psychicznego, placówek medycyny ogólnej, profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi oraz placówek przedszkolnych. *Znajomość rodziny* również zidentyfikowano jako czynnik, który może wpływać na gotowość specjalistów do zasięgnięcia konsultacji międzyorganizacyjnych. Wielu badanych wspomniało, że pracownicy profilaktycznej opieki zdrowotnej bardzo dobrze znają dziecko i jego rodzinę. *Jakość informacji* była wymieniana tylko w odniesieniu do placówek opieki przedszkolnej, przede wszystkim jako bariera.

Czynniki związane z osobą zasięgającą konsultacji

Zidentyfikowano cztery czynniki związane z osobą konsultującą się – *konsekwencje dla rodziny, konsekwencje dla specjalisty, znajomość organizacji i prywatność klientów*. We fragmentach tekstu ujawniły się tylko bariery. Na przykład, jeśli chodzi o czynnik *prywatność klientów*, jedna z osób badanych miała opory przed konsultowaniem się z lekarzami ogólnymi ze względu na poczucie, że mogłoby to naruszyć prywatność jej klientów.

Tabela 2

Socjomacierz dotycząca zasięgania konsultacji międzyorganizacyjnych – centralność in-degree (*n*) i znormalizowana centralność in-degree (%) (*n* = 55).

Typ organizacji reprezentowany przez respondentów	Typy organizacji, z którymi chcieliby się skonsultować respondenci										
	Liczba respondentów	Medycyna ogólna	Opieka poporodowa	Poradnie zdrowia psychicznego	Opieka położnicza	Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi	Lekarz specjalista (nieokreślony przez respondenta)	Opieka przedszkolna	Pomoc społeczna	Praca z młodzieżą	Centrum Doradztwa i Powiadomiania ^a
<i>Opieka zdrowotna</i>											
Medycyna ogólna	1	-						1	1		1
Opieka poporodowa	17	7	-	1	7	15	1	1	1	1	8
Poradnie zdrowia psychicznego	5	3		-		2		3		1	2
Opieka położnicza	1	1			-				1		
Opieka pediatryczna	3	3				3					2
Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi	5	1		2		-		5			1
Swoiste formy opieki zdrowotnej ^b	6	1				3		2	1		2
<i>Opieka przedszkolna</i>	9	2		1		8		-	1	1	2
<i>Pomoc społeczna</i>											
Opieka socjalna	4	2	1	1	1	2		3	-		
Praca z młodzieżą	2	2				2		2		-	
Opieka nad osobami z niepełnosprawnością	2	1								1	1
Centralność in-degree (<i>n</i>)		23	1	5	8	35	1	17	5	4	19
Znormalizowana centralność in-degree (%)		43	3	10	15	70	2	37	10	8	35

^aCentrum Doradztwa i Powiadomiania nie spełniało kryteriów włączenia do niniejszego badania (nie świadczyło usług na rzecz dzieci do lat czterech), dlatego żaden z respondentów nie reprezentuje tej organizacji.

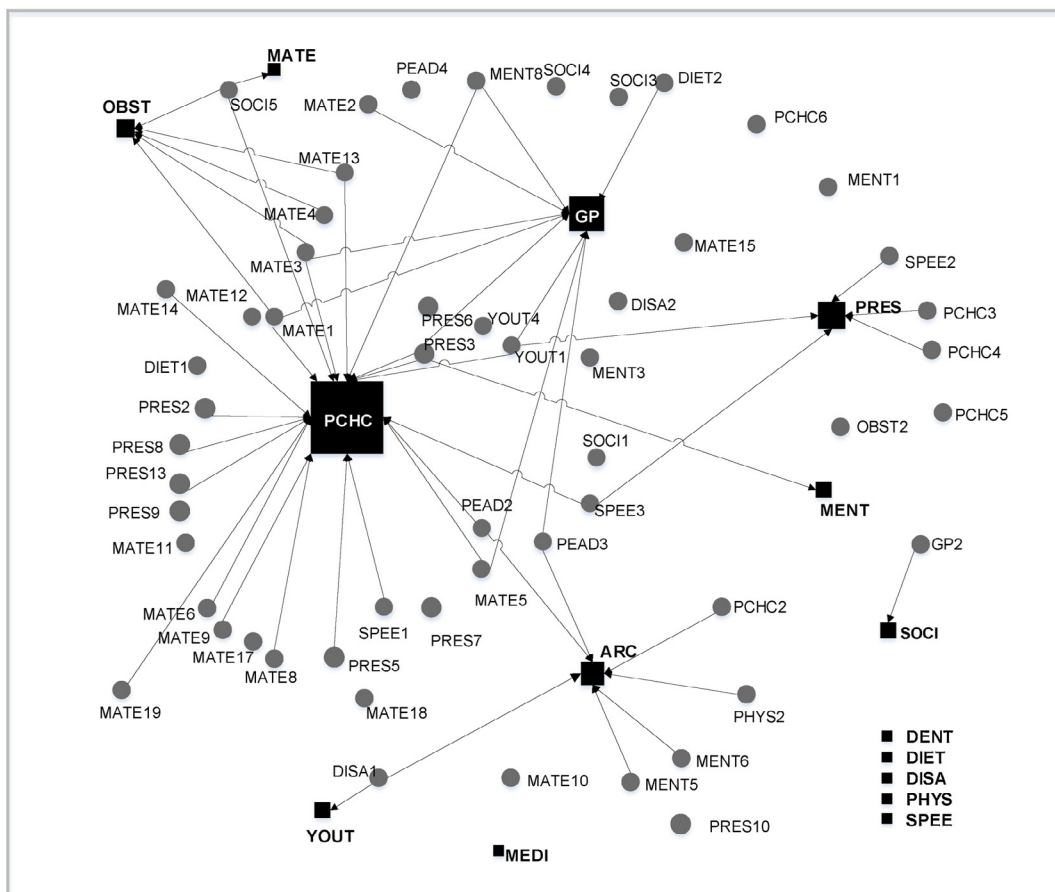
^bDo swoistych form opieki zdrowotnej należą opieka stomatologiczna (DENT; *n* = 1), dietetyczna (DIET; *n* = 2), logopedyczna (SPEE; *n* = 3) i fizjoterapeutyczna (PHYS; *n* = 2).

Tabela 3

Czynniki związane z osobą zasięgającą konsultacji i z konsultantem zidentyfikowane jako czynniki ułatwiające i/lub bariery w doświadczeniach specjalistów w zakresie konsultacji międzyorganizacyjnych w przypadkach podejrzeń KZD

Lp.	Czynnik	Opis czynnika	L. fragmentów dotyczących czynnika ułatwiającego (n)	L. fragmentów dotyczących bariery (n)	Przykładowe cytaty – czynniki ułatwiające	Przykładowe cytaty - bariery
	Czynniki związane z konsultantem		60	14		
1	Wsparcie	Stopień wsparcia lub pomocy otrzymanych przez respondenta od konsultanta	18	2	„Pracownicy zawsze są chętni do współpracy” – na temat profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi	„Poprosili nas o informacje, ale powiedzieli, że musimy działać natychmiast. Sytuacja stała się nieprzyjemna” – o Centrum Doradztwa i Powiadamiania
2	Podjęmowanie działania	Stopień, w jakim konsultant podejmuje działanie	16	2	„Od razu zaczynają działać” – o opiece położniczej	„Czasem działają opieszale” – o medycynie ogólnej
3	Szacunek	Sposób, w jaki respondent doświadcza reakcji konsultanta (np. poważne traktowanie, zaangażowanie)	8	1	„Traktują mnie poważnie” – o Centrum Doradztwa i Powiadamiania	„Mam poczucie, że nie traktują mnie poważnie” – o pomocy społecznej
4	Dostępność	Dostępność konsultanta	7	3	„Szybko można się z nimi skontaktować” – o Centrum Doradztwa i Powiadamiania	„Trudno się z nimi skontaktować” – o poradni zdrowia psychicznego
5	Gotowość do współpracy	Stopień, w jakim konsultant jest chętny do współpracy	5	1	„Ta organizacja bardzo mi pomogła, kiedy zwracałam się do niej o radę” – o Centrum Doradztwa i Powiadamiania	„Jeśli chodzi o zgłoszenie, często jest to bardzo trudne, zwłaszcza dlatego, że w większości wypadków to tylko podejrzenie” – o Centrum Doradztwa i Powiadamiania
6	Znajomość rodziny	Stopień, w jakim konsultant zna dziecko i/lub jego rodzinę	4	2	„Dobrze znają rodzinę” – o profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi	„Nie zawsze dobrze znają rodzinę” – o medycynie ogólnej
7	Jakość informacji	Jakość informacji udzielanych przez konsultanta (np. adekwatność i rzetelność informacji)	1	2	„Informacje od nich są wiarygodne” – o opiece przedszkolnej	„Mało przydatnych informacji” – o opiece przedszkolnej
8	Fachowa wiedza i doświadczenie	Spostrzegana fachowa wiedza i doświadczenie danej grupy zawodowej lub konsultanta	1	1	„Mają duże doświadczenie” – o profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi	„Czasem uważają, że problem jest większy niż w rzeczywistości” – o pracy z młodzieżą
	Czynniki związane z osobą zasięgającą konsultacji		0	8		
9	Konsekwencje dla rodziny	Spostrzegane konsekwencje konsultacji dla dziecka i/lub jego rodziny	0	2		„Byłabym ostrożna, żeby nie pogorszyć problemu” – o opiece przedszkolnej
10	Konsekwencje dla specjalisty	Spostrzegane konsekwencje konsultacji dla specjalisty	0	2		„Zachowałbym, dyskrekcję, żeby chronić siebie” – o lekarzach specjalistach
11	Znajomość organizacji	Stopień, w jakim specjalista zna dany typ organizacji	0	1		„Nie wiem, do kogo powinnam, zadzwonić. Znajomość tej kwestii jest niewielka w tej organizacji” – o Centrum Doradztwa i Powiadamiania
12	Prywatność klientów	Postawy specjalisty wobec sposobu zapewnienia klientom prywatności	0	3		„Troska o prywatność klientów” – o medycynie ogólnej
	Całkowita liczba fragmentów		60	22		
	Całkowita liczba czynników		8	12		

*Słowo „specjaliści” odnosi się do osób świadczących usługi na rzecz dziecka lub jego rodziny.



Legenda

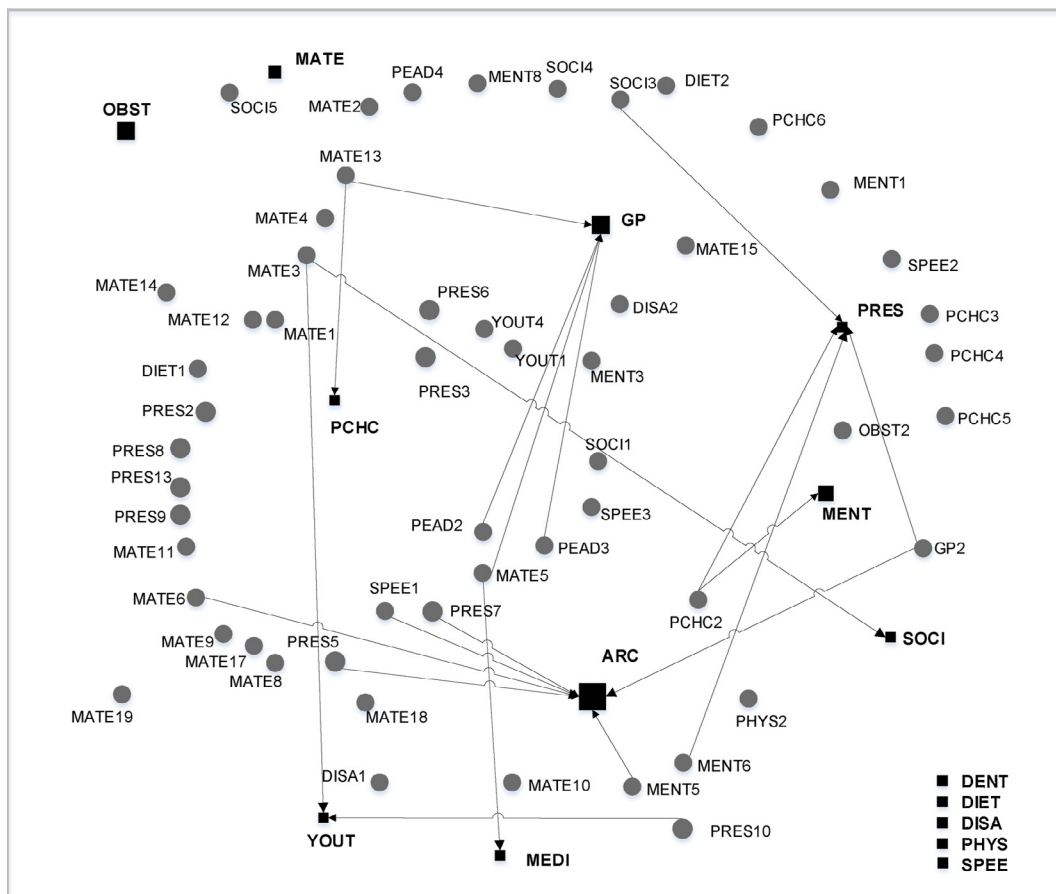
■ Typ organizacji ● Pojedynczy specjalista

Skróty: **ARC** – Centrum Doradztwa i Powiadamiania, **DENT** – opieka stomatologiczna, **DIET** – porady dietetyczne, **DISA** – opieka nad osobami z niepełnosprawnością, **GP** – medycyna ogólna, **MATE** – opieka poporodowa, **MENT** – poradnie zdrowia psychicznego, **MEDI** – lekarze specjaliści, **OBST** – opieka położnicza, **PRES** – opieka przedszkolna, **PCHC** – profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi, **PHYS** – fizjoterapia, **SOCI** – pomoc społeczna, **SPEE** – logopedia, **YOUT** – praca z młodzieżą.

Rysunek 1. Sieć konsultacji międzyorganizacyjnych ukazująca relacje konsultacyjne, dla których doświadczenia respondentów wskazywały na czynniki ułatwiające.

Na rysunkach 1 i 2 przedstawiono sieci dwumodalne ukazujące relacje konsultacyjne, dla których doświadczenia respondentów wskazywały na czynniki ułatwiające (rys. 1) lub na bariery (rys. 2). Warto zauważyć, że tylko jedna bariera ujawniła się w doświadczeniach specjalistów z placówkami profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi – najczęściej wymienianym typem organizacji. Stosunkowo duża

liczba barier wspomnianych w niniejszym badaniu dotyczyła Centrum Doradztwa i Powiadamiania – w tym niski poziom wsparcia i dostępności. Ponadto zidentyfikowano bariery w relacjach z placówkami opieki poporodowej, opieki położniczej,



Legenda

■ Typ organizacji ● Pojedynczy specjalista

Skróty: **ARC** – Centrum Doradztwa i Powiadamiania, **DENT** – opieka stomatologiczna, **DIET** – porady dietetyczne, **DISA** – opieka nad osobami z niepełnosprawnością, **GP** – medycyna ogólna, **MATE** – opieka poporodowa, **MENT** – poradnie zdrowia psychicznego, **MEDI** – lekarze specjaliści, **OBST** – opieka położnicza, **PRES** – opieka przedszkolna, **PSHC** – profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi, **PHYS** – fizjoterapia, **SOCI** – pomoc społeczna, **SPEE** – logopedia, **YOUT** – praca z młodzieżą.

Rysunek 2. Sieć konsultacji międzyorganizacyjnych ukazująca relacje konsultacyjne, dla których doświadczenia respondentów wskazywały na bariery.

DYSKUSJA

Poprzez użycie winiety – krótkiego opisu przypadku KZD – chcieliśmy zbadać preferencje i doświadczenia specjalistów w zakresie konsultacji międzyorganizacyjnych w procesie oceny podejrzeń KZD.

Pocieszające wydaje się to, że większość uczestników tego badania (71%) zasięgnęłaby konsultacji innych specjalistów zaangażowanych w pracę z daną rodziną, gdyby podejrzewała krzywdzenie lub zaniedbywanie dziecka w przykładowym przypadku. Respondenci skonsultowaliby się z 10 różnymi typami organizacji – każdy z nich średnio z dwoma. W badaniu ujawniła się zmienność preferencji respondentów w zakresie takich konsultacji – zarówno w obrębie poszczególnych profesji, jak i między nimi. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi, medycyna ogólna i opieka przedszkolna okazały się najpopularniejszymi typami organizacji, z którymi badani zamierzali się skonsultować.

Doświadczenia badanych specjalistów w konsultowaniu się z innymi typami organizacji okazały się zróżnicowane. Zidentyfikowano 12 czynników, które mogą ułatwiać lub utrudniać zasięgnięcie takich konsultacji w poszczególnych organizacjach. Były to w większości czynniki ułatwiające (60 spośród 82 fragmentów tekstu odnoszących się do ośmiu czynników) – wszystkie związane z konsultantem. Respondenci szczególnie pozytywnie ocenili wsparcie, jakie otrzymali od specjalistów spoza swojej organizacji, gotowość innych organizacji do podejmowania działań po konsultacji oraz szacunek (poważne traktowanie), jakiego doświadczyli ze strony organizacji, z którą się skonsultowali. Większość tych ustaleń jest zgodna z rezultatami wcześniejszych badań dotyczących współpracy międzyorganizacyjnej, które wykazały istotne znaczenie takich czynników, jak poczucie wsparcia (np. Darlington i in., 2005; Feng i in., 2010), pozytywne nastawienie, chęć współpracy (Darlington i in., 2005; Vulliamy, Sullivan, 2000), ufność, że inne organizacje przystąpią do działania (Herendeen i in., 2014; Talsma i in., 2015), oraz dostępność (Gunn i in., 2005). Czynniki zidentyfikowane jako bariery (22 spośród 82 fragmentów tekstu, odnoszących się do wszystkich 12 czynników) wiązały się zarówno z konsultantem, jak i ze specjalistą zasięgniętym konsultacji oraz odzwierciedlały szeroki zakres typów negatywnych doświadczeń. Wiele z tych czynników ujawniło się również we wcześniejszych badaniach barier utrudniających współpracę między organizacjami, zwłaszcza w odniesieniu do zgłaszania przypadków KZD służbom ochrony dzieci. Były to m.in. odmienne podejścia do kwestii prywatności, osobiste niedogodności i negatywne konsekwencje mogące dotknąć rodzinę (Darlington i in., 2005; Gunn i in., 2005; Konijnendijk, Boere-Boonekamp, Haasnoot-Smallegange, Need, 2014). Czynniki,

które nieczęsto pojawiały się w dotychczasowych badaniach na temat współpracy międzyorganizacyjnej, mogą być szczególnie istotne w odniesieniu do konsultacji międzyorganizacyjnych. Należą do nich stopień, w jakim potencjalny konsultant zna daną rodzinę, oraz jakość informacji, jakich może udzielić.

Chociaż preferencje w zakresie konsultacji były zróżnicowane, to jeden typ organizacji okazał się szczególnie popularny. Większość respondentów spoza placówek profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi chciała się skonsultować ze specjalistami z tej organizacji (znormalizowana centralność *in-degree*: 70%). Ich popularność wśród osób pragnących zasięgnąć konsultacji nie jest zaskakująca, zważywszy, że prawie wszystkie dzieci odwiedzają te darmowe placówki publiczne, dzięki czemu dysponują one kompleksowymi i aktualnymi danymi na temat podopiecznych. Ponadto jednym z głównych zadań profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi jest zapobieganie krzywdzeniu i zaniedbywaniu dzieci, podczas gdy według ekspertów lekarze opieki zdrowotnej nad dziećmi przeznaczają na to zadanie ok. 20% swojego tygodnia pracy (Visscher, van Stel, 2017). Popularność profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi można wyjaśnić również tym, że większość respondentów ma pozytywne doświadczenia w kontakcie z tym typem organizacji. Jest bardzo prawdopodobne, że pozytywne doświadczenia w przeszłości skutkują gotowością do konsultowania się z placówkami profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi w przyszłości (Ajzen, 2002).

Do pozostałych typów organizacji stosunkowo często wymienianych przez respondentów należą placówki medycyny ogólnej i opieki przedszkolnej (znormalizowana centralność *in-degree* wynosiła, odpowiednio, 42% i 37%). Odkrycie, że większość pracowników placówek opieki zdrowotnej nad dziećmi nie chciała się konsultować z placówkami medycyny ogólnej (rodzinnej) jest zgodna z wynikami badania Visschera i van Stela (2017), którzy wykazali, że tylko 27% specjalistów z placówek opieki zdrowotnej nad dziećmi zamierza się skonsultować z placówkami medycyny ogólnej w przypadkach podejrzeń KZD. Ponadto zaskakująco niewielu respondentów zamierzało skonsultować się z placówkami opieki poporodowej, położniczej i ginekologicznej. Opieka położnicza była popularna wśród specjalistów w dziedzinie opieki poporodowej, ale nie wśród innych profesji – mimo że matka występująca w opisie przypadku niedawno urodziła dziecko. W Holandii pielęgniarka specjalizująca się w opiece poporodowej odwiedza matkę i dziecko w ich domu w ciągu pierwszych 8 dni po porodzie, a co za tym idzie – w tym czasie ma intensywny kontakt z rodziną. Odkrycie, że jednostki opieki poporodowej są mało popularne jako partner mogący udzielić konsultacji, wydaje się zaskakujące, gdyż z użytego w badaniu opisu przypadku można wnioskować, że położna i pielęgniarka

wyspecjalizowana w opiece poporodowej w ostatnim czasie miały częste kontakty z tą rodziną i mogą dysponować cennymi informacjami o jej sytuacji.

Centrum Doradztwa i Powiadamiania zostało wymienione przez 1/3 respondentów (znormalizowana centralność *in-degree*: 35%). Centrum może zapewnić profesjonalną opinię, ale w większości wypadków nie dysponuje informacjami na temat konkretnych klientów, dlatego nie jest logicznym wyborem dla tych specjalistów, którzy chcieliby się skonsultować z inną organizacją, aby uzyskać dodatkowe informacje o swoich podopiecznych. Może to wyjaśniać, dlaczego Centrum nie zostało wymienione przez wszystkich respondentów. Innym powodem może być to, że specjaliści napotkali bariery utrudniające im konsultowanie się z Centrum. Respondenci wymienili stosunkowo dużo barier związanych z tym typem organizacji. Niechęć specjalistów do współpracy ze służbami ochrony dzieci była opisywana w wielu artykułach, a jej przyczyn upatrywano w takich czynnikach jak negatywne postawy i niski poziom zaufania oraz negatywne doświadczenia, np. niewystarczające informacje zwrotne i opóźnienie we wszczęciu dochodzenia (Feng, Levine, 2005; Flaherty i in., 2008; Gunn i in., 2005; Herendeen i in., 2014).

Zalety i ograniczenia

Ważną zaletą tego badania jest to, że pogłębia ono nasze rozumienie złożonego zagadnienia, które jest słabo opisane w piśmiennictwie. Kolejną zaletą jest to, że w badaniu były reprezentowane niemal wszystkie zaproszone typy organizacji. Co za tym idzie – zapewnia ono kompleksowy obraz preferencji i doświadczeń specjalistów w zakresie konsultacji międzyorganizacyjnych.

Należy jednak pamiętać o kilku ograniczeniach niniejszego badania. Nie mogliśmy ustalić, ilu specjalistów odrzuciło lub nie odpowiedziało na nasze zaproszenie do udziału w badaniu. W rezultacie nie można było obliczyć dokładnego poziomu realizacji próby. Nie wiemy też, czy badana próba jest właściwie zbilansowana pod względem liczby przedstawicieli poszczególnych profesji. Ponadto ostateczna liczba respondentów była stosunkowo niewielka, a specjaliści, którzy nie uważają konsultacji międzyorganizacyjnych za istotne, mogli być mniej skłonni do uczestnictwa w badaniu. Być może osoby, które nie odpowiedziały na nasze zaproszenie, zasięgają takich konsultacji mniej chętnie niż nasi respondenci, co skutkowało przeszacowaniem intencji konsultowania się z innymi organizacjami. Z tych powodów należy zachować ostrożność w interpretacji otrzymanych przez nas wyników dotyczących konsultacji międzyorganizacyjnych. Co więcej, badanie oparte na krótkim opisie przypadku (winiecie) nie mierzy rzeczywistych praktyk, a jedynie preferencje,

a co za tym idzie – jest podatne na błąd związany ze skłonnością badanych do udzielania odpowiedzi pożądanych społecznie. Wreszcie, ponieważ użyliśmy tylko jednej winiety, należy zachować ostrożność w generalizowaniu wyników tego badania.

Implikacje dla przyszłych badań

Omówione studium eksploracyjne wskazuje możliwe kierunki dalszych badań. Po pierwsze, badania ilościowe mogą być pomocne w ustaleniu korelacji statystycznych między czynnikami związanymi z zasięgiem konsultacji międzyorganizacyjnych i z preferencjami dotyczącymi takich konsultacji oraz w analizie korelacji statystycznych między typem organizacji, profesją i czynnikami. Po drugie, należy przeprowadzić dalsze badania jakościowe, aby wyjaśnić przyczyny niezwracania się o konsultację do specjalistów z organizacji opieki zdrowotnej, opieki przedszkolnej i pomocy społecznej – zwłaszcza opieki poporodowej i medycyny ogólnej. Takie badania mogą ujawnić ważne bariery – zarówno ogólne, jak i związane z konkretnymi służbami pracującymi z dziećmi – które odgrywają decydującą rolę w decyzjach specjalistów dotyczących tego, z jakimi typami organizacji będą się konsultować w przypadkach podejrzenia KZD. Po trzecie, uzupełnieniem tego badania może być przeprowadzona z perspektywy historycznej analiza rzeczywistych praktyk w zakresie konsultacji międzyorganizacyjnych w przypadkach KZD przeprowadzona przy użyciu akt medycznych dzieci. Takie dane byłyby cenne w badaniu rzeczywistych praktyk oraz w weryfikacji rzetelności otrzymanych przez nas wyników.

Implikacje dla praktyki

Popularność placówek profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi powinna jeszcze wzrosnąć, zważywszy na ich wiedzę i doświadczenie, informacje na temat klientów oraz pozytywne doświadczenia specjalistów zasięgających konsultacji. Ponadto specjaliści mogliby w większym stopniu korzystać z wiedzy lekarzy ogólnych (rodziny), którzy na ogół mają dobry przegląd sytuacji medycznej i społecznej wszystkich członków rodziny. Ponadto w sytuacji, gdy w rodzinie jest nowo narodzone dziecko, bardziej widocznym partnerem powinny się stać placówki opieki poporodowej.

Można zastosować kilka strategii skoncentrowanych na specjalistach, aby zwiększyć ich świadomość i wiedzę na temat tego, co mogą im zaoferować przedstawiciele innych profesji, jeśli chodzi o wsparcie oraz informacje o klientach w przypadkach podejrzenia KZD. Jedną z takich strategii jest organizowanie interaktywnych spotkań niewielkich grup złożonych z przedstawicieli opieki zdrowotnej, pomocy społecznej

i opieki przedszkolnej działających w tej samej okolicy (Grol, Grimshaw, 2003; Grol, Wensing, Eccles, Davis, 2013). Takie spotkania mogą być prowadzone przez specjalnie przeszkoloną osobę, która przekazywałaby uczestnikom wiedzę, pomocne narzędzia i informacje zwrotne dotyczące aktualnej praktyki (Grol i in., 2013). Działania edukacyjne mogą się również koncentrować na uświadamianiu specjalistom osobistych barier, które ujawniły się w naszym badaniu, takich jak troska o prywatność klientów czy obawy przed osobistymi konsekwencjami. Spotkania z udziałem przedstawicieli wielu dyscyplin mogą także ułatwiać komunikację między organizacjami oraz budować wzajemne zaufanie, szacunek i zaangażowanie.

OŚWIADCZENIE NA TEMAT KONFLIKTU INTERESÓW

Brak.

PODZIĘKOWANIA

Niniejszy artykuł powstał dzięki wsparciu Holenderskiej Organizacji na rzecz Badań nad Zdrowiem (ZonMw) (nr grantu: 159010003).

ZAŁĄCZNIK A: MATERIAŁY UZUPEŁNIAJĄCE

E-mail autorki: a.a.j.konijnendijk@utwente.nl (A. A. J. Konijnendijk).

Przedruk za zgodą wydawcy, tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą. Artykuł pierwotnie ukazał się w: *Child Abuse & Neglect*, 88, 58–70. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.013>.

© 2020 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak-Młynikowska.

BIBLIOGRAFIA

- Ajzen, I. (2002). Residual effects of past on later behavior: Habituation and reasoned action perspectives. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 107–122.
- Alink, L. R. A., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Pannebakker, F. D., Vogels, T., Euser, S. (2011). *Kindermishandeling in Nederland anno 2010*:

- De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010) (national report)*. Pobrane z: Leiden.
- Association of Dutch Youth Care (2013). *Annual report dutch advice and reporting centre*. Pobrane z: <http://www.jeugdzorgnederland.nl/contents/documents/amk-2012.pdf>.
- Benjamins, S. J., Damen, M. L. W., van Stel, H. F. (2015). Feasibility and impact of doctor-nurse task delegation in preventive child health care in the Netherlands, a controlled before-after study. *PLoS One*, 10(10), e0139187.
- Brandon, M., Dodsworth, J., Rumball, D. (2005). Serious case reviews: Learning to use expertise. *Child Abuse Review*, 14(3), 160–176.
- Bross, D. C., Ballo, N., Korfmacher, J. (2000). Client evaluation of a consultation team on crimes against children. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 71–84.
- Converse, L., Barrett, K., Rich, E., Reschovsky, J. (2015). Methods of observing variations in physicians' decisions: The opportunities of clinical vignettes. *Journal of General Internal Medicine*, 30, 586–594.
- Cukovic-Bagic, I., Welbury, R. R., Flander, G. B., Hatibovic-Kofman, S., Nuzzolese, E. (2014). Child protection: Legal and ethical obligation regarding the report of child abuse in four different countries. *The Journal of Forensic Odontostomatology*, 31(1), 15–21.
- Darlington, Y., Feeney, J. A., Rixon, K. (2005). Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1085–1098.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology Science and Practice*, 5(3), 314–332.
- Douglas, E. M., Cunningham, J. M. (2008). Recommendations from child fatality review teams: Results of a US nationwide exploratory study concerning maltreatment fatalities and social service delivery. *Child Abuse Review*, 17(5), 331–351.
- Dutch Ministry of Health Welfare and Sport (2013). *Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk geweld (Dutch reporting code child abuse and domestic violence)*.
- Elo, S., Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Feng, Fetzer, S., Chen, Y. W., Yeh, L., Huang, M. C. (2010). Multidisciplinary collaboration reporting child abuse: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(12), 1483–1490.
- Feng, Levine, M. (2005). Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 783–795.

- Flaherty, E. G., Sege, R. D., Griffith, J., Price, L. L., Wasserman, R., Slora, E. i in. (2008). From suspicion of physical child abuse to reporting: Primary care clinician decision-making. *Pediatrics*, 122(3), 611–619.
- Grol, R., Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225–1230.
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., Davis, D. (2013). *Improving patient care. The implementation of change in health care (2nd revised edition)*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Gunn, V. L., Hickson, G. B., Cooper, W. O. (2005). Factors affecting pediatricians' reporting of suspected child maltreatment. *Ambulatory Pediatrics*, 5(2), 96–101.
- Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E., Smith, J. (2014). Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), e1–e7.
- Hillis, S. D., Mercy, J. A., Saul, J. R. (2017). The enduring impact of violence against children. *Psychology, Health & Medicine*, 22(4), 393–405.
- Hoefnagels, C., Zwikker, M. (2001). The bystander dilemma and child abuse: Extending the latané and darley model to domestic violence. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(6), 1158–1163.
- Horwath, J., Morrison, T. (2011). Effective inter-agency collaboration to safeguard children: Rising to the challenge through collective development. *Children and Youth Services Review*, 33(2), 368–375.
- Ikkink, A. J., Boere-Boonekamp, M. M., De Bont, M., De Boer, A., Duys, H., Haasnoot, R. i in. (2010). Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken Kinder mishandeling. *Huisarts En Wetenschap*, 53(8), S15–20.
- Johnson, L., Zorn, D., Yung Tam, B., Lamontagne, M., Johnson, S. (2003). Stakeholders' views of factors that impact successful interagency collaboration. *Exceptional Children*, 69(2), 195–209.
- Jones, R., Flaherty, E. G., Binns, H. J., Price, L. L., Slora, E., Abney, D. i in. (2008). Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: Report of the child abuse reporting experience study research group. *Pediatrics*, 122(2), 259–266.
- Kanste, O., Halme, N., Perälä, M. L. (2013). Functionality of cooperation between health, welfare and education sectors serving children and families. *International Journal of Integrated Care*, 13(OCT/DEC).
- Konijnendijk, A. A. J., Boere-Boonekamp, M. M., Haasnoot-Smallegange, R. M. E., Need, A. (2014). A qualitative exploration of factors that facilitate and impede adherence to child abuse prevention guidelines in Dutch preventive child health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(4), 417–424.

- Kruize, A., Boendermaker, M., Bieleman, B. (2015). *Monitor 2015 huiselijk geweld Twente*. Medical Research (Human Subjects) Act (1998). *Medical research (human subjects) act*. Pobrane z: <http://www.ccmo.nl/attachments/files/wmo-engelse-vertaling-29-7-2013-afkomstig-van-vws.pdf>.
- Netherlands Youth Institute (2011). *Combating child abuse and neglect in the Netherlands* Retrieved from Utrecht. Pobrane z: <http://www.youthpolicy.nl/yp/downloadsyp/Daphne-report-The-Netherlands.pdf>.
- Paavilainen, E., Flinck, A. (2013). National clinical nursing guideline for identifying and intervening in child maltreatment within the family in Finland. *Child Abuse Review*, 22(3), 209–220.
- Percy-Smith, J. (2006). What works in strategic partnerships for children: A research review. *Children & Society*, 20(4), 313–323.
- Rowley, J. (2002). Using case studies in research. *Management Research News*, 25(1), 16–27.
- Saperia, J., Lakhanpaul, M., Kemp, A., Glaser, D. (2009). When to suspect child maltreatment: Summary of NICE guidance. *BMJ (Clinical Research Ed)*, 339, b2689.
- Siderius, E. J., Carmiggelt, B., Rijn, C. S., Heerkens, Y. F. (2016). Preventive child health care within the framework of the dutch health care system. *The Journal of Pediatrics*, 177, S138–S141.
- Spath, R., Werrbach, G., Pine, B. (2008). Sharing the baton, not passing it: Collaboration between public and private child welfare agencies to reunify families. *Journal of Community Practice*, 16(4), 481–507.
- Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1–12.
- Talsma, M., Boström, K. B., Östberg, A. L. (2015). Facing suspected child abuse – What keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(1), 21–26.
- The Association of Dutch Municipalities, Quality Institute Dutch Municipalities (2017). *The association of dutch municipalities, & quality institute dutch municipalities*. [Waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl). Pobrane z: <http://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/>.
- Thielen, F. W., Ten Have, M., de Graaf, R., Cuijpers, P., Beekman, A., Evers, S. i in. (2016). Long-term economic consequences of child maltreatment: A population based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1297), 1–9.
- Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A., Bechtel, K. (2015). Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments presented

at the eastern society for pediatric research meeting, March 2014, Philadelphia, PA; And the pediatric Academic Societies meeting, May 2014, Vancouver, British Columbia, Canada. *Annals of Emergency Medicine*, 66(5), 447–454.

Viera, A. J., Garrett, J. M. (2005). Understanding interobserver agreement: The kappa statistic. *Family Medicine*, 37(5), 360–363.

Vincent, S., Petch, A. (2017). Understanding child, family, environmental and agency risk factors: Findings from an analysis of significant case reviews in Scotland. *Child & Family Social Work*, 22(2), 741–750.

Visscher, S. J. A., van Stel, H. F. (2017). Variation in prevention of child maltreatment by Dutch child healthcare professionals. *Child Abuse & Neglect*, 70, 264–273.

Vulliamy, A. P., Sullivan, R. (2000). Reporting child abuse: Pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, 24(11), 1461–1470.

Wasserman, R., Faust, K. (2009). *Social network analysis. Methods and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.

PROFESSIONALS' PREFERENCES AND EXPERIENCES WITH INTERORGANIZATIONAL CONSULTATION TO ASSESS SUSPICIONS OF CHILD ABUSE AND NEGLECT

This study addresses the following questions in cases of suspected child abuse and neglect (CAN) in children up to four years of age: 1) How many professionals intend to seek inter-organizational consultation? 2) What types of organizations do professionals prefer to consult? and 3) What factors can be identified as facilitator(s) or barrier(s) regarding inter-organizational consultation, based on professionals' experiences? Professionals working with children in 101 organizations in a medium-sized Dutch city were invited to fill in an online questionnaire. The questionnaire included a vignette about a suspected case. Quantitative, qualitative, and social network analysis approaches were used to analyze the data. Seventy-eight questionnaires were available for analysis. Fifty-five respondents (71%) intended to seek inter-organizational consultation. Ten different organization types were mentioned. The most frequently mentioned organization was preventive child healthcare. In total, 82 text fragments from 39 participants were available to analyze barriers and facilitators to inter-organizational consultation, 60 fragments that entailed a facilitator and 22 fragments that entailed a barrier. The text fragments were subdivided into twelve factors. The three factors that were most often identified as a facilitator were 'support', 'undertaking action', and 'regard'. Barriers were found in relation to all twelve factors. No specific barrier(s) stood out. This study demonstrated that most professionals are

inclined to seek interorganizational consultation when they suspect CAN. They are especially likely to seek consultation from preventive child health care organizations. Their experiences mainly revealed facilitators and few barriers. The implications for research and practice are also discussed.

KEYWORDS

CHILD ABUSE AND NEGLECT, INFORMATION SHARING, INTER-ORGANIZATIONAL CONSULTATION, PREVENTION

Cytowanie:

Konijnendijk, A. A. J., Boere-Boonekamp, M. M., Haasnoot, M. E., Need, A. (2022). Preferencje i doświadczenia specjalistów w zakresie konsultacji międzyorganizacyjnych w procesie oceny podejrzeń krzywdzenia i zaniedbywania dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 21(2), 158–186.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI

www.mis.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków - Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości