STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

De zorggarantiewerking voor jonge kinderen: impact, tevredenheid en outcome bij cliënten, stakeholders en medewerkers

Mahault Peeters
Prof. dr. Johan Vanderfaeillie

Vrije Universiteit Brussel

November 2025 - Rapport Nr. 53

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: http://www.steunpuntwvg.be

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Publicatie nr. 2025/19
SWVG-Rapport 53

Titel rapport: De zorggarantiewerking voor jonge kinderen: impact, tevredenheid en outcome bij cliënten, stakeholders en medewerkers

Promotor: prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Onderzoeker: Mahault Peeters

Vrije Universiteit Brussel

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeks-resultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Koen Hermans
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Jeroen Trybou
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
Partnerinstellingen	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
Coördinatie en secretariaat	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder Lut Van Hoof

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Rapport 53 **September 2025**

De zorggarantiewerking voor jonge kinderen: impact, outcome en tevredenheid bij cliënten, stakeholders en medewerkers

Onderzoeker: Mahault Peeters
Promotor: prof. dr. Johan Vanderfaeillie

Vrije Universiteit Brussel

Samenvatting

Vanuit de toenemende aandacht voor de eerste 1000 dagen van een kind (gerekend vanaf conceptie) en de vaststelling dat er in Vlaanderen voor te veel jonge kinderen met een nood aan (dreigende) uithuisplaatsing geen snelle, aangepaste en stabiele hulpverlening op gang werd gebracht, werd in 2018 het project zorggarantie opgestart. Deze werking beoogt de ontwikkeling van kinderen in onveiligheid alsnog maximaal te ondersteunen.

Dit onderzoek had als doel om inzicht te verwerven in de impact, outcome en tevredenheid van zorggarantie en dat op drie niveaus: (1) cliënten/ouders; (2) de meest betrokken hulpverlening en (3) de casuscoördinatoren. Via een op maat ontwikkelde interviewleidraad – opgesteld op basis van een verkennend onderzoek naar de werking van zorggarantie – werden semigestructureerde interviews afgenomen met vertegenwoordigers van elk van deze drie doelgroepen. Uiteindelijk werden er 10 casuscoördinatoren, 10 betrokken hulpverleners en 7 ouder(paren) geïnterviewd. In elk interview kwamen acht centrale thema´s aan bod: (1) Het betrekken van (potentieel) interessante actoren; (2) Structuurgericht werken a.d.h.v. een driekolommenmodel; (3) Oog voor krachten; (4) Samenwerken met ouders; (5) Het netwerk; (6) Een afsluitende zorgtafel; (7) De rol van de casuscoördinator; (8) Zorggarantievoorwaarden.

Naast de interviews werd voor alle deelnemers de BESTE-vragenlijst voorzien, een beoordelingsschaal voor tevredenheid en effect. Ouder kregen daarnaast ook de C-toets toegestuurd, een vragenlijst over tevredenheid met de ontvangen hulp. Om ook de ervaringen en perspectieven van andere betrokken hulpverleners – die niet deelnamen een de interviews – te capteren, werd een aanvullende vragenlijst verspreid met gelijkaardige thema´s als die in de interviewleidraad.

Alle interviews en vragenlijsten werden manueel gecodeerd met behulp van het softwareprogramma Nvivo. Op deze manier tracht het onderzoek zicht te bieden op de toepassing, beleving en mogelijke effecten van de gehanteerde methodieken binnen zorggarantie.

Uit de resultaten blijkt dat nagenoeg alle deelnemers aangeven dat het traject van zorggarantie bijdroeg aan het waarborgen van de veiligheid van het kind. Zowel ouders als professionals benoemden positieve én negatieve aspecten van de werking, al vielen daarbij enkele verschillen op. Hulpverleners brachten de ervaren meerwaarde doorgaans explicieter en concreter onder woorden, terwijl bij ouders eerder sprake was van een gelaagde beleving, gekenmerkt door zowel erkenning van steun als blijvende kwetsuren.

Binnen dit bredere geheel sprongen vooral drie thema's in het oog: het betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren (thema 1), het netwerk (thema 5) en de rol van de casuscoördinator (thema 7). Bij de betrokkenheid van actoren blijkt niet het aantal, maar hun relevantie, mate van betrokkenheid en evenwichtige vertegenwoordiging bepalend voor een effectieve samenwerking. De inzet van het netwerk werd ervaren als waardevol, maar ook kwetsbaar: afhaken van netwerkfiguren kan ingrijpende gevolgen hebben voor gezin én hulpverlening, wat wijst op de nood aan zorgvuldige selectie, duidelijke afspraken en actieve opvolging. De rol van de casuscoördinator werd breed erkend als hefboom in het realiseren van veiligheid, vooral wanneer deze zich toespitst op procesmatige sturing, neutraliteit en het creëren van een open overlegklimaat.

Op basis van deze bevindingen worden aanbevelingen geformuleerd om zorggarantie te versterken: het verfijnen van de manier waarop actoren geselecteerd en betrokken worden, het uitwerken van een ondersteunend kader voor de inzet van netwerkfiguren, en het verduidelijken van de positie en mandaten van de casuscoördinator. Daarnaast wordt gepleit voor meer transparantie en verstaanbaarheid richting ouders, het systematischer inzetten van afsluitende zorgtafels, en het verder concretiseren van de basisinformatie over zorggarantie. Deze verfijningen kunnen bijdragen aan een duurzamer en effectiever model dat de veiligheid, continuïteit en betrokkenheid van gezinnen en hulpverlening versterkt.

De aanbevelingen richten zich zowel tot beleidsmakers als tot praktijkwerkers: beleidsmatig gaat het om het vastleggen van duidelijke krijtlijnen en visies (zoals rond netwerk en de rol van de casuscoördinator), terwijl ze in de praktijk vooral handvatten bieden voor de dagelijkse uitvoering, bijvoorbeeld bij het betrekken van actoren, het organiseren van overleg en het communiceren met ouders.

Inhoudstabel

Hoofdstuk 1 Rationale eerste 1000 dagen 9

1 "Een probleem moet je pas oplossen als het zich stelt?" 9

2 Het jonge kind, een tabula rasa? 9

3 De eerste 1000 dagen 9

3.1 Verklarende mechanismen 10

3.2 Implicaties 10

4 Risicogebonden gevolgen bij uitdagingen in de eerste dagen 11

5 De eerste dagen, kansen om te grijpen 11

6 Conclusie 12

7 Vlaanderen 12

Hoofdstuk 2 Uiteenzetting "Zorggarantie" en de projectwerking "Veilig en omringd opgroeien van in de buik" 13

1 Historiek en aanleiding van de interventie 13

1.1 Zorggarantie 13

1.2 Projectwerking "Veilig en omringd opgroeien van in de buik" 14

2 Doelstellingen 14

3 Positionering 14

3.1 Zorggarantie 14

3.2 Projectwerking "Veilig en omringd opgroeien van in de buik" 15

4 Voorwaarden 17

4.1 Zorggarantie 17

4.2 Projectwerking "Veilig en omringd opgroeien van in de buik" 18

5 Theoretische kaders 18

5.1 Signs of safety 18

5.2 Infant mental health visie 19

5.3 Netwerkversterkende methodieken / Family Seeing 20

6 Werkwijze 21

6.1 Zorggarantie 21

7 Overeenkomsten en verschillen tussen zorggarantie en projectwerking veilig en omringd opgroeien van in de buik 23

Hoofdstuk 3 Doel van de studie 25

Hoofdstuk 4 Methode 27

1 Rekruteringsprocedure 27

1.1 Zorggarantie 27

1.2 Projectwerking Veilig en omringd opgroeien van in de buik 28

2 Wijzingen in de rekruteringsprocedure 28
2.1 Zorggarantie 28
2.2 Projectwerking Veilig en omringd opgroeien van in de buik 29
3 Dataverzameling 29
3.1 Interviews 29
3.2 Vragenlijsten 31
4 Data-analyse 34
4.1 Interviews 34
4.2 Vragenlijsten 34

Hoofdstuk 5 Resultaten 37
1 Interviews en BESTE-vragenlijst 37
1.1 Thema 1: Betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren 37
1.2 Thema 2: Structuurgericht werken 42
1.3 Thema 3: Oog voor krachten 50
1.4 Thema 4: Samenwerken met ouders 52
1.5 Thema 5: Netwerk 54
1.6 Thema 6: Afsluitende zorgtafel 58
1.7 Thema 7A: Rol van de casuscoördinator 61
1.8 Thema 7B: middelengebonden casus 64
1.9 Thema 8: Zorggarantievoorwaarden 66
1.10 Acties tot veiligheid 69
2 Kwantitatieve analyse van de BESTE 70
3 Zorggarantie vragenlijst voor overig betrokken hulpverlening 72
3.1 Interne consistentie 72
3.2 Descriptieve statistieken 73
3.3 Kruskal wallis test 74

Hoofdstuk 6 Discussie 77
1 Thema 1: Betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren 77
2 Thema 2: Structuurgericht werken 78
3 Thema 3: Oog voor krachten 81
4 Thema 4: Samenwerken met ouders 81
5 Thema 5: Netwerk 83
6 Thema 6: Afsluitende zorgtafel 85
7 Thema 7A: Rol van de casuscoördinator 86
8 Thema 7B: Middelengebonden casus 87
9 Thema 8: Zorggarantie voorwaarden 87

Hoofdstuk 7 Aanbevelingen 89

1 Thema 1: Betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren 89

2 Thema 2: Structuurgericht werken 89

3 Thema 3 & 4: Oog voor krachten & Samenwerken met ouders 90

4 Thema 5: Netwerk 90

5 Thema 6: Afsluitende zorgtafel 92

6 Thema 7A: Rol van de casuscoördinator 92

7 Thema 7B: Middelengebonden casus 93

8 Thema 8: Zorggarantie voorwaarden 93

9 Slotbeschouwing 93

Hoofdstuk 8 Beperkingen 95

Hoofdstuk 9 Conclusie 97

Referenties 99

Hoofdstuk 1
Rationale eerste 1000 dagen

1 "Een probleem moet je pas oplossen als het zich stelt?"

In vergelijking met andere wetenschapsdomeinen, zijn de psychologie en orthopedagogiek nog een jonge discipline, die pas in de 19e eeuw als zelfstandig onderzoeksveld op de kaart werd gezet. Ondanks de interessante perspectieven, geboden door deze nieuwe wetenschap, waren deze beperkt tot het beschrijven van mentale fenomenen en processen, zoals introspectie. Pioniers zoals Freud, Skinner en Watson verschoven de aandacht naar behandeling en gedragsveranderingen (Janssen, R., 2024, p. 256-258; 345-372). Deze stromingen hadden echter geen aandacht voor preventieve maatregelen. Cowen (2002) beschreef de blik op mentale gezondheid daarom als een "fight-pathology" attitude, waarin mentale gezondheidsprofessionelen pas aan de slag gaan als er reeds sprake is van een duidelijk zichtbare dysfunctie. Cowen bracht op die manier aandacht voor het belang van preventie.

2 Het jonge kind, een tabula rasa?

Het is niet onwaarschijnlijk dat de intrede van de term preventie een inspiratiebron vormde voor ontwikkelingsonderzoek, waarin jonge kinderen het centrale onderzoeksobject vormden. Een pionier hierin is John Bowlby (1969) die volgens zijn hechtingstheorie stelde dat relaties met zorgfiguren interne werkmodellen vormen die bijdragen aan de verwachtingen en gedragingen van individuen in hun latere relaties. Inderdaad, later onderzoek naar hechting en relaties tonen een link tussen hechtingsstijlen, zoals beschreven door Ainsworth (1978), en latere romantische relaties. Een meta-analyse, die 73 studies includeerde wat goed is voor 21 602 participanten, bevestigde dat angstige en vermijdende hechting negatief samenhangen met de kwaliteit van een romantische relatie (Li & Chan, 2012). Onderzoek naar de invloed van hechting beperkte zich echter niet tot de kwaliteit van latere relaties. Integendeel, tal van uitkomsten werden onderzocht: van mentale gezondheidsaandoeningen tot zelfvertrouwen, agressie, opvoedingsstijl, etc. deze onderzoeksresultaten stimuleerden de ontwikkeling van tal van interventies, over heel de wereld, waaronder ook in Vlaanderen. Sommige interventies doelden zich specifiek op het behandelen van aandoeningen, waarbij er onderliggend sprake is van een hechtingsproblematiek.

3 De eerste 1000 dagen

Veel studies tonen aan dat de vroege kinderjaren een kwetsbare periode zijn, dat de basis legt voor het latere leven. De vroege kinderjaren werden hierboven echter gerekend vanaf geboorte, terwijl onderzoek laat zien dat er nergens zoveel ontwikkelingsstappen worden gezet als in de eerste 1000 dagen van een kind, en dat gerekend vanaf conceptie (Centre for Community Child Health, 2017). Zo vormen de eerste 1000 dagen de basis voor de lichamelijke, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van een volwassene (Opgroeien, z.d.).

3.1 Verklarende mechanismen

De eerste 1000 dagen zijn bij uitstek gekenmerkt door zijn vele kritieke en sensitieve perioden. Bijvoorbeeld, op de ontwikkeling van de lever, het brein en het immuunsysteem na, ontwikkelen alle andere systemen zich tijdens de zwangerschap (zogenaamde kritieke perioden) (Barker, 2012). Wat betreft de hersenontwikkeling, is er eveneens sprake van sensitieve perioden. Dat zijn perioden die sensitiever zijn voor ervaringen en op die manier erg uitgesproken kunnen bijdragen aan de vorming van neurale circuits (Ismail et al., 2017). Dit stelt de embryo/foetus in staat zich aan te passen aan zijn omgeving, wat de levenskansen verhoogt. Tegelijkertijd impliceert dit dat de omgeving een grote invloed speelt tijdens deze fase (Barker, 2012).

In dit licht speelt ook het concept van epigenetica een belangrijke rol. Epigenetische veranderingen verwijzen naar de interactie tussen genetische predisposities en omgevingsinvloeden. Dit impliceert dat noch genetische factoren, noch omgevingsfactoren onafhankelijk en rechtstreeks een specifieke uitkomst veroorzaken (Centre for Community Child Health, 2017). Carey et al. (2012) introduceerden hiervoor het concept van het "ontwikkelende genoom" (*developing genome)*, waarmee wordt bedoeld dat een individu met een bepaald gen kan geboren worden, maar dat de expressie van dit gen afhankelijk is van specifieke omgevingsomstandigheden. Met andere woorden: niet de sequentie van het gen verandert, maar de staat ervan. Mits de "juiste" omstandigheden kan een gen van een latente of "slapende" status overgaan naar een actieve status. Onderzoek van onder meer Gapp & Bohaecek (2017) laten nu wel zien dat het ook mogelijk is om epigenetische veranderingen generationeel door te geven. Een kind kan op die manier een gen in zijn actieve staat doorkrijgen, zonder dat hij/zij is blootgesteld aan de "juiste" omstandigheden. Een baanbrekende studie hierin was die van Yehuda et al. (2015), die epigenetische veranderingen, meer bepaald veranderingen aan dezelfde zijde van het FKBP5 gen (maar in tegenovergestelde richting), bij Holocaust-overlevenden en hun nakomelingen onderzochten.

Een ander mechanisme betreft telomeren. Deze bevinden zich aan het eind van onze chromosomen. Elke keer als een cel deelt, neemt hun lengte af. Wanneer hun eindpunt bereikt is, zal een cel niet langer kunnen delen en sterft hij af. Dit proces is belangrijk om te voorkomen dat DNA uit elkaar valt (Jaskelioff et al., 2010). Hoewel de lengte van telomeren ten dele genetisch bepaald is, speelt ook levensstijl – en dus omgeving – een rol (Centre for Community Child Health, 2017)

Finaal is synaptische pruning, letterlijk "snoeien", kenmerkend bij de eerste 1000 dagen. Een baby wordt geboren met miljarden neuronen, waartussen een beperkt verbindingen (synapsen) bestaat. Het vormen en verwijderen van verbindingen wordt beïnvloed door de mate van gebruik, maar ook door ervaringen en omgeving. Het verwijderen van verbindingen is belangrijk voor de efficiëntie van ons brein optimaal te houden (Carey, 2001).

3.2 Implicaties

Bovenstaande mechanismen zijn allemaal (minstens ten dele) vatbaar voor omgevingsfactoren, zij het in interactie. Aangezien deze mechanismen uitgesproken actief te werk zijn in de eerste 1000 dagen van een kind, vormt omgeving zo een belangrijke factor in deze eerste levensfase. Tessa Roseboom introduceerde in dit licht het concept van de eerste 1000 dagen (2018), waarbij ze de impact van traumatische gebeurtenissen niet beperkte tot tegenwoordig lijden, maar ook uitbreidde naar het latere (volwassen) leven. Verder maakte haar onderzoek naar kinderen, verwekt tijdens de hongerwinter in

Nederland, ook de prenatale levenservaringen op de latere gezondheid duidelijk (2010), waarmee ze ook de periode vanaf conceptie belichtte.

De eerste 1000 dagen, met zijn verklarende mechanismen, kunnen zo twee richtingen op. In het geval van negatieve levenservaringen in de eerste 1000 dagen kan het van levenslange impact zijn door de impact ervan op de lichamelijke en socio-emotionele ontwikkeling van kinderen. Anderzijds biedt het ook ruimte voor kansen (Vliegen, 2024).

Niettemin is het belangrijk om te benadrukken dat de eerste 1000 dagen geen allesbepalende periode vormen. Neurologische processen mogen dan wel uitgesproken actief zijn tijdens de eerste 1000 dagen, dat betekent niet dat het erna volledig vervaagt. Onderzoek laat zien dat er een zekere mate van plasticiteit behouden blijft gedurende de hele levensloop en dat de hersenen zich kunnen blijven herorganiseren (Centre for Community Child Health, 2017).

4 Risicogebonden gevolgen bij uitdagingen in de eerste dagen

Ongunstige omgevingsfactoren kunnen een negatieve impact hebben op de verdere levensloop van een kind, zoals onder meer geïllustreerd door een prospectieve longitudinale cohortstudie in Nieuw-Zeeland, met meetmomenten tijdens het derde trimester van de zwangerschap, op 9 maanden en op 2 jaar (Wallander et al., 2021). De resultaten toonden namelijk aan dat een hoge blootstelling aan risicofactoren geassocieerd is met een verhoogde kans op al de tien ontwikkelingsproblemen[1] die de studie onderzocht. Zelfs een eenmalige (er waren drie meetmomenten) medium blootstelling resulteerde in significant hogere prevalentiewaardes voor negen van de tien ontwikkelingsuitkomsten, vergeleken met kinderen die nooit aan risicofactoren werden blootgesteld. Meer nog, kinderen met een consistente blootstelling aan een hoog aantal risicofactoren vertoonden over de algemene lijn de hoogste prevalentie op alle ontwikkelingsproblemen. Deze resultaten suggereren dat de eerste 1000 dagen een cruciale ontwikkelingsperiode vormen, waarin cumulatieve blootstelling aan risicofactoren een blijvende impact lijkt te hebben op de verdere levensloop.

Tal van onderzoek toonde ondertussen een resem aan risicofactoren aan waaronder stress, roken, alcohol, drugs, huishoudelijk geweld, verwaarlozing, kindermisbruik, contacten met zware metalen, tekort aan voedingsstoffen, huisvestigingsproblemen, psychische problemen en sociale isolatie (Opgroeien, z.d.).

5 De eerste dagen, kansen om te grijpen

Het belang van omgevingsinvloeden motiveerde onderzoekers en overheden voor de ontwikkeling van interventies. Een pionier hierin was de longitudinale INCAP studie in Guatamale (1969-1977), waarin kinderen tussen geboorteleeftijd en zeven jaar, uit twee dorpen die vergelijkbaar waren inzage gezondheid en voeding, werden blootgesteld aan oftewel Atole, een calorierijk drankje met proteïnen (experimentele groep) of aan Fresco, een calorierijke drank zonder proteïnen waarvan werd verondersteld werd geen ontwikkelingseffect te hebben (controle groep). Resultaten toonden dat

1 De onderzochte ontwikkelingsproblemen strekten zich uit op drie gebieden: gezondheid (met als ontwikkelingsprobleem bijvoorbeeld obesitas), gedrag (met als ontwikkelingsprobleem bijvoorbeeld externaliserend gedrag) en educatie (met als ontwikkelingsprobleem bijvoorbeeld moeite met voorwaarts tellen).

kinderen uit de Atole groep significant hoger scoorden op testen van kennis, lezen en vocabulaire. De onderzoekers maakten hieruit op dat ontwikkeling het meest sensitief is tijdens de eerste jaren. Bovendien werd een interactie effect gevonden in de Fresco groep: prestatie op testen waren beter bij participanten met een hoge sociaal economische status (SES) in vergelijking met een lage SES. Dit effect kwam niet voor in de experimentele groep. Hoewel deze studie veel beperkingen kent wierp hij als een van de eerste van zijn soort aandacht op de sensitiviteit van de eerste levensjaren (Pollitt, et al., 1993).

6 Conclusie

Samengenomen zien we dat de eerste 1000 dagen een kritieke alsook sensitieve periode vormt. Zoals de studie van Wallander et al. (2021) aantoonde, kunnen nefaste omgevingsinvloeden tijdens deze periode een sterke impact achterlaten, maar evengoed is deze periode daardoor ook een uitgelezen kans voor het opstarten van interventies (cf. studie in Guatemala). Op die manier vormt het gevoelige periode, die gebaat is bij ondersteuning en gepaste interventies. Echter, gezien de blijvende plasticiteit van ons brein is dit overigens ook het geval voor de periodes na de eerste 1000 dagen (Centre for Community Child Health, 2017). Immers een kind ontwikkelt zich niet als een bloem waarvan de bestanddelen in de kiem aanwezig zijn (Noens en Ramaekers, 2022). De ontwikkeling van een kind stopt niet na 1000 dagen. Hoewel een goede start van belang is, is hij dus niet allesbepalend (Vliegen, 2024). Zo blijft elk kind, met of zonder goede start, gebaat bij ondersteuning en mogen de eerste 1000 dagen niet deterministisch aanzien worden als een allesbepalend verhaal (Noens & Ramaekers 2022).

7 Vlaanderen

Uitgaande van de vaststelling dat de eerste 1000 dagen een bijzonder kwetsbare en bepalende periode vormen in de ontwikkeling van een kind (Opgroeien, z.d.), en dat er in Vlaanderen lange tijd onvoldoende specifiek aanbod bestond voor deze allerjongsten (Agentschap Opgroeien, 2018), werden twee initiatieven opgestart: Zorggarantie en het project Veilig en Omringd Opgroeien van in de Buik. Beide initiatieven beogen een snelle, aangepaste en stabiele ondersteuning te realiseren, telkens met bijzondere aandacht voor de continuïteit van zorg. In wat volgt worden beide verder toegelicht.

Hoofdstuk 2
Uiteenzetting "Zorggarantie" en de projectwerking "Veilig en omringd opgroeien van in de buik"

1 Historiek en aanleiding van de interventie

1.1 Zorggarantie

De eerste zaadjes van het beleid rond zorggarantie werden zichtbaar tijdens de conferentie *De toekomst is jong* (2016), waar intersectoraal werd gereflecteerd over de nood aan kwaliteitsvolle uithuisplaatsingen van jonge kinderen. Daaruit kwam naar voren dat jonge kinderen in geval van een uithuisplaatsing te vaak in suboptimale omstandigheden terechtkwamen, zoals in ziekenhuizen, residentiële instellingen of opeenvolgende tijdelijke crisisoplossingen. Dergelijke trajecten stonden haaks op de uitgangspunten van Agentschap Opgroeien, namelijk het voorzien van duurzame, stabiele en continue oplossingen.

Aangezien een gebrek aan kader de realisatie van snelle, gepaste en stabiele hulpverlening belemmerde, trachtte de beleidsbrief van 2018 hier verandering in te brengen. Deze brief introduceerde de basisprincipes van zorggarantie.

Vooreerst moest elke hulpvraag met betrekking tot (dreigende) uithuisplaatsing onmiddellijk en zonder contra-indicaties worden opgenomen. Verder gold dat oplossingen vanaf de start zo duurzaam mogelijk moesten zijn, bij voorkeur binnen een termijn van drie maanden, vanuit de veronderstelling dat continuïteit en stabiliteit cruciaal zijn voor de veiligheid en ontwikkelingskansen van kinderen. Pleegzorg werd daarbij nadrukkelijk gepositioneerd als de eerst te overwegen hulpvorm, zodat verblijf in een gezinscontext gegarandeerd kon worden.

Daarnaast legde de beleidsbrief van 2018 de nadruk op gedeelde verantwoordelijkheid: ziekenhuizen, de lokale teams van Kind en gezin fungeerden daarbij als eerste aanspreekpunt en aanmeldpunt. Om de samenwerking verder te structureren, werd in elke provincie een CKG-afgevaardigde aangesteld die instond voor coördinatie en afstemming, zowel op provinciaal als op interprovinciaal niveau. Deze rol had voornamelijk betrekking op systeemcoördinatie**,** eerder dan op casusopvolging.

Hoewel deze beleidsbrief de basis legde, markeerde de rondzendbrief van 2021 een volgende fase in de operationalisering van zorggarantie. De kerninsteek bleef dezelfde – namelijk kinderen ook in de meest precaire situaties optimale ontwikkelingskansen bieden (Agentschap Opgroeien, z.d.) – maar de focus werd verbreed. Zo kwam er explicietere aandacht voor situaties van verontrusting en voor de preventie van uithuisplaatsing. Een belangrijke innovatie was de installatie van zorgtafels als centraal werkingsinstrument. Deze overlegmomenten brengen ouders, hun netwerk en de betrokken hulpverlening samen, met het doel in een krachtgerichte en participatieve sfeer een concreet zorggarantieplan te formuleren.

Daarnaast werd de functie van casuscoördinator geïntroduceerd. Waar in 2018 enkel een provinciale coördinator bestond met een bovenlokale opdracht, werd nu voorzien in een casusgebonden rol. De casuscoördinator heeft als opdracht de zorgtafel samen te roepen, het overleg te structureren, gemaakte afspraken te bewaken en de uitvoering van het zorggarantieplan op te volgen. Bovendien

beschikt de casuscoördinator over een zorggarantiebudget, wat toelaat snel en flexibel in te spelen op noden.

1.2 Projectwerking "Veilig en omringd opgroeien van in de buik"

Inzichten over het belang van de eerste 1000 dagen in het leven van een kind, gerekend vanaf conceptie (zie literatuuroverzicht) hebben geleid tot de vaststelling dat er lange tijd onvoldoende werd stilgestaan bij de veiligheid van ongeboren kinderen. Bovendien werd er vastgesteld dat er stijgende hulpvragen oprezen m.b.t. zorgwekkende zwangerschappen, zowel gericht aan het OCJ alsook binnen de werking van het OCJ (Agentschap Opgroeien, 2021). Daarnaast vormde ook het ontbreken van een juridisch kader, dat preventief optreden voor de geboorte mogelijk maakt, een belemmering (V. Stulens, persoonlijke communicatie, leerdag 17 oktober 2024). Preventief (juridisch) ingrijpen tijdens de zwangerschap is namelijk beperkt om verschillende redenen, met als voornaamste reden de rechten van de zwangere persoon, aanstaande vader of meemoeder. Een preventieve tussenkomst in de veiligheid van het kind ligt op die manier in strijd met het recht op eerbiediging van het privéleven en de fysieke integriteit van de zwangere persoon (De Mulder, 2022).

Tegen deze achtergrond werd het project Veilig en Omringd Opgroeien van in de Buik opgestart door het Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ Limburg). Deze werking steunt op een vrijwillig partnerschap met ouders, waarin ook het informele en professionele netwerk wordt betrokken, zodat reeds tijdens de zwangerschap stappen kunnen worden gezet. Het doel is om de veiligheid van het (ongeboren) kind te versterken, in de hoop dat de baby bij de ouders kan opgroeien. De verankering binnen het OCJ maakt het bovendien mogelijk om – indien nodig – tijdig en doeltreffend verdere acties te ondernemen wanneer blijkt dat de veiligheid bij de geboorte onvoldoende gewaarborgd is (Opgroeien, z.d.).

2 Doelstellingen

Beide werkingen zijn erop gericht om 1) de veiligheid van ongeboren en jonge kinderen te waarborgen en 2) hun ontwikkeling in de meest precaire situaties ten volle te ondersteunen. Hierbij wordt gestreefd naar kwalitatieve besluitvorming door middel van het bevorderen van samenwerking tussen hulpverleners, ouders en hun netwerk. Samenwerking wordt aanzien als een essentieel werkinstrument voor het operationaliseren van een geobjectiveerde analyse van de hulpvraag, gezien het de mogelijkheid biedt om verschillende perspectieven samen te leggen (Agentschap Opgroeien, 2021). Op basis van deze analyse trachten zorggarantie (ZOG) en veilig en omringd opgroeien van in de buik (VIB) een stabiele, langetermijnoplossing op maat te installeren (Opgroeien, z.d.).

3 Positionering

3.1 Zorggarantie

Casuscoördinatoren vormen de motor van zorggarantie en betreffen medewerkers van de afdeling continuïteit en toegang (ACT). Deze afgelijnde rol werd geïntroduceerd in de beleidsbrief van 2021 en vormde een uitbreiding in vergelijking met de werkwijze van 2018, waar er een algemeen verhoogde verantwoordelijkheid werd verwacht bij o.m. de lokale teams van Kind en Gezin, de gemandateerde

voorzieningen, de diensten voor pleegzorg, de centra voor integrale gezinszorg (CIG) alsook de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning (CKG) en de organisaties voor bijzondere jeugdzorg. Deze (toegevoegde) rol betekent echter niet dat er een verschuiving is naar een solitaire verantwoordelijkheid. Integendeel, samenwerking, gedragenheid[2] en gedeelde verantwoordelijk blijven essentiële concepten. Dit suggereert dat zorggarantie niet beperkt is tot casuscoördinatoren, maar dat elke betrokken hulpverlener zorggarantie ademt. Enkele partners zijn daarom – minstens bij de aanmeldingsbespreking – altijd betrokken. Samen vallen zij onder de noemer “team jonge kind”. Het team jong kind beoordeelt steeds de ontvankelijkheid van een aanmelding. Dit betreft volgende medewerkers: 1) psychopedagogen van Kind en Gezin, ACT medewerkers (casuscoördinatoren) en 3) staf / OSD leden. Voor een casusgebonden opvolging worden er daarnaast ook samenwerkingen aangegaan met regionale medewerkers van Opgroeien, alsook private voorzieningen, al dan niet gesubsidieerd door Opgroeien (C. Van Vracem, e-mail, 20 januari 2025).

De unieke verantwoordelijkheden van de casuscoördinatoren beslaan voornamelijk de organisatie van zorgtafels (zie werkwijze), het regisseren en afstemmen van het hulpaanbod, de coördinatie van interprofessionele samenwerking en de opvolging van zorgtrajecten.

3.2 Projectwerking “Veilig en omringd opgroeien van in de buik”

“Veilig en omringd opgroeien van in de buik” betreft een projectmatige werking die organisatorisch werd ondergebracht binnen het OCJ in de provincie Limburg. Als praktijkinitiatief is het niet decretaal verankerd, maar werd het ontwikkeld als respons op de vastgestelde leemte dat hulpverlening tijdens de zwangerschap wettelijk geen mandaat heeft, ondanks het wetenschappelijk onderbouwde belang van deze vroege ontwikkelingsperiode. De werking is bijgevolg volledig gestoeld op vrijwilligheid en wordt gerealiseerd binnen de bestaande structuren en bevoegdheden van het OCJ. Dit belet VIB echter niet van een aanklampende werking (N. Haedens, persoonlijke communicatie, 13 juni 2025).

Consulenten zijn de motor van dit project. Hiervoor werken zij steeds in tandem. Dit duo kan bestaan uit twee consulenten binnen het project van VIB, maar er kan ook gekozen worden voor een samenwerking met een MDO medewerker of met een collega-consulent uit de reguliere OCJ-werking. Dit laatste gebeurt bijvoorbeeld wanneer ingeschat wordt dat ook na de geboorte verdere opvolging nodig zal zijn (Opgroeien, verslag, 20 oktober 2024).

Het takenpakket van een consulent uit het OCJ bestaat in eerste instantie uit het onderzoeken van een maatschappelijke noodzaak, waarna zij ook beslissingen maken over de opstart en opvolging van eventueel noodzakelijke hulpverlening. Maatschappelijke noodzaak betekent dat ze moeten oordelen over de noodzaak dat de overheid de hulpverlening bij gezinnen opvolgt en er mee in tussenkomt. Volgende taken worden hier mee in onderscheden:

1. Consult bieden aan hulpverleners in een verontrustende situatie, waarbij er een vermoeden is van een maatschappelijke noodzaak.

   De consultfunctie is erop gericht om samen na te gaan welke stappen er gezet kunnen worden, zodat de handelingsmogelijkheden van de consultvrager worden verruimd (N. Haedens,

[2] Met gedragenheid wordt bedoeld dat er samen met ouders en het netwerk naar gemeenschappelijke doelen wordt gewerkt, onder het principe “aan eenzelfde zeil trekken”. De casuscoördinator maakt deze gedragenheid niet alleen duidelijk, maar zorgt a.d.h.v. vragen ook steeds voor een kritische afweging van de vooropgestelde doelen en daaraan verbonden acties en afspraken (J. Vanderhoydonc, persoonlijke communicatie, 13 juni 2025).

persoonlijke communicatie, 20(08/2025). De consulent maakt hierin geen formeel oordeel over de maatschappelijke noodzaak, maar kan – bij aanwijzingen en/of vermoedens - wel adviseren om aan te melden bij een gemandateerde voorziening die dit verder kan onderzoeken. De verantwoordelijkheid hierin ligt dus volledig bij de hulpverlener die gebruik maakt van de consultfunctie (Vlaamse overheid, 2025).

2. Een onderzoek naar een maatschappelijke noodzaak uitvoeren.

   Wanneer een casus officieel wordt aangemeld onderzoekt het OCJ de verontrustende situatie van de minderjarige. In dit onderzoek voert de gemandateerde voorziening gesprekken met de betrokken partijen (kinderen, jongeren, ouders, hun informeel netwerk, de eventueel al betrekken hulpverlening) om zicht te krijgen op de leefsituatie, de aanwezige zorgen en krachten, de ontplooiingskansen en de veiligheid van de minderjarige. Het onderzoek resulteert op die manier in een gemotiveerde beslissing over het al dan niet aanwezig zijn van de maatschappelijke noodzaak (N. Haedens, persoonlijke communicatie, 6 juni 2025).

3. Casemanagement

   De gemandateerde voorziening kan al dan niet professionele hulpverlening opstarten (bijvoorbeeld door aan te melden bij de intersectorale toegangspoort) of de reeds lopende hulpverlening mee op te volgen. Het OCJ evalueert op regelmatige tijdstippen, samen met de betrokkenen, of en welke evoluties er zijn. Op basis hiervan wordt eveneens besproken of een tussenkomst noodzakelijk blijft (N. Haedens, persoonlijke communicatie, 6 juni 2025).

4. Doorverwijzen naar het Openbaar Ministerie.

   Een gemandateerde voorziening kan op elk moment beslissen om een minderjarige door te verwijzen naar het Openbaar Ministerie:

   1° wanneer de minderjarige, zijn ouders, en – indien van toepassing – zijn opvoedingsverantwoordelijken en relevante personen uit zijn leefomgeving weigeren mee te werken aan het onderzoek naar maatschappelijke noodzaak;

   2° wanneer, na het vaststellen van een maatschappelijke noodzaak, de betrokkenen de voorgestelde hulp weigeren. Vooraleer het OCJ effectief overgaat tot het informeren van het Openbaar Ministerie, wordt het cliëntsysteem uitgenodigd voor een gesprek. Tijdens dit gesprek wordt enerzijds toegelicht welke hulp vanuit het OCJ essentieel wordt geacht om de veiligheid en ontwikkelingskansen van de minderjarige te waarborgen. Anderzijds wordt nagegaan of deze hulp alsnog gerealiseerd kan worden binnen het kader van vrijwillige hulpverlening via de gemandateerde voorziening, dan wel of een formele doorverwijzing naar het Openbaar Ministerie noodzakelijk is (N. Haedens, persoonlijke communicatie, 6 juni 2025).

4 Voorwaarden

4.1 Zorggarantie

Opvolging door zorggarantie kan pas na goedkeuring van een aanmelding. Hiervoor moeten er aan bepaalde voorwaarden worden voldaan:

1. Het betreft ongeboren kinderen of heel jonge kinderen (-9 maanden tot 3 jaar)

   Vanuit de rationale van de eerste 1000 dagen, waaruit blijkt dat er in geen enkele fase evenveel mijlpalen worden bereikt, zijn precaire situaties gebaat bij snel ingrijpen. Bovendien werd er voorheen vastgesteld dat er onvoldoende zorgaanbod was voor de allerjongsten (R. Gerrits, persoonlijke communicatie, 20/08/2025). Daarom werkt zorggarantie met een afgebakende groep van -9 maanden tot 3 jaar (Opgroeien, z.d.).

2. Er is sprake van (dreigende) uithuisplaatsing

   Sinds de opstart van zorggarantie in 2018 werd vastgesteld dat er provinciaal verschillende invullingen werden gehanteerd van het criterium *dreigende uithuisplaatsing.* Daarom werd in de rondzendbrief van 2021 verduidelijkt dat “een initiële nood tot uithuisplaatsing niet wil zeggen dat alle aangemelde situaties ook effectief moeten leiden tot een uithuisplaatsing. Door in te zetten op netwerk en begeleiding, vermijden we dit waar mogelijk” (Agentschap Opgroeien, 2021). Dit duidt op het eerste luik binnen zorggarantie: situaties waarin een uithuisplaatsing dreigt, maar door de benodigde verandering, geoperationaliseerd door samenwerking en ondersteuning, kan worden vermeden.

   Tegelijkertijd benadrukt de beleidsbrief dat zorggarantie ook betrekking heeft op situaties waarin een uithuisplaatsing effectief aangewezen is. In die gevallen wordt nagegaan hoe dit proces zo kwaliteitsvol mogelijk kan verlopen, met oog voor de stabiliteit en continuïteit die jonge kinderen nodig hebben (Agentschap Opgroeien, 2021).

   Zorggarantie behelst dus beide luiken: enerzijds het voorkomen van uithuisplaatsingen door versterking van het gezin en het netwerk en anderzijds het begeleiden van noodzakelijke plaatsingen op een manier die het welzijn van het kind maximaal waarborgt (A. Van Loy, persoonlijke communicatie, 19/08/2025).

3. Er is nood aan een onmiddellijke inzet van begeleidings- en/of verblijfsaanbod

   Deze voorwaarde komt voort vanuit het belang om het jonge kind zo snel mogelijk in de gelegenheid te stellen om veilige relaties met zijn/haar omgevingsfiguren, in een fysiek en emotioneel veilige omgeving, op te bouwen. Deze praktijkuitgang sluit overigens nauw aan bij het beleidsprincipe dat elke hulpvraag onverwijld en zonder contra-indicaties moet worden opgenomen, zoals benadrukt in zowel de initiërende rondzendbrief (2018) als in de verdere uitwerking van het kader in 2021.

   Deze voorwaarde stemt overeen met de vereiste dat elke hulpvraag onmiddellijk en zonder contra-indicaties dient worden opgenomen.

4. Ouders als belangrijkste partners

   Zorggarantie zet in op een partnerschap tussen alle betrokken actoren, met ouders als de belangrijkste partners. Transparantie en eerlijke communicatie vormen daarbij niet enkel een meerwaarde, maar een noodzakelijk voorwaarde voor het aangaan van een zorggarantietraject

(Opgroeien, z.d.). Transparantie is immers essentieel om ouders de mogelijkheid te bieden tot geïnformeerde instemming, wat de basis vormt voor vrijwillige samenwerking.

Bovendien valt zorggarantie binnen het kader van de vrijwillige jeugdhulpverlening. Vanuit het Decreet Integrale Jeugdhulp (2014) betekent dit dat zorggarantie niet beschikt over een mandaat om hulpverlening op te leggen: acties kunnen uitsluitend worden ondernomen mits instemming van de ouders. Wanneer de situatie echter dermate ernstig wordt geacht dat hulp maatschappelijk noodzakelijk is en ouders hiermee niet akkoord gaan, is het aan de gemandateerde voorzieningen of de sociale dienst van de jeugdrechtbank om verdere stappen te ondernemen. Zij beschikken, in tegenstelling tot zorggarantie, wel over de wettelijke bevoegdheid om hulpverlening op te leggen (Decreet Integrale Jeugdhulp, 2014).

4.2 Projectwerking "Veilig en omringd opgroeien van in de buik"

Bij veilig en omringd opgroeien van in de buik gelden dezelfde ontvankelijkheidscriteria als bij de reguliere OCJ werking, op de leeftijd van het kind na, namelijk ongeboren i.p.v. minderjarige (V. Stulens, persoonlijke communicatie, 30 april 2025):

1. Er is sprake van verontrusting

   Net zoals bij zorggarantie kan pas aan dit criterium worden voldaan als reeds betrokken hulp onvoldoende blijkt, vastloopt of geweigerd wordt.

2. De aanmelding is een gedragen beslissing

   Het OCJ vereist dat de aanmelder de aanmelding vanuit een gezamenlijke beslissing met zijn team maakt.

3. De aanmelding is in transparantie met de ouders besproken.

   Anders dan bij zorggarantie vereist het OCJ geen toestemming van de ouders, wel moeten zij in alle transparantie worden meegenomen in hun aanmeldingsproces.

4. De aanmelder is bereid om deel te nemen aan het intakegesprek.

5 Theoretische kaders

In wat volgt worden theoretische kaders besproken die de grondhouding van Zorggarantie en het project *Veilig en omringd opgroeien van in de buik* hebben meebepaald en richtinggevend zijn voor hun werkwijze.

5.1 Signs of safety

Signs of Safety (SofS) werd in 1990 ontwikkeld door de Australische onderzoekers Andrew Turnell en Steve Edwards als een praktijkgericht kader voor hulpverlening bij (vermoedens van) kindermishandeling (Agentschap Opgroeien, 2021). De methodiek vindt haar oorsprong in de Solution Focused Brief Therapy (SFBT), een therapeutische benadering die zich richt op het formuleren en realiseren van haalbare doelen op korte termijn. Deze benadering is op haar beurt beïnvloed door principes uit de positieve psychologie, waarbij de nadruk ligt op het benutten van aanwezige krachten

en werkzame elementen, eerder dan op het problematiseren van tekortkomingen of risico’s (Institute for Solution Focused Therapy, z.d.).

SofS is een kracht- en oplossingsgerichte benadering met als primair doel het waarborgen van de veiligheid van kinderen binnen hun gezinssysteem (Children’s Social Care, 2018). De methodiek vertrekt vanuit de overtuiging dat elk gezin/netwerk beschikt over eigen hulpbronnen en krachten die kunnen worden ingezet als hefboom voor verandering. In samenwerking met het sociaal netwerk van het gezin – waarvan men veronderstelt dat het, hoe beperkt ook, steeds aanwezig is – worden deze krachten benut om tot concrete oplossingen te komen. Dit proces beoogt ouders in hun kracht te zetten en een groter draagvlak te creëren voor verandering, waarbij zij zelf over regie beschikken (Nederlands Jeugdinstituut, 2017). Tegelijkertijd blijven hulpverleners verantwoordelijk voor het stellen van duidelijke grenzen en het waarborgen van de veiligheid voor het kind (Children´s Social Care, 2018). SoS veronderstelt dan ook een partnerschap, waarbij alle betrokken actoren (ouders, netwerkleden, professionals, het kind) samenwerken aan gedeelde doelstellingen (Nederlands Jeugdinstituut, 2017).

Binnen dit luik wordt SofS gekenmerkt door drie kernprincipes:

1. Een werkrelatie opbouwen

   Om gezinsleden en hun netwerk zelf tot inzichten te brengen en veranderingen in hun gedrag mogelijk te maken met betrekking tot de veiligheid van het kind, stellen hulpverleners vragen vanuit open blik.

2. Kritisch denken

   Kritisch denken vormt een voorwaarde om jezelf, als hulpverlener, in vraag te stellen en risico´s degelijk te beoordelen.

3. Werken met wat goed werkt in de prakrijk

   SofS hecht veel belang aan praktijkkennis, en gelooft dat die het grootst is bij gezinsleden en netwerkfiguren zelf (vanwege hun eigen ervaring en beleving). Door deze perspectieven mee te nemen beoogt SofS groei en ontwikkeling te bekomen (Turnell et al., 2017).

Een belangrijk hulpmiddel binnen SofS is het driekolommenmodel, ontwikkeld door Baginsky et al. (2017). Dit model ondersteunt professionals in het structureren van casusinformatie en omvat drie centrale vragen: (1) Welke zorgen zijn er? (2) Wat functioneert goed en welke krachten zijn aanwezig? en (3) Welke concrete stappen zijn nodig om veiligheid te realiseren? In sommige toepassingen wordt een vierde kolom toegevoegd waarin specifieke acties worden gekoppeld aan verantwoordelijke personen. Hoewel dit model gericht is op het realiseren van korte, zij stabiele oplossingen, wordt het beschouwd als een dynamisch en aanpaspaar document. Opvolging en herziening zijn essentieel om de effectiviteit ervan te waarborgen (Children´s Social Care, 2018). Op die manier is het de bedoeling om te vertragen in het proces zodat er goed en oprecht naar alle perspectieven kan worden geluisterd en oordelen niet te snel worden gevormd (N. Haedens, persoonlijke communicatie, 20/08/2025).

5.2 Infant mental health visie

Infant Mental Health is een term die voor het eerst in de mond is genomen door Selma Fraiberg in 1975. Het inspireerde hulpverleners uit verschillende velden en disciplines tot het aannemen van drie perspectieven: dat van het kind, de ouder alsook de ouder-kind relatie. Deze laatste onthult hoe deze visie binnen de hechtingstheorie is gestoeld. Hieruit stromen ook de drie kernvragen van IMH-denken

uit voort: “What about the baby?”, “What about the parent?” en “What about their relationship”. Ondanks het feit dat het kind zichzelf nog niet actief kan vertegenwoordigen, maken vragen omtrent zijn/haar ontwikkeling, gedrag en mogelijkheid tot relatievorming van het kind alsnog een werkpartner (Weatherston and Browne, 2016).

IMH kent verschillende doelstellingen, overeenkomstig met hun naamgeving: (1) het promoten van het welzijn, startende van in de zwangerschap tot en met 3 jaar (infant); (2) Het voorkomen van ontwikkelings-, biologische en relationele verstoringen (mental) en (3) het voorzien of installeren van interventies wanneer de ontwikkeling van het kind en/of de ouder-kind relatie risico loopt vanwege biologische, omgevings- en psychosociale risico factoren (Weatherston and Browne, 2016).

Daarnaast kent het IMH-denken drie kernprincipes:

1. Focus op de ouder-kind relatie

   Vertrekkend vanuit de hechtingstheorieën wordt onderstreept dat de relaties die een kind in de eerste levensjaren ontwikkelt, cruciaal zijn voor het aangaan van latere relaties. Deze vroege relaties bepalen bovendien de balans tussen veerkracht en kwetsbaarheid op latere leeftijd. Aangezien de emotionele leefwereld van jonge kinderen hoofdzakelijk gevormd wordt door hun interacties met ouders of andere primaire verzorgers, ligt de nadruk sterk op het ondersteunen van deze relaties. Hoewel dit doorgaans de ouder-kind relatie betreft, wordt er ook aandacht besteed aan andere betekenisvolle verzorgingsfiguren in het leven van het kind (Opgroeien, z.d.).

2. Een preventieve benadering

   IMH beoogt ontwikkelingsachterstanden en onveiligheid te voorkomen via algemene preventie, ontwikkelingsstimulering, pedagogische ondersteuning en kortdurende behandelingen en langer durende intensieve ouder-kindtherapie. Op deze manier beslaat de preventieve insteek van het IMH het gehele zorgspectrum. Bovendien vormt elke interventie – ook wanneer deze gericht is op het aanpakken van bestaand (huidig) lijden – een impact op de verdere ontwikkelingspaden van een kind, doordat kinderen continu in ontwikkeling zijn (Opgroeien, z.d.).

3. Krachtgericht werken

   Krachtgericht werken houdt in dat er explicie~~t~~ aandacht gaat naar de sterktes en mogelijkheden binnen het gezin, naast de zorgen en uitdagingen die spelen. Deze benadering vertrekt vanuit het idee dat het erkennen en benutten van krachten een mobiliserend effect kan hebben en ankerpunten vormen om met jonge kinderen en ouders mee aan de slag te gaan (Opgroeien, z.d.).

Naast een stem voor baby en ouder is er in de IMH visie ook focus op de hulpverlener. Gezien de vaak geziene kwetsbaarheid van ouders en het wegend aantal dossiers wordt hulpverlening als potentieel belastend ingeschat. IMH pleit daarom voor *reflective supervision*, waarin een hulpverlener met zijn supervisor samen gedachten en gevoelens kunnen uitwisselen. Deze wisselwerking wordt ervan verondersteld het reflectief vermogen van de hulpverlener te bevorderen. Ook hier geldt het principe van luisteren, openheid en nieuwsgierigheid (Weatherston and Browne, 2016).

5.3 Netwerkversterkende methodieken / Family Seeing

Family seeing is een visie die wordt uitgedragen door Kevin Campbell en toont gelijkenissen met SoS. Campbell stelt dat kinderen meer gebaat zijn bij het opgroeien in hun natuurlijke context, dan in een pleegzorg setting. Vanuit deze overtuiging maakte hij een duidelijk stappenplan op: 1) Vind minstens 40

familieleden of mensen die belangrijk zijn in het leven van een kind. 2) Engageer verschillende van deze personen om samen een planning voor het kind op te maken. 3) Maak een plan op voor een succesvolle toekomst van het kind, waarin familie een rol krijgt. 4) Organiseer familiebijeenkomsten waarop beslissingen genomen worden die mogelijk maken dat het kind voortaan wettelijk en emotioneel een plaats krijgt in de familie. 5) Evalueer de plannen die gemaakt werden. 6) Zorg voor follow-up ondersteuning die mogelijk maakt dat kind en netwerkfiguren die planning kunnen blijven aanhouden (opgroeien, z.d.).

Het concept van Family Seeing bouwt op de fundamentele verbondenheid die er bestaat tussen ouders en kind, doordat die namelijk minstens verankerd is in hun biologische verwantschap en daardoor niet verbroken kan worden (persoonlijke communicatie, N. Haedens). Dit sluit aan bij de onderverdeling die Van Den Bergh & Weterings (2007) maken in ouderschapsvormen - met name: (1) biologisch; (2) psychologisch; (3) juridisch – en op hun beurt verbonden zijn aan drie aspecten in de ouder-kind relatie: (1) de existentiële relatie; (2) de opvoedingsrelatie; (3) de gezagsrelatie. Relevant in dit licht, is dat deze auteurs stellen dat het biologisch ouderschap en de existentiële relatie een gegevenheid betreffen die niet kan worden ongedaan gemaakt. Deze perspectiefverschuiving (voorheen werden ouders aanzien als een partij waartegen kinderen beschermd moesten worden (Vanderfaeillie, 2012)) maakte dat hulpverlening de taak kreeg om ouders mee te betrekken in de begeleiding van hun kind, ook in situaties waarbij er een uithuisplaatsing plaatsvond of contact met ouders is verbroken (N. Haedens, persoonlijke communicatie, 13 juni 2025).

6 Werkwijze

6.1 Zorggarantie

Zorggarantie beoogt om voor jonge kinderen, in het geval van een (dreigende) uithuisplaatsing, zo snel mogelijk, liefst binnen drie maanden, tot duurzame en gedragen oplossingen te komen. Het vertrekpunt is daarbij dat elke onderbouwde en geobjectiveerde vraag tot uithuisplaatsing onmiddellijk beantwoord wordt, waarbij van bij de start in partnerschap met ouders, netwerk en hulpverlening wordt gewerkt aan een stabiel langetermijnperspectief – bij voorkeur in de thuissituatie en indien dit niet haalbaar blijkt in een alternatieve context zoals pleegzorg (Agentschap Opgroeien, 2018). Transparantie, gedeelde verantwoordelijkheid en methodische netwerkversterking gelden daarbij als kernprincipes (Agentschap Opgroeien, 2021).

Om deze doelstelling te realiseren werd een gestructureerde werkwijze uitgewerkt die inzet op gedeelde besluitvorming en nauwe samenwerking met zowel het gezin en zijn netwerk als de betrokken voorzieningen. Deze werkwijze krijgt vorm in een actielus die bestaat uit verschillende opeenvolgende stappen:

1. Aanmelding en eerste overleg

   Een casus start met een aanmelding die steeds wordt besproken in het team van casuscoördinatie. Daarbij wordt nagegaan of de situatie past binnen de contouren van zorggarantie en wordt de nodige informatie verzameld om zicht te krijgen op de noden en mogelijkheden van het gezin en het kind (Agentschap Opgroeien, z.d.). Hierbij is de samenwerking met relevante partners cruciaal. In het bijzonder wordt de samenwerking met de psychopedagogen van de lokale Kind & Gezin-teams benadrukt (Agentschap Opgroeien, 2021). Zij hebben door hun lokale werking al vroegtijdig zicht op de situatie van gezinnen. In de praktijk betekent dit dat deze samenwerking de taxatie kan versterken, omdat alle gezinnen in aanraking komen met Kind & Gezin en zij op die manier reeds over relevante informatie beschikken.

2. Organisatie van de zorgtafel

   Wanneer een casus binnen het kader van zorggarantie valt, organiseert de casuscoördinator een zorgtafel. Dit overleg brengt alle relevante partners samen - waaronder ouders, netwerk en gespecialiseerde actoren (zowel binnen opgroeien als vanuit het private aanbod) – met het oog op gezamenlijke besluitvorming (Agentschap Opgroeien, 2021). De zorgtafel vormt een methodiek voor gedeelde besluitvorming en heeft als vertrekpunt een grondige analyse en taxatie van de situatie van het kind en het gezin.

3. Opmaak van een zorggarantieplan

   Tijdens de zorgtafel wordt een zorggarantieplan opgesteld dat vertrekt vanuit de geobjectiveerde noden. De beleidsbrief van 2018 stelt dat dit plan moet bestaan uit een nulmeting, concrete doelstellingen, acties, fasering en momenten van evaluatie (Agentschap Opgroeien, 2018). De nadruk ligt daarbij op het inzetten van het minst ingrijpende aanbod dat tegelijk kwaliteitsvol en passend is, waarbij het kind steeds centraal staat. De beleidsbrief van 2021 voegde toe dat diagnostiek daarbij maximaal moet worden ingezet om keuzes te onderbouwen (Agentschap Opgroeien, 2021).

4. Uitvoering en opvolging

   De casuscoördinator volgt het plan nauwgezet op, bewaakt de voortgang en veiligheid, en zorgt voor afstemming tussen de betrokken actoren. Hij of zij fungeert als aanspreekpunt en staat in voor de continuïteit en transparantie binnen het traject (Agentschap Opgroeien, z.d.).

5. Evaluatie en bijsturing

   Zorgplannen bevatten duidelijke evaluatiemomenten waarop de doelstellingen en resultaten opnieuw worden besproken. Indien nodig worden acties bijgestuurd en wordt bekeken of, indien sprake van een plaatsing, een terugkeer naar het gezin mogelijk is of een alternatief perspectief verder moet worden uitgebouwd (Agentschap Opgroeien, 2018).

Samenvattend kan de werkwijze van zorggarantie worden opgevat als een cyclisch proces dat start bij een aanmelding en via de organisatie van zorgtafels leidt tot de opmaak, uitvoering en evaluatie van een zorgplan. Ouders en netwerk worden hierbij consequent als volwaardige partners betrokken, terwijl casuscoördinatoren instaan voor regie, transparantie en continuïteit in het traject. Zoals reeds aangegeven in sectie *voorwaarden* gebeurt dit alles steeds binnen het kader van vrijwillige hulpverlening.

7 Overeenkomsten en verschillen tussen zorggarantie en projectwerking veilig en omringd opgroeien van in de buik

Zorggarantie en projectwerking veilig en omringd opgroeien van in de buik kennen, vanwege hun gelijkaardige insteek en vergelijkbare theoretische uitgangspunten, belangrijke overeenkomsten. Tegelijkertijd zijn er enkele wezenlijke verschillen te onderscheiden. Een overzicht hiervan wordt weergegeven in Tabel 1. Dit overzicht beslaat een praktijkoverzicht, wat tot stand kwam door consult te plegen bij o.m. beleidsmedewerkers, consulenten en casuscoördinatoren.

Tabel 1 Overeenkomsten en verschillen tussen zorggarantie en projectwerking veilig en omringd opgroeien van in de buik

Overeenkomsten	**Verschillen**	
	Zorggarantie	Projectwerking “Veilig en omringd opgroeien van in de buik”
• Consulteren wanneer er sprake is van verontrusting, maar waarbij reguliere hulp is uitgeprobeerd en niet voldoende blijkt of wordt geweigerd	• Een casuscoördinator neemt een neutrale positie in, zonder oordeel of beslissing. Wel brengen zij een kind perspectief binnen.	• Een consulent neemt een onderzoekende rol op. Zij vellen een oordeel op basis van een maatschappelijk onderzoek en kunnen een beslissing/advies nemen.
• Oog op de allerjongsten • Geen begeleidingswerk, maar positie van buitenaf	• Een casuscoördinator brengt overzicht in de informatie die andere hulpverlening reeds heeft verzameld. Hij/zij verzamelt dus zelf geen (nieuwe) informatie en ziet de ouders enkel in aanwezigheid van hun betrokken hulpverlening. Daarnaast faciliteert hij/zij de zorgtafel i.f.v. het opstellen van een zorgplan.	• Een consulent gaat zelf op onderzoek en verzamelt daarbij ook zelf informatie van het gezin/de ouders en andere hulpverleners (mits toestemming van de ouders), onder meer door 1 op 1 met hen in contact te treden.
	• Akkoord van de ouders is vereist. Samenwerking zonder vrijwilligheid is niet mogelijk.	• Ouders moeten in alle transparantie worden meegenomen in hun aanmelding, maar moeten daarbij niet noodzakelijk akkoord zijn.

Hoofdstuk 3
Doel van de studie

Tot op heden is er slechts beperkt zicht op de impact van beide werkingen en dit op drie niveaus:

1. het niveau van de cliënt,
2. het niveau van de meest relevante stakeholders en
3. het niveau van Zorggarantie en Veilig en omringd opgroeien van in de buik, gerepresenteerd door respectievelijk casuscoördinatoren en consulenten.

Dit onderzoek beoogt een beter zicht te krijgen op de impact van Zorggarantie en projectwerking Veilig en omringd opgroeien van in de buik op bovenstaande drie niveaus, om zo de werking te verbeteren.

Volgende onderzoeksvragen trachten aan de hand van dit onderzoek beantwoord te worden:

- Hoe ervaren cliënten de tussenkomst van zorggarantie en veilig en omringd opgroeien van in de buik? Welke effecten hebben deze werkingen op hen gehad en welke elementen hebben vanuit hun perspectief het meest bijgedragen tot dit effect?
- Hoe ervaren betrokken hulpverleners die betrokken zijn op verontrustende situaties van jonge en/of ongeboren kinderen de tussenkomst van zorggarantie en veilig en omringd opgroeien van in de buik? Welk effect hebben deze werkingen op hen gehad en welke elementen hebben vanuit hun perspectief het meeste bijgedragen tot dit effect?
- Hoe ervaren casuscoördinatoren en consulenten hun positie binnen deze werkingen, zowel in verhouding tot de cliënten als tot professionele partners en tot elkaar?

Hoewel beide werkingen eerder in dit rapport inhoudelijk werden toegelicht, wordt in de verdere analyse enkel Zorggarantie onderzocht. Aanvankelijk was het de bedoeling om ook het effect en tevredenheid van Veilig en omringd opgroeien van in de buik te onderzoeken. In de praktijk bleek dit echter niet realiseerbaar. Er werd slechts 1 casus gevonden die bij een beperkt aantal respondenten kon worden onderzocht.

Toch blijft de inhoudelijke beschrijving van veilig en omringd opgroeien van in de buik relevant, aangezien ze de verschillen met zorggarantie helpt verduidelijken. Dit kan een aanzet bieden tot verdere reflectie over hoe beide werkingen zich tot elkaar verhouden, waar hun respectievelijke specialisaties liggen en hoe hun onderscheiden beter gecommuniceerd en afgebakend kunnen worden – ook al vertrekken ze vanuit een gelijkaardige insteek en theoretische kaders.

Hoofdstuk 4
Methode

1 Rekruteringsprocedure

1.1 Zorggarantie

Deze studie had tot doel het effect van zorggarantie te onderzoeken aan de hand van een steekproef van tien afgeronde zorggarantiecasussen. Hiervoor werd een multi-informant en multimethodologisch onderzoeksdesign gehanteerd, waarbij gegevens werden verzameld bij verschillende betrokken actoren: (1) de casuscoördinator, (2) de ouder(s), (3) de meest betrokken hulpverleners en (4) overige betrokken hulpverlening. Voor de drie eerstgenoemde partijen gebeurde de dataverzameling via semi-gestructureerde interviews, aangevuld met een korte vragenlijst. De overige betrokken hulpverleners vulden uitsluitend een vragenlijst, samengesteld door de onderzoekers, in.

Voor de rekrutering van participanten werd in eerste instantie gekozen voor een strategische quota-sampling benadering, met het oog op een evenwichtige spreiding over relevante casuskenmerken. Concreet werd aan elke Vlaamse provincie gevraagd om een geanonimiseerde lijst aan te leveren van de vijftien meest recent afgeronde zorggarantiecasussen, waarbij verwezen werd naar dossiernummers in plaats van naar identificeerbare persoonsgegevens. Uit deze lijsten werden vervolgens twee casussen per provincie geselecteerd op basis van een vooraf bepaalde matrix met twee assen, namelijk de leeftijd van het kind en de uitkomst van het traject. Dit resulteerde in een beoogd totaal van tien casussen. Deze geselecteerde casussen werden teruggekoppeld aan de betreffende casuscoördinatoren, die vervolgens de ouder(s) telefonisch of via e-mail contacteerden met de vraag tot deelname. Bij interesse bezorgden zij de onderzoeker de contactgegevens van de ouder(s) en van de meest betrokken hulpverlener om een interview in te plannen. Indien de geselecteerde casus niet tot deelname leidde, werd een volgende casus met gelijkaardige kenmerken gecontacteerd.

Een afgeronde casus werd gedefinieerd als een situatie waarin de casuscoördinator niet langer actief betrokken was, wat impliceerde dat er een zorggarantieplan was opgesteld en er geen verdere zorgtafels meer plaatsvonden. In sommige gevallen kon Zorggarantie op het moment van de studie nog wel instaan voor praktische ondersteuning, zoals financiële hulp, zonder actieve casusregie. Elke casus werd getypeerd aan de hand van twee kenmerken: de leeftijd van het kind bij aanmelding (geboren/ongeboren) en de uitkomst van het traject (uithuisplaatsing: ja/nee). Er werd gestreefd naar een gelijke spreiding over de vier mogelijke combinaties van deze criteria: (1) ongeboren en uithuisgeplaatst, (2) ongeboren en niet uithuisgeplaatst, (3) geboren en uithuisgeplaatst, en (4) geboren en niet uithuisgeplaatst.

Om de kans op een succesvolle inclusie per combinatie te vergroten, werd bij de toewijzing van casustypes aan provincies rekening gehouden met regionale verschillen in de prevalentie van bepaalde casuscombinaties. Zo werden bijvoorbeeld zeldzamere types, zoals “ongeboren en uithuisgeplaatst” toegewezen aan provincies waar deze relatief vaker voorkwamen. Op die manier werd vermeden dat provincies met weinig variatie in casustypes onrealistische selectiedoelstellingen kregen opgelegd. Als bijkomend exclusiecriterium gold dat casuscoördinatoren en meest betrokken hulpverleners slechts

eenmaal konden deelnemen aan het onderzoek. Eenzelfde persoon kon dus maar in één casus betrokken zijn, om te vermijden dat er afhankelijke gegevens zouden worden verzameld.

Deze vorm van doelgericht quota sampling garandeerde een diverse steekproef die verschillende gezinsprofielen binnen het zorggarantietraject representeerde. Ondanks deze heterogeniteit werd een gemeenschappelijk fenomeen onderzocht: de werking en impact van Zorggarantie. Door te variëren op relevante casuskenmerken konden zowel gedeelde werkzame principes als context gebonden nuances in kaart worden gebracht (Mortelmans, 2013).

1.2 Projectwerking Veilig en omringd opgroeien van in de buik

Naast de selectie van Zorggarantiecasussen, werd er binnen dit onderzoek ook een gelijkaardig luik rond projectwerking Veilig en omringd opgroeien van in de buik voorzien. Omdat deze werking enkel georganiseerd wordt binnen de provincie Limburg, werd hier aan de het betrokken project gevraagd om een lijst aan te leveren van de vijftien meest recent afgeronde VIB-casussen. De bedoeling was om op basis van deze lijst vijf casussen te selecteren en te onderzoeken. Bij de selectie werd rekening gehouden met één specifiek criterium: of er tijdens het traject al dan niet een samenwerking was met Zorggarantie. Net als bij het Zorggarantie-luik werd gestreefd naar een triangulatie van perspectieven, met interviews bij de ouder(s), de meest betrokken hulpverlener en de betrokken consulent.

2 Wijzingen in de rekruteringsprocedure

2.1 Zorggarantie

In de praktijk bleek het rekruteren van participanten complexer dan vooraf voorzien. Bepaalde casuscombinaties, zoals “ongeboren en uithuisgeplaatst”, kwamen zelden voor waardoor de oorspronkelijke benadering met voorafgaande selectie niet werkbaar bleek. Om deze reden werd de rekruteringsstrategie bijgestuurd. In plaats van op voorhand een selectie te maken op de casuskenmerken, werden alle vijftien casussen per regio gecontacteerd. Wanneer meer dan tien casussen bereid waren tot deelname, zou de uiteindelijke selectie alsnog worden gemaakt op basis van de specifieke casuskenmerken.

Daarnaast bracht de betrokkenheid van twee casussen onder begeleiding van eenzelfde casuscoördinator bijkomende methodologische overwegingen met zich mee. Wanneer eenzelfde persoon meermaals als respondent wordt geïnterviewd, zijn de observaties niet langer onafhankelijk en bestaat het risico dat diens persoonsgebonden factoren een grotere invloed uitoefenen op de onderzoeksresultaten. Anderzijds zou het uitsluiten van een van beide casussen betekenen dat het perspectief van de betrokken ouder(s) verloren zou gaan. Er werd bij gebrek aan casussen beslist om casussen niet uit te sluiten op basis van het argument van afhankelijke gegevens, maar om maximaal recht te doen aan het perspectief van de ouders en ondanks een grotere invloed van een specifieke hulpverlener alsnog beide casussen te includeren in de studie. Bovendien werd aangenomen dat, aangezien het twee inhoudelijk verschillende casussen betrof, de betrokken casuscoördinator telkens een contextspecifiek en onderscheiden perspectief kon aanreiken.

2.2 Projectwerking Veilig en omringd opgroeien van in de buik

Hoewel het oorspronkelijke onderzoeksopzet beoogde een verkennend kwalitatief onderzoek te voeren naar zowel zorggarantie als veilig en omringd opgroeien van in de buik (VIB), werd in de loop van het onderzoek beslist om het VIB-luik niet verder uit te werken.

De respons uit het werkveld was te beperkt: slechts drie ouderparen gaven aan bereid te zijn tot deelname, waarvan uiteindelijk slechts één interview effectief plaatsvond (casus 1). Één ouderpaar haakte tussentijds af; een andere ouder gaf aanvankelijk toestemming aan de consulent, maar reageerde nadien niet op interviewvoorstellen van de onderzoeker. Er vonden nog interviews plaats met hulpverleners: met twee consulenten (één voor casus 1, één voor casus 1), en één betrokken hulpverlener (casus 1).

Dit wil zeggen dat er slechts van één casus meerdere perspectieven verzameld werden. Van een bijkomende casus werd de mening van een consulent bekomen. Dit alles maakt dat er op basis van zeer beperkte en gefragmenteerde informatie uitspraken zouden worden gedaan over een werking. Problemen met de generaliseerbaarheid en representativiteit maakten dan ook dat er werd besloten om veilig en omringd in de buik niet op te nemen in de analyses.

3 Dataverzameling

3.1 Interviews

3.1.1 Opzet

De semigestructureerd interviews die het fundament vormen van deze studie, zijn afgenomen voor 10 casussen, waarbij telkens werd beoogd drie perspectieven te horen: dat van de ouder(s), dat van de casuscoördinator en dat van de meest betrokken hulpverlener, zoals ingeschat door de casus-coördinator. Dit opzet is een voorbeeld van mentale triangulatie (Smaling, 1992), waarbij een onderzoeker eenzelfde casus vanuit verschillende perspectieven kan benaderen.

Door het semigestructureerd karakter van de interviews kon de onderzoeker systematisch peilen naar de vooropgestelde thema´s, alsook ruimte laten voor verdieping op basis van de unieke perspectieven van de deelnemers.

Voorafgaand aan de interviews werd een interviewleidraad opgesteld. Deze werd ontwikkeld op basis van informatie over de werking van zorggarantie, verzameld uit diverse bronnen, waaronder beleidsbrieven, de algemene website van Opgroeien, relevante theoretische kaders (waaronder Signs of Safety, Infant Mental Health, etc.) en praktijkbezoeken. Een eerste versie van de leidraad werd voorgelegd aan de leden van de stuurgroep. Op basis van de ontvangen feedback werden de vragen aangepast, geschrapt of verfijnd.

De vragen in de leidraad werden gegroepeerd rond twee centrale thema´s: het effect van de interventie en haar proces. Het thematische luik “effect” richt zich op het achterhalen van de werkzame en niet-werkzame mechanismen binnen het zorggarantieconcept vanuit het perspectief van de verschillende soorten respondenten. Dit werd verder onderverdeeld volgens de chronologie van een zorggarantie-traject (aanmelding, eerste zorgtafel, opmaak van een zorggarantieplan, evaluatie en afsluiting) en aangevuld met meer algemene kenmerken zoals de implementatie van een netwerk en de

samenwerking tussen betrokken actoren. Het luik “proces” richt zich op de beleving en ervaringen van de participanten. Hoewel beide thema´s nauw met elkaar verweven zijn, werd ervoor gekozen om ze analytisch van elkaar te scheiden ter bevordering van de structuur van de gegevensverzameling -en analyse.

Afhankelijk van de voorkeur en mogelijkheden van de deelnemers werden de interviews fysiek of online via Microsoft Teams afgenomen. Fysieke interviews werden opgenomen via een audiorecorder; bij online interviews gebeurde de opname via video. Voorafgaand aan elk interview werden twee toestemmingsformulieren besproken en ondertekend: een informed consent, met toelichting over de studie en een akkoord tot de opname van het interview.

3.1.2 Deelnemers en duur van de interviews

In totaal werden 31 personen geïnterviewd: 10 casuscoördinatoren, 10 betrokken hulpverleners en 7 ouder(koppels). Binnen de oudergroep betroffen drie casussen een ouderkoppel in een relatie, één ouder nam deel zonder partner, twee ouders namen individueel deel omwille van een relatiebreuk en in één casus sloot ook de moeder van de deelnemer aan, dewelke tevens de pleegmoeder was van diens kinderen. De zevende casus betrof een interview dat vroegtijdig werd stopgezet, aangezien de moeder aangaf zich geen traject binnen Zorggarantie te herinneren, hoewel er feitelijk wel een traject had plaatsgevonden.

Van de 31 deelnemers waren er 26 vrouwelijk en 5 mannelijk. Alle mannelijke deelnemers behoorden tot de oudergroep. Wat betreft de betrokken hulpverleners ging het om twee consulenten van het Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ), een zorgcoördinator van het CKG, drie medewerkers van Kind en Gezin (waaronder een verpleegkundige, een sociaal werker en een psychopedagoog) en vier contextbegeleidsters.

De duur van de interviews varieerde van 28 tot 119 minuten, met een gemiddelde van 64 minuten (*SD* = 26). Meer specifiek varieerden de interviews met casuscoördinatoren van 30 tot 117 minuten (*M* = 74; *SD* = 27), die met betrokken hulpverleners van 42 tot 116 minuten (*M* = 61; *SD* = 22), en die met ouders van 28 tot 119 minuten (*M* = 56; *SD* = 29).

Tabel 2 geeft een overzicht van alle deelnemers per casus. Om de anonimiteit te waarborgen, worden er pseudoniemen gehanteerd.

Tabel 2 Overzicht van deelnemers

Casus	Casuscoördinator	Betrokken hulpverlener	Ouder
1	Dina	Chantal (contextbegeleider)	Selina en Dylan
2	Marleen	Jade (contextbegeleider)	Kelly
3	Brigitte	Sabine (contextbegeleider)	Zora en Wesley
4	Rina	Liesheth (K&G sociaal werker)	Ronny
5	Céline	Lotte (OCJ consulente)	Shana en Kenny
6	Maïté	Eline (CKG zorgcoördinator)	~~Sonja~~
7	Annick	Krista (contextbegeleider)	~~Jolanda en Patrick~~
8	Hanne	Mieke (K&G psychopedagoog)	Stijn
9	Roxanne	Greet (K&G verpleegkundige)	~~Kyra~~
10	Sarah	Brigitte (OCJ consulente)	~~Chelsea~~

Noot. Doorstreepte deelnemers betreffen ouders die aanvankelijk toestemden met deelname aan de studie, maar finaal niet deelnamen aan de interviews.

3.2 Vragenlijsten

3.2.1 Opzet

3.2.1.1 BESTE

De Beoordelingsschaal voor Tevredenheid en Effect (BESTE) (De Meyer et al., 2004) is een evaluatie-instrument ontwikkeld binnen de jeugdhulp, bedoeld om de tevredenheid en het waargenomen effect van een hulpverleningstraject in kaart te brengen. De vragenlijst kan worden ingevuld door zowel ouders als hulpverleners en wordt systematisch afgenomen bij de afronding van een traject.

Afhankelijk van de respondent (ouder of hulpverlener) bevat de vragenlijst zeven tot negen items, die verschillende aspecten van de hulpverlening belichten: veranderingen in het gedrag van het kind, in het gezin en de opvoeding, verandering van het zicht op het kind (zoals het interpreteren van gedrag), de duur van de hulpverlening, de mate waarin men de hulp zou aanbevelen aan anderen, ruimte voor verbetering, een typerende reactie in trefwoorden, de eventuele aansluiting met andere hulpverlening, en de ervaring van het contact.

De eerste zes vragen zijn identiek voor ouders en hulpverleners, waarbij

- Vragen 1 t.e.m. 4, die het effect meten van de hulpverlening (veranderingen in het gedrag van het kind, in het gezin en de opvoeding en verandering van het zicht op het kind), worden gescoord op een vierpuntenschaal (1 = eerder slechter dan beter geworden, 4 = goed vooruitgegaan),
- Vraag 5 (de duur van de hulpverlening) wordt gescoord op een driepuntenschaal (1 = te kort, 2 = precies lang genoeg, 3 = te lang, 4 = geen mening).
- Vraag 6 (hulp aanbevelen aan anderen) opnieuw op een vierpuntenschaal, maar met andere ankerpunten (1 = beslist niet, 4 = beslist wel).

Vragen 7 en 8 komen enkel voor in de versie voor hulpverleners en worden eveneens gescoord op de vierpuntenschaal uit vragen 1 t.e.m. 4 (1= eerder slechter dan beter geworden, 4= goed vooruitgegaan). Vraag 9 is een open, kwalitatieve vraag. Voor elk item wordt de respondent gevraagd om zijn/haar antwoord kort te motiveren (kwalitatieve items).

Het effect van de hulpverlening is de som van de scores op vragen 1 tot en met 4. Een totaalscore van 12 of hoger wijst op een positief effect, scores tussen 4 en 11 wijzen op een beperkt of negatief effect (De Meyer et al., 2004). Vragen 5 en 6 zijn een maat voor tevredenheid.

Aangezien de originele formuleringen gericht zijn op hulpverlening aan jongeren, werden de items licht aangepast om te passen binnen de context van Zorggarantie. Zo werd het item *"Is het gedrag van uw kind veranderd door de behandeling?"* vervangen door *"Is het gedrag van de ouders veranderd door dit traject?"*, om de focus te verleggen naar de doelgroep van dit onderzoek.

3.2.1.2 Vragenlijst zorggarantie

De overig betrokken hulpverleners werden niet geïnterviewd. Zij vulden een voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijst in. De vragenlijst bestond uit 47 items, te scoren op een 5-punten schaal (helemaal niet akkoord – eerder niet akkoord – noch akkoord, noch niet akkoord – eerder akkoord – helemaal akkoord) of via de optie "niet van toepassing". De vragenlijst bestond uit acht schalen, thematisch vergelijkbaar met de onderwerpen die aan bod kwamen in het interviewprotocol: (1) betrekken van verschillende actoren (12 items); (2) fysieke structuur (tijdens de zorgtafel) (7 items); (3) het verslag (9 items); (4) oog voor krachten (3 items); (5) samenwerken met ouders (4 items); (6) het netwerk (4 items); (7) afsluitende zorgtafel (3 items)en (8) de rol van de casuscoördinator (5 items). Om de inhoudsvaliditeit van de vragenlijst Zorggarantie te verzekeren, werd de vragenlijst voorgelegd aan de leden van de stuurgroep. Op basis van hun feedback werden bepaalde vragen aangepast, verwijderd of verder verfijnd.

De casuscoördinatoren bezorgden betrokken hulpverlening van een online Qualtrics link voor het invullen van de vragenlijst. Hierdoor bleef de anonimiteit van de respondenten gewaarborgd. Om gegevens correct te kunnen koppelen aan de juiste casus, werden zij bij aanvang gevraagd het dossiernummer van de betreffende casus te vermelden.

3.2.2 Deelnemers

Het aantal respondenten verschilde per type vragenlijst:

- De BESTE-vragenlijst werd ingevuld door vijf casuscoördinatoren, drie betrokken hulpverleners en twee ouderparen.
- De C-toets werd ingevuld door twee van de zeven ouderparen die deelnamen aan het interview.
- De vragenlijst zorggarantie werd door zestien betrokken hulpverleners ingevuld.

De respons op de vragenlijst zorggarantie was echter ongelijk verdeeld over de tien casussen. In vier casussen vulde geen enkele betrokken hulpverlener de vragenlijst in, ondanks de herinneringsmail die door de casuscoördinatoren werden verstuurd. In de overige zes casussen werd de vragenlijst ingevuld door respectievelijk zes, drie, drie, twee, één en één hulpverlener(s).

Tabel 3 Aantal ingevulde vragenlijsten per casus en respondentengroep

Casus	**BESTE**			**C-toets**	**Vragenlijst zorggarantie**
	Casus-coördinator	*Betrokken HV*	*Ouder*	*Ouders*	*Overig betrokken HV (#)*
Selina en Dylan	✓	✓	✓	✓	0
Kelly					0
Zora en Wesley					3
Ronny		✓	✓	✓	0
Shana en Kenny					6
Sonja	✓				1
Jolanda en Patrick	✓				1
Stijn	✓	✓			2
Kyra					0
Chelsea	✓				3

4 Data-analyse

4.1 Interviews

De audiobestanden van de interviews werden getranscribeerd met behulp van *OpenAI Whisper,* een open-source spraakherkenningstool. De transcriptie werd lokaal uitgevoerd via de terminal in een MacOS-omgeving, waarbij het Nederlands als brontaal werd gespecifieerd. De automatisch gegenereerde transcripties werden nadien zorgvuldig handmatig nagelezen en gecorrigeerd op basis van de originele opnames, om de inhoudelijke nauwkeurigheid te garanderen en eventuele interpretatiefouten of weglatingen te corrigeren.

De kwalitatieve analyse van de interviews gebeurde met behulp van *NVivo*, software voor het structureren, coderen en analyseren van tekstuele data. Elk interview werd afzonderlijk gecodeerd op basis van een combinatie van deductieve en inductieve categorieën. De initiële codes werden deels geïnspireerd door de opbouw van de interviewleidraad, maar werden aangevuld en verfijnd op basis van inhoud die spontaan naar voren kwamen tijdens de gesprekken. Vervolgens werden deze codes samengebracht in overkoepelende thema´s en patronen, zowel binnen als over casussen heen. Dit proces liet toe om gelijkenissen en verschillen tussen perspectieven (ouders, casuscoördinatoren, hulpverleners) te analyseren, evenals de dynamiek binnen individuele casussen.

4.2 Vragenlijsten

4.2.1 BESTE

4.2.1.1 Kwalitatieve antwoorden BESTE

De kwalitatieve antwoorden werden eveneens ingevoerd in NVivo en geanalyseerd volgens dezelfde thematische structuur als de interviewdata. Dit liet toe om de schriftelijke input van respondenten te integreren met de mondelinge data, en om triangulatie toe te passen op de verkregen inzichten. Antwoorden uit de vragenlijsten werden, waar relevant, gekoppeld aan de respectievelijke casussen en respondentengroepen, zodat verbanden konden worden gelegd tussen verschillende bronnen binnen één casuscontext.

Door de integratie van interviewdata en schriftelijke input ontstond een rijker en genuanceerder beeld van de werking en beleving van zorggarantie vanuit meerdere perspectieven.

4.2.1.2 Kwantitatieve antwoorden BESTE

De resultaten van de BESTE-vragenlijst worden geanalyseerd aan de hand van descriptieve statistieken. Hierbij worden de verkregen scores, indien mogelijk, vergeleken met beschikbare referentiewaarden (De Meyer et al., 2004).

4.2.2 Vragenlijst zorggarantie

4.2.2.1 Interne consistentie

Voor de vragenlijst zorggarantie zijn de items per thema gegroepeerd zoals bij de interviewleidraad. Om na te gaan of de items hetzelfde construct meten en dus onderling voldoende samenhangen werd de interne consistentie van deze thematische subschalen met een Cronbach´s alfa berekend.

Bij de interpretatie van Cronbach´s alfa werden gangbare vuistregels gehanteerd. Bij alfa-waarden onder .70 werd kritisch gekeken naar de interne samenhang en afwijkende items verwijderd.

4.2.2.2 Descriptieve statistieken

Descriptieve statistieken werden berekend om een eerste inzicht te verkrijgen in de scores op de verschillende schalen van de samengestelde vragenlijst. Per schaal werd het aantal respondenten, de minimum-en maximumscore, het gemiddelde en de standaarddeviatie gerapporteerd. Daarnaast werd ook een gemiddelde totaalscore berekend, zijnde het gemiddelde over alle thematische schalen heen. Descriptieve statistieken werden verzameld per schaal alsook voor de gemiddelde totaalscore (d.i. de gemiddelde score over alle schalen heen).

4.2.2.3 Kruskal Wallis test

Aangezien de vragenlijstenresultaten per casus een sterk uiteenlopend aantal respondenten omvatten (variërend van één tot zes), werd ervoor gekozen om bovenop de descriptieve statistieken een Kruskal Wallis test uit te voeren. Hoewel gemiddelde scores per casus werden berekend, moet voorzichtig omgesprongen worden met de interpretatie ervan. De gebruikte vragenlijst is opgebouwd uit stellingen met en vijfpuntenschaal (1 = helemaal niet akkoord, 5 = helemaal akkoord), wat impliceert dat de data ordinaal van aard zijn. Hierdoor is een gemiddelde score (zoals bv.: 3 of 4) moeilijk eenduidig te interpreteren in termen van “hoog” of “laag”.

De Kruskal-Wallis toets is een niet-parametrische toets die toelaat groepen te vergelijken op basis van rangordes in plaats van ruwe scores. Ze is daardoor bijzonder geschikt voor kleine steekproeven met ongelijke groepsgroottes, wat relevant is, aangezien sommige casussen geen respondenten kenden, terwijl dit bij andere casussen varieerden van één tot zes deelnemers. Door gebruik te maken van rangen wordt nagegaan of de scores binnen eenzelfde casus systematisch hoger of lager liggen dan in andere casussen. Deze toets biedt zo een meer robuuste manier om verschillen tussen casussen te detecteren, ondanks de beperkte en ongelijk verdeelde respons.

In het licht van de beperkte steekproefgrootte werd ervoor gekozen om een minder strikte alfa-waarde te hanteren dan de conventionele grens van .05. Concreet werd een alfa van .15 gehanteerd. Deze keuze is ingegeven door het risico op type II-fouten (het niet detecteren van bestaande verschillen) bij kleine steekproeven. Een ruimere alfa-waarde verhoogt de kans om potentiële verschillen tussen casussen te signaleren, in lijn met het exploratieve karakter van deze studie.

Een significant resultaat bij de Kruskal-Wallis test wijst erop dat er ten minste één casus is waarvan de rangorde van scores systematisch verschilt van die in andere casussen. met andere woorden: de verdeling van de scores is in minstens één groep anders dan in de rest, wat een aanwijzing kan zijn voor een verschil in beleving of beoordeling tussen casussen. De test specifieert echter niet waar het verschil precies zit, noch tussen welke casussen dat verschil zit voordoet. Om die reden werd bij significante of grenssignificante resultaten ook visueel nagegaan hoe de scoreverdeling tussen casussen verliep, aan de hand van spreidingsmaten en rangordes.

Aangezien de test gebaseerd is op rangordes, blijft voorzichtigheid geboden bij het doortrekken van conclusies over effectgroottes of de richting van de verschillen. De resultaten dienen in eerste instantie als een aanwijzing voor mogelijke patronen in de data, die verdere interpretatie of verdieping verdienen in combinatie met de kwalitatieve bevindingen.

Hoofdstuk 5
Resultaten

1 Interviews en BESTE-vragenlijst

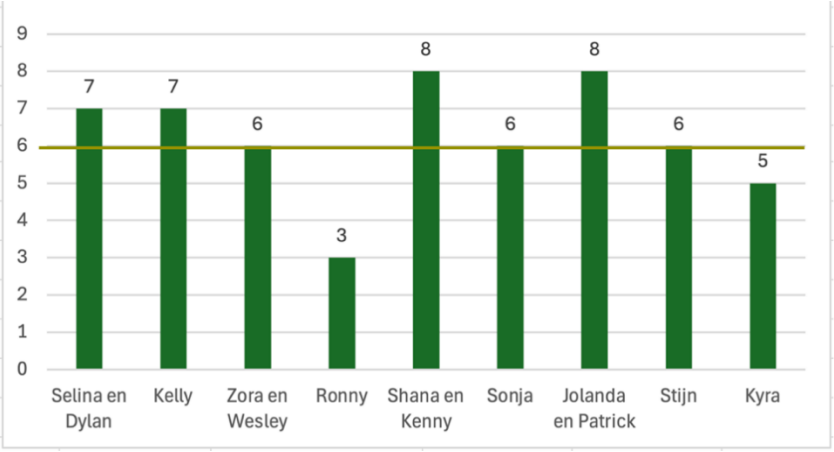
Op basis van de opbouw van de interviewleidraad en de patronen die zich tijdens de kwalitatieve analyse aandienden, werden acht overkoepelende thema´s onderscheiden: (1) betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren; (2) structuurgericht werken; (3) oog voor krachten; (4) samenwerken met ouders; (5) netwerk; (6) afsluitende zorgtafel; (7) rol van de casuscoördinator; (8) zorggarantie-voorwaarden.

Deze thema´s kwamen in elk interview aan bod en boden structuur om de ervaringen van de verschillende betrokkenen systematisch in kaart te brengen. Binnen elk thema werd verder gecodeerd op subniveau, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen procesmatige en effectgerichte aspecten. De subcodes omvatten zowel positieve als negatieve effecten, alsook uitdagingen, belevingen en interpretaties die respondenten formuleerden in relatie tot de thematische inhoud. Deze indeling laat toe om niet alleen de inhoudelijke lijn te respecteren, maar ook om casus overstijgende inzichten te destilleren.

1.1 Thema 1: Betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren

Het aantal betrokken diensten per casus, inclusief zorggarantie, varieerde tussen drie en acht, met een gemiddeld aantal van zes diensten (*SD* = 1.56). Deze cijfers weerspiegelen het maximale aantal betrokken diensten. Doorheen het traject konden namelijk diensten wegvallen of opstarten, waardoor de samenstelling aan de zorgtafel kon fluctueren. Informatie over het aantal en het soort diensten ontbraken bij de casus van Chelsea. Gegevens zijn daarom gebaseerd op negen casussen.

Figuur 1 Negen casussen



In alle casussen was een casuscoördinator betrokken en ook Kind en Gezin was in elk traject betrokken als vaste partner. In zeven van de negen casussen was daarnaast een contextbegeleider aanwezig. In vijf van de casussen vertegenwoordigden de contextbegeleiders een kindperspectief. In één casus nam de

contextbegeleider, conform haar organisatie, eerder de vorm aan van persoonlijke begeleiding voor de moeder. In de resterende casus werd de rol van de contextbegeleider niet expliciet besproken.

Andere betrokken diensten verschilden per casus. Voorbeelden zijn: pleegzorg, begeleid wonen, een VAPH-dienst, kinderopvang, een OSD-medewerker, psychiatrische hulpverlening, etc.

Tabel 4 toont de kenmerken die deelnemers aan het thema 'Betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren" toeschreven, met frequentie per deelnemende categorie. In wat volgt zullen voorbeelden de meest opvallende kenmerken verder nuanceren.

Effect

Perspectiefverrijkend / Objectief / Expertise

Het betrekken van verschillende soorten hulpverleners werd benoemd als een middel tot objectivering, doordat verschillende perspectieven andere informatie konden leveren.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Vanuit psychiatrie hadden ze die kindexpertise niet, zij zeiden ook letterlijk, wij kunnen dit niet alleen, en wij hadden die psychiatrische expertise niet, en zij konden ons dan weer voorzien van observatiegegevens en toelichten wat we konden verwachten van hen en wat de effecten ervan zouden kunnen zijn op het kindje." *Casus Kelly*	"Die mevrouw van thuisbegeleiding kon zo wel wat dingen zeggen waar ze met Sonja mee aan de slag ging, en kon ook wel vanuit de problematiek van iemand die verslaafd is, of geweest is, ook wel een keer een ander zicht bieden, wat dat wel goed was." *Casus Sonja*	"Meerdere personen, meerdere mensen die een mening kunnen hebben. Dat is wel positief, want soms kan iemand iets totaal anders denken of toch nog zorgpunten hebben en dan kan het worden besproken in groep." *Casus Stijn*

Samenwerking / Gedragenheid

Vooral hulpverleners benoemden hoe het betrekken van verschillende diensten zorgde voor meer gedragenheid. Het leek hen ondersteuning te bieden in het overbrengen van (moeilijke) boodschappen en beperkte een persoonlijke, individuele afrekening tussen ouder(s) en bepaalde diensten.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Papa werd dan boos. Dan is zijn begeleider tussengekomen die vroeg, hoe komt dat nu. Hij kon dat gesprek laten zakken. Om dan terug verder te kunnen met waar we gebleven waren." *Casus Zora en Wesley*	"Dylan had het moeilijk met een medewerker van begeleid wonen, terwijl wij haar meerwaarde ook wel zagen. Soms ging hij er echt regelrecht tegenin op een zorgtafel, maar doordat we er samen zaten, konden we het ook wel in vraag stellen bij de ouders en daar een gesprek over aangaan." *Casus Selina en Dylan*	"Iedereen kan samenwerken met jou, je staat er niet alleen voor. Het was bijvoorbeeld moeilijk om te zoeken waar Jenoah terecht kon, en dan hebben ze dat samen liggen bekijken." *Casus Stijn*

Vertaalslag / Boodschapper

Naast nieuwe of praktische diensten (bijvoorbeeld: OCMW) sloten er meestal ook diensten aan die er een nauw contact met de ouders op nahielden, zoals contextbegeleiding of persoonlijke begeleiders vanuit een VAPH-dienst. Deze maakten het mogelijk om reacties van ouders in te schatten, hun boodschap over te brengen op de zorgtafels en het verloop van de zorgtafel nadien opnieuw met hen te overlopen.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Lotte kent de ouders al lang, dus zij kon hun reacties ook inschatten en daar op inspelen." *Casus Shana en Kenny*	"Doordat ik zo dicht bij het gezin stond, kon ik ook wel duiden waarom dingen soms niet zoals gepland liepen en Selina en Dylan daar voor een stuk in ontschuldigen." *Casus Selina en Dylan*	"Soms had ik iets niet goed gedaan, maar durf ik dat niet zeggen, en dan beginnen ze te zeggen, ah ja, ik was op bezoek bij Zora en zij heeft dit niet kunnen doen want, en dan vertelt ze waarom… Soms is het moeilijk om iets te vertellen, als er meer mensen zijn, kunnen zij bijvoorbeeld zeggen wat ik niet wil of kan zeggen, dat is goed." *Casus Zora en Wesley*
"Contextbegeleiding kon achteraf nog eens vertalen en opnemen met de ouders." *Casus Kyra*		

Efficiëntie

Gezamenlijke zorgtafels met al wie betrokken was, werden eveneens benoemd als efficiëntie doordat het dadelijke afstemming met alle relevante partijen mogelijk maakte.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Daarna is er ook wel een andere dienst afgerond, omdat die zei, er zijn al diensten dat dat opnemen, dat moeten wij niet meer doen, dus ik denk dat dat wel winst is." *Casus Chelsea*	"Het zijn twee ouders die heel veel appel doen, dus heel veel delen, heel veel berichtjes, heel veel bellen, en hij heeft weer dit gedaan, en zij heeft weer dat gedaan, je hangt er echt tussen, en als je dat samen kan leggen, en daar een duidelijk plan kan rond maken en het kan benoemen…" *Casus Ronny*	"Het is handiger dan iedereen apart, want anders is dat ook, ja de ene aap zegt tegen de andere aap." *Casus Stijn*

Rolverduidelijking

Elke partner kon zijn eigen rol voorstellen, wat verduidelijking bewerkstelligde. Bovendien zorgde dit ervoor dat overlappende diensten konden worden vermeden.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Daarna is er ook wel een andere dienst afgerond, omdat die zei, er zijn al diensten dat dat opnemen, dat moeten wij niet meer doen, dus ik denk dat dat wel winst is." *Casus Chelsea*	"Vaak hebben mensen wel een idee van die dienst kan dat opnemen of oplossen, maar zij kunnen dan vanuit hun eigen werking een realistisch beeld binnenbrengen." *Casus Kyra*	"Je weet ineens wel heel goed wie wat kan betekenen. Sommige diensten waren uiteindelijk niet nodig, maar nu weten we wel wat die doen en dat kan altijd van pas komen." *Casus Selina en Dylan*

Overbodig

Ouders uit twee casussen benoemden de betrokkenheid van sommige diensten of personen als overbodig aangezien zij er naast zorgtafels onvoldoende mee in contact kwamen en/of omdat het hen van een drukke agenda voorzag.

"Het is wel heel chaotisch en onrustig, want dan denk je dat je op je gemak thuis bent, maar dat is niet, want dan komt die persoon daar voor, en die persoon voor weer iets anders…Ik denk dat het interessanter was geweest als ik enkel Jade zag en dat de rest hun stukje deed, zonder mij daarvoor te zien."

(Kelly)

"Het waren gewoon te veel mensen, en ik had ook de indruk dat er mensen bij waren die er niet bij moesten zijn… Soms waren er twee mensen van 1 dienst, een verantwoordelijke ofzo, maar thuis zie je die nooit… We zouden het dan beter vinden dat zij ingelicht worden zonder dat wij daarbij zijn."

(Shana en Kenny)

Afhankelijk

Uit sommige casussen blijkt dat niet alle hulpverleners altijd hun zorgen deelden, wat bovenstaand kenmerk van gedragenheid teniet lijkt te doen.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Dat ik ook zei tegen Tine (pleegzorgbegeleidster), je hebt het niet gebracht. Als jij je zorgen niet op tafel legt, kan ik er niets mee." *Casus Selina en Dylan*	"Ik had het meeste informatie over het gezin, gezien mijn functie. De zorgen waren wel duidelijk, maar de mening erover bij iedereen niet altijd. Ik voelde me daardoor wel een beetje de boeman." *Casus Zora en Wesley*	"Het is door hen dat heel dat spel is opgestart, en dan kwamen ze niet…" *Casus Shana en Kenny*

Proces

Gevoel van steun

In lijn met het effect gedragenheid vermelden voornamelijk hulpverleners een gevoel van ondersteuning doordat boodschappen gedeeld werden.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Iedereen weet ook dat de dingen zijn opgenomen, van daar moet ik me niet mee bezighouden, maar ik weet dat ze in orde worden gebracht." *Casus Jolanda en Patrick*	"Nu is het vooral wij (CKG) die alles moeten regelen en beslissen. Als er nog andere hulpverleners mee aan tafel zitten helpt dat wel, dat ze er ook achter staan." *Casus Sonja*	"Soms is het moeilijk om iets te vertellen, als er meer mensen zijn, kunnen zij bijvoorbeeld zeggen wat ik niet wil of kan zeggen, dat is goed." *Casus Zora en Wesley*

Geviseerd

De aanwezigheid van verschillende personen veroorzaakte tevens angst bij de ouders.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Ook bij mama was dat, papa durfde wel iets meer het woord nemen, maar we merkten wel dat bij mama dat dat heel moeilijk was om dingen op tafel te leggen." *Casus Jolanda en Patrick*	"Ik denk dat het voor mama soms moeilijk was, voor ouders in het algemeen, als je daar met allemaal hulpverleners rond je zit." *Casus Sonja*	"Je hebt een schrik van, da´s gelijk dat je op een podium staat dat je voor iedereen gaat moeten zingen." *Casus Selina en Dylan*

Ervaren partijdigheid

Ronny deelde mee een sterk gevoel van partijdigheid te hebben ervaren. Naar zijn aanvoelen werd er enkel naar zijn ex-partner Annelies geluisterd:

"De kopjes gingen altijd naar Annelies, niet naar mij."

Tabel 4 Kenmerken van het thema "betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren", benoemd per type deelnemer (met aantallen)

Code	Casuscoördinator	Betrokken HV	Ouders
EFFECT			
Perspectiefverrijkend / Objectief / Expertise	8	8	5
Vertaalslag / Boodschapper	5	3	4
Efficiëntie	4	4	1
Samenwerking / Gedragenheid	6	7	1
Rolverduidelijking / Rolafbakening	3	3	1
Krachtigere boodschap	2	2	
Chaos	0	0	3
Overbodig	0	0	2
Afhankelijk	4	1	1
PROCES			
Gevoel van steun	2	7	2
Ervaren partijdigheid	0	0	1
Geviseerd	3	2	4
Overbodig gevoel	0	0	1
Overladen / Vermoeiend	0	0	3
Zelfvertrouwen voor ouders	0	0	2
Onzekerheid casuscoördinator	1	0	0
Gevoelig / Ongemakkelijk	0	1	0

1.2 Thema 2: Structuurgericht werken

Structuurgericht werken uit zich tijdens en na de zorgtafels. Tijdens de zorgtafels worden afzonderlijke thema´s a.d.h.v. een driekolommenmodel doorsproken. Bij de meeste casussen verloopt deze afbakening mondeling door de casuscoördinator. Echter, bij twee casussen werd een driekolommen-model fysiek uitgetekend en aangevuld. Na een zorgtafel maakt een casuscoördinator tevens een verslag op, waarin ook het driekolommenmodel wordt opgenomen. Dit model geeft de besproken zorgen, krachten en doelen weer. Daarnaast worden er ook afspraken en takenverdelingen gebundeld.

Tabel 5 toont de kenmerken die deelnemers aan het thema "Structuurgericht te werk" toeschreven, met frequentie per deelnemende categorie. In wat volgt zullen voorbeelden de meest opvallende kenmerken verder nuanceren.

Effect

- Tijdens de zorgtafel

<u>Concreet</u>

De structuur zorgde ervoor dat alle zorgen, krachten, noden en doelen concreet werden gemaakt.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Het overzicht was ervoor wel zoek, omdat het over zoveel ging, zoveel kinderen met zoveel verschillende noden ook. En dan is het soms moeilijk om nog te filteren en wat is er hier dan, de dag van vandaag, wat is er dan nodig." *Casus Chelsea*	"(die structuur) is belangrijk om het overzicht te behouden zodat de thema´s voldoende diep zijn doorsproken. Bijvoorbeeld het thema impact op de kinderen, het thema draagkracht van Stijn. Door het zo af te bakenen kon er ook voldoende op worden ingezet." *Casus Stijn*	"Er kwam dan toch iets aan het licht, en dan ging Annelies haar kopje natuurlijk omlaag, en dan begonnen ze niet meteen met afspraken, maar vroegen ze van hoe zit het zo, en hoe zit het zo. Dan zag je dat er een compromis begon te komen." *Casus Ronny*

<u>Actiegerichtheid</u>

De concreetheid leek eveneens actiegerichtheid te bewerkstelligen.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Het is soms zo veel. Ook al zijn de dingen natuurlijk met elkaar verbonden, door ze uit elkaar te trekken, vorm je wel ankerpunten waar je dan ook dadelijk mee aan de slag kan." *Casus Selina en Dylan*	"Juist omdat alles zo besproken wordt, komen er dingen boven water, je weet van mama is verhuisd, ze woont in die omkadering, ze wil werk zoeken, maar er is nog niet nagedacht over een opvang, etc. Wie kan dat dan opnemen, die dingen." *Casus Kyra*	"Er waren een paar dingen afgesproken en die zijn snel in orde gebracht." *Casus Shana en Kenny*

Taakverdeling

De structuur zorgde voor een duidelijke en evenredige taakverdeling, waarbij iedere betrokkene, van hulpverlener, tot netwerkfiguur tot ouder wist (van elkaar) waar ze mee aan de slag moesten.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Iedereen kon terug zuiverder in zijn rol staan. Ervoor waren er heel veel mensen brandjes aan het blussen, bijvoorbeeld een thuisbegeleiding die bleef gaan, omdat ze zagen dat mama nood had aan iemand, maar die dienst is een VAPH-dienst, eigenlijk viel dat buiten hun pakket omdat er geen diagnose was bij mama. Maar ze bleven toch gaan, omdat ze zagen dat mama dat nodig had. Maar doordat contextbegeleiding dan betrokken geraakte, konden ze afronden." *Casus Chelsea*	"(Voor zorggarantie) hebben hulpverleners te lang en te veel moeten handelen in functie van de kinderen, terwijl ze daar geen mandaat / expertise rond hebben. Ze stonden werkelijk alleen in de situatie. Door de betrokkenheid van zorggarantie werd het ineens gedragen en pakten alle betrokkenen het aan. *Casus Stijn*	"Het is dan bijvoorbeeld echt, dat gaat Melissa nu doen. En dan nadien is er ook communicatie tussen Melissa en Dina alleen. En dan staan wij bijvoorbeeld in CC, en niet iedereen, dus alleen Dina, Melissa en wij. Dat is wel vlot." *Casus Selina en Dylan*

Verhoogd begrip

Mondelinge structuur: Enkele deelnemers benoemden bovendien hoe het gericht doorspreken van relevante thema´s voor een verhoogd begrip zorgden, bij zowel hulpverleners als ouders. Er zijn echter ook perspectieven die hieraan twijfelen.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Het gaat vaak over ouders die wat kwetsbaar zijn en hoe concreter dat is, hoe makkelijker om te begrijpen waar het over gaat, zoals hier bijvoorbeeld, niet van oke ja er is druggebruik, maar welk druggebruik is dat, wanneer is dat, hoe maakt dat een impact op het kind, over wat zijn we eigenlijk bezorgd? Hoe meer info je hebt, hoe concreter je dat maakt."	"… Er was (voor zorggarantie) besloten dat mama niet meer thuis ging wonen en dan was het voor Bram (VK) ook weer van de baan... (door het uit te schrijven) is hij toch wel wat verschoten." *Casus Stijn*	"Eerlijk, ik geef het toe, als ik hem bijvoorbeeld hier zet om te eten, en de riempjes waren niet dicht. Ik dacht, oh, die gaat niet vallen, die is te klein… Zo wisten we, oei, dat was niet goed, dat hebben we niet goed gedaan… Dan zijn we de riempjes begin-nen omdoen zoals ze zeiden." *Casus Zora en Wesley*
	"Papa heeft een mentale be-perking, mama vermoedelijk ook, zij kunnen dingen niet vast-houden, als je dan vraagt, wat heb je onthouden van de zorgtafel, komt daar bitter weinig uit. *Casus Zora en Wesley*	Ja, dat is gelijk allemaal wel heel veel informatie. Je kan toch niet allemaal, dat is moeilijk om te volgen… Je zit er wat bij voor spek en bonen. *Casus Debby en Jordy*

Uitgeschreven driekolommenmodel: bij 2 casussen werd een driekolommenmodel tijdens de zorgtafel uitgeschreven. De meeste perspectieven veronderstellen een verhoogd begrip, al twijfelde de casuscoördinator van Chelsea ook:

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Dat (uitgeschreven driekolommenmodel tijdens de zorgtafel) was de eerste keer dat ik dat deed. Maar mama die ook zei, nee zo bedoel ik het niet. Dus dat was wel een voordeel dat je tot een heel gedeeld begrip kon komen." *Casus Sonja*	"Of misschien toch, omdat dit gezin wat beperkter is, zou het misschien toch goed geweest zijn om iets visueel te maken." *Casus Ronny*	Geen enkel (bevraagd) ouderpaar, waarbij een uitgeschreven driekolommenmodel werd toegepast, vermeldde het kenmerk verhoogd begrip.
"Maar mama, zij spreekt wel Nederlands, maar zo die taal, en dan geschreven op een bord, of dat voor haar zo makkelijk was om te volgen, die vraag stel ik me wel. Helpt dat wel voor mama? *Casus Chelsea*	"Er wordt voor dat verslag ook op een flap gewerkt, dus dat wordt opgeschreven en dan kan mama mee volgen. Heel dat gesprek wordt dan in een drie-kolommenmodel gegoten en dan wordt er een check gedaan naar mama, is dit oke, mogen we dat zo opschrijven? Mama heeft in dit geval ook haar bezorgdheden aangevuld. En zij kon evenzeer zeggen van ja, dat klopt wel, dat klopt niet. Dat is wel een heel handige tool, het feit dat dat opgeschreven wordt tijdens zo´n zorgtafel." *Casus Chelsea*	

- Na de zorgtafel

  Handvatten

Het verslag leek hulpverleners en ouders van een document te voorzien waar ze later op konden terugvallen.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Het maakt het voor mij ook wel heel handig om terug op te pikken en mensen te kunnen appelleren op hun verantwoordelijkheid." *Casus Selina en Dylan*	"Je hebt een document waarop er terug kan worden vertrokken en achteraf nog naar kunt teruggrijpen. Want op dat gesprek zelf is dat allemaal superhelder en duidelijk, maar een maand later moet je het ook nog weten he, wat er gezegd geweest is." *Casus Chelsea*	"Soms kon Dina niet antwoorden, omdat ze het zelf heel druk had, en dan konden we gewoon nummers opzoeken en diensten zelf contacteren." *Casus Selina en Dylan*

Evaluatie

Een verslag maakt het de casuscoördinator mogelijk om gericht de gemaakte afspraken te overlopen, waardoor er voldoende wordt stilgestaan bij (gebrek aan) verandering.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Je hebt dat plan opgemaakt, het is belangrijk dat dat opgevolgd wordt. En ook als dat niet zo is, kunnen we dan inhoudelijk gaan kijken hoe dat komt." *Casus Kyra*	"Doordat alles gericht wordt opgelijst, kan je nadien ook bijsturen als dat nodig is. Je kan makkelijker verandering vast stellen, of het (maatregelen / opgestarte hulp) nu wel degelijk voor ontlasting zorgt." *Casus Shana en Kenny*	"Ja, dan weten we van, oh kijk, vorig jaar in december, dat was niet oke, maar dit jaar in maart is het wel verbeterd… we zetten stappen vooruit, het is wel zo vol trots." *Casus Zora en Wesley*

Uniformiteit

Een betrokken hulpverlener benoemde hoe zij de uniformiteit van een verslag als een meerwaarde aanschouwde.

"Dat is een vast sjabloon en dat is voor iedereen hetzelfde, dat is eigenlijk wel makkelijk, dat er een uniformiteit is, dan moet je ook zelf geen plannen beginnen schrijven."

(Casus Jolanda en Patrick)

Vertaalslag

De opmaak van een verslag, dat voor iedereen voldoende dekkend was, bleek voor casuscoördinator Annick een uitdaging. Bovendien gaven Shana en Kenny aan dat zij het verslag niet begrepen:

"Bijvoorbeeld hier was er in het begin wel wat weerstand van ouders, maar stapsgewijs ging dat wel, maar je kan niet zomaar in je verslag zetten van er is veel weerstand, want dan krijg je ouders die zeggen, nee er is geen weerstand, dus ja, dat is dan heel vaak dat ik een zin typ, ja, maar hoe gaat dat overkomen, gaat dat ook niet geminimaliseerd worden, dus sommige zinnen worden wel 5-6 keer opnieuw getypt, dat ik soms een hele namiddag aan zo´n verslag zit."

(Casuscoördinator, casus Jolanda en Patrick)

"Daar stonden echt moeilijke woorden in, we begrepen het eigenlijk niet."

(Ouders, casus Shana en Kenny)

Overbodig

De meerwaarde van het verslag werd door sommige hulpverleners eveneens in vraag gesteld omwille van zijn nut.

"Heel dat verslag, met zorgen en krachten, reden van aanmelding, dat wordt al allemaal besproken, dat is gewoon een herhaling, voor ons is dat extra werk en iedereen noteert toch de hele tijd. Is dat dan een meerwaarde? Voor mij eigenlijk niet. En is dat een meerwaarde voor de hulpverleners, ik stel mij daar serieuze vragen bij. Ik heb ook van niemand reactie gekregen, noch van hulpverleners, noch van ouders, ik betwijfel of het gelezen is."

(Casuscoördinator, casus Jolanda en Patrick)

"Maar om het echt door te lezen, van dit zijn de krachten en de zorgen, ja, ik was erbij, ik was wel op de hoogte… Maar voor de takenverdeling houd ik het wel bij."

(Betrokken hulpverlener, casus Stijn)

Proces

Onzeker

Twee casuscoördinatoren gaven aan zich onzeker te voelen over de opmaak van enerzijds het driekolommenmodel tijdens de zorgtafel (uitgetekend) en anderzijds over de opmaak van het driekolommenmodel in het verslag.

"Andere collega´s die werken met tekeningen i.p.v. het uitschrijven van een driekolommenmodel met mama, zodat het bij ouders duidelijker binnenkomt. Maar ik kan dat niet, ik kan echt niet tekenen."

(Casus Chelsea)

Geruststelling

De concreet- en actiegerichtheid die gepaard gingen met het structuurgericht werken bood geruststelling.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Hulpverleners die betrokken zijn kunnen snel in paniek schieten, zo van oei oei wat gebeurt er nu allemaal… Dat (plan) zorgt wel voor structuur in de chaos." *Casus Sonja*	"Doordat er duidelijk werd opgeschreven wie wat ging doen, kon ik me aan mijn eigen takenpakket houden, terwijl ik ook wist wat de anderen opnamen. Dat neemt heel wat gepieker weg." *Casus Selina en Dylan*	"Dat (actiegerichtheid) was wel, ik had zoiets van, na 8 maanden vliegen ze er eindelijk eens in…" *Casus Kelly*

Trots

Het verslag bewerkstelligde evaluatie en daardoor ook evolutie. Wanneer er sprake was van verandering, gaven sommige ouders aan zich trots te voelen:

"We zetten stappen vooruit, het is wel zo vol trots."

(Zora en Wesley)

Selina en Dylan namen het verslag ter voorbereiding van het interview nog eens door, ook zij ervaarden trots:

"En als je daarop terug kijkt, dan is dat wel handig. Dan weet je van, oh goh ja, ik doe het nu toch wel beter eigenlijk. Dan complimenteer je jezelf doordat je dat verslag leest."

Frustratie

Concreetheid zorgde bij Zora en Wesley voor veel opmerkingen, waardoor zij ook frustratie en onbegrip toonden tijdens het interview:

"Ik vind het wel een beetje belachelijk ja, zo al die nieuwe reglementen. Vroeger, toen ik geboren was, bestond dat niet."

Tabel 5 Kenmerken van het thema “Structuurgericht te werk”, benoemd per type deelnemer (met aantallen)

Code	Casuscoördinator	Betrokken hulpverlener	Ouder
EFFECT			
Tijdens de zorgtafel			
Concreet	3	5	1
Verhoogd begrip	3	1	2
Taakverdeling	8	9	3
Actiegerichtheid	2	6	2
Artificiële opdeling	2	0	1
Voorspelbaarheid	0	1	0
Verantwoordelijkheid	2	2	1
Beperkte momentopname	1	1	0
Totaliteit	2	0	0
Verhoogde werkdruk	0	1	0
Na de zorgtafel (verslag)			
Handvatten	2	6	3
Evaluatie	6	5	2
Bewijs	1	1	1
Verantwoordelijkheid	1	0	0
Overbodig	1	1	0
Vertaalslag	0	0	1
Uniformiteit	0	1	0
PROCES			
Onzeker	2	0	0
Machteloos	0	0	1
Geruststelling	3	5	4
Motivatie	0	1	0
Zorgwekkende sfeer	0	1	1
Aanvaarding	0	0	1
Trots	0	1	3
Frustratie	0	0	1

1.3 Thema 3: Oog voor krachten

Tabel 6 toont de kenmerken die deelnemers aan het thema “oog voor krachten” toeschreven, met frequentie per deelnemende categorie. In wat volgt zullen voorbeelden de meest opvallende kenmerken verder nuanceren.

Effect

Motivatie

Enkele casuscoördinatoren en betrokken hulpverleners veronderstelden dat aandacht hebben voor en het op zoek gaan naar krachten, motiverend werkte voor ouders.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
“Ik denk dat dat altijd een meerwaarde is. Als je zo wilt dat mensen gemotiveerd blijven en hun schouders mee onder een hulpverleningstraject zetten, ja, dan kunt je het niet alleen hebben over dingen die niet goed gaan, want dan is het wel allemaal heel moeilijk en zwaar.” *Casus Chelsea*	“Anders is het enorm negatief, dat is goed, zodat je de moed niet verliest.” *Casus Sonja*	Geen enkele van de bevraagde ouders vermeldde het kenmerk motivatie.

Ankerpunten

Het benoemen van krachten leek ankerpunten te bieden voor actie.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
“Ja, die krachten, dat je vooruit kunt geraken, dat je tot dingen kunt komen. Het biedt wel wat mogelijkheden om effectief iets te gaan doen.” *Casus Ronny*	“Ouders hebben zo wel zaken in handen genomen, ondanks hun tekortkomingen voelde zij zich zo bevestigd in hun ouderrol.” *Casus Zora en Wesley*	“We hadden alle hoekjes dan bedekt en riempjes beginnen omdoen zoals ze zeiden. Het was ook leuk als ze dan zeiden dat we dat goed deden. Want eerst wisten we niet, van oei, dat was niet goed.” *Casus Zora en Wesley*

Proces

Zelfvertrouwen

Vooral ouders lieten blijken hoe het horen van krachten hen van zelfvertrouwen voorzag. Een hulpverlener benoemde tevens hoe er doorheen het traject verandering optrad, wat werd aangewend als kracht. Dit gaf haar bevestiging in haar handelingen.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Ouders hadden erg op hun kap gekregen van het UZ, maar door alle hulpverlening errond konden we benoemen wat wel goed ging … Ze voelden zich een stukje gesterkt, wat belangrijk was voor hun zelfvertrouwen terug te geven." *Casus Shana en Kenny*	"Het is wel leuk, dat geeft voldoening." *Casus Jolanda en Patrick*	"Als ze zeiden, we horen van Jade en Lieke dat je het echt super goed doet en… dat zagen ze wel, dat ik daar echt mee bezig was. Soms mis ik ze wel een beetje, zo de zelfzekerheid die ze geven." *Casus Kelly*

Erkenning

Casuscoördinatoren en hulpverleners vonden krachten overigens een ideaal medium om de ouderrol te erkennen.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Je raakt aan het belangrijkste in hun leven, ook al gaat het niet goed, elke ouders ziet zijn kind wel graag en omwille van omstandigheden slagen ze er niet voldoende in om zorg op te nemen." *Casus Jolanda en Patrick*	"En naar mensen, dat ze zich ook erkend voelen, en dat het niet alleen een bende miserie is." *Casus Ronny*	"Dat ze ook dachten, ja, het is ook veel he, zo´n baby, moeilijk om aan alles te denken." *Casus Zora en Wesley*

Tabel 6 Kenmerken van het thema "Oog voor krachten", benoemd per type deelnemer (met aantallen)

Code	Casuscoördinator	Betrokken hulpverlener	Ouders
Effect			
Profilering	0	1	0
Motivatie	2	3	0
Totaliteit	2	1	0
Ankerpunten	5	3	1
Proces			
Zelfvertrouwen	1	2	4
Vertrouwder	1	2	1
Erkenning	5	2	1

1.4 Thema 4: Samenwerken met ouders

Tabel 7 toont de kenmerken die deelnemers aan het thema "Samenwerken met ouders" toeschreven, met frequentie per deelnemende categorie. In wat volgt zullen voorbeelden de meest opvallende kenmerken verder nuanceren.

Effect

Medewerking – verantwoordelijkheid

Enkele deelnemers gaven aan hoe de stem voor ouders hen verantwoordelijkheid gaf.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Uiteindelijk hebben ze samen met hun netwerk zelf een hele planning opgemaakt. Doordat je hen er zelf mee aan de slag zet, zet je hen ook in hun kracht".	"Ik vind dat wel belangrijk naar mama toe, dat iedereen transparant is. Waar gaat dit over? Wat verwachten we van u? We denken dan misschien wel dat de thuissituatie niet goed genoeg is voor de kinderen, maar we nodigen mama ook heel erg uit om mee aan het roer te gaan staan, het heft in eigen handen te nemen."	"We hadden een schema. Ik begon dan kwaad te worden en Wesley zegt, shh shh, je gaat naar rood. Wesley gebruikt het dus ook wel."
Casus Selina en Dylan	*Casus Chelsea*	*Casus Zora en Wesley*

Gehoor geven aan stem van ouders

De stem voor ouders werd door verschillende partijen anders beleefd, zowel over als binnen casussen.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Er zijn doorheen het traject ook veel crisissen geweest en papa had zoiets van, oké, ik zie mijn kind heel graag, maar voor mij is het belangrijk dat ik kan gaan werken. Alleen voor mijn kind, dat geeft veel stress. Vaste uren op het werk, daar word ik rustig van. Op die manier hebben we ouders kunnen doen inzien van eigenlijk lukt dat niet om voltijds voor een baby te zorgen." *Casus Zora en Wesley*	"… En eerst ging Sonja daar wel mee akkoord, maar dan ineens zei ze nee nee nee, ik wil dat niet, ik heb dat zelf ook gehad en ik voel me daar niet goed bij. We begrijpen dat wel, maar ja dat is wel een afspraak en dat is het beste voor Elise en eigenlijk ook voor mama, maar dan wordt daar zo rond verder niets meer gedaan." *Casus Sonja*	"…Want in principe kon ik gewoon thuis zijn, maar dat vonden ze niet oke, omdat ik minder ging verdienen zogezegd." *Casus Zora en Wesley*

Belemmerend

Het betrekken van ouders ging gepaard met diverse uitdagingen. Zo verwezen hulpverleners naar de tijdsintensiviteit van het proces, de complexiteit van de vertaalslag naar begrijpelijke taal, gevoelens van handelingsverlegenheid, de aanwezigheid van partnerconflicten, en de overladenheid voor ouders.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"(Al die opties), dat moet voor ouders zo verwarrend zijn, waardoor je ook heel erg bezig bent met nadenken over je formulering, het uit te leggen." *Casus Kyra*	"Als we die parketmelding nu besproken hadden met Zora en Wesley, weet ik niet of we dat nu echt gedaan hadden, ik weet niet of iedereen dat zo unaniem had durven toegeven, dat merk je soms wel, dat hulpverleners terughoudend zijn omdat mama en papa erbij zijn." *Casus Zora en Wesley*	"Dat was een grote chaos" *Casus Kelly*
"Terwijl als je een overleg hebt zonder ouders dan zit er wel een grotere snelheid in. Dan kun je meer brainstormen met diensten, dan zit je op een ander tempo." *Casus Kyra*	"… En eerst ging Sonja daar wel mee akkoord, maar dan ineens zei ze nee nee nee, ik wil dat niet, ik heb dat zelf ook gehad en ik voel me daar niet goed bij. We begrijpen dat wel, maar ja dat is wel een afspraak en dat is het beste voor Elise en eigenlijk ook voor mama, maar dan wordt daar zo rond verder niets meer gedaan." *Casus Sonja*	"Dat is zoveel informatie op zo´n korte tijd, voor ons was het ook wel een beetje Chinees, we hebben termen gehoord waar we begod nog nooit over hadden gehoord." *Casus Shana en Kenny*

Proces

Respect

"Casuscoördinatoren en betrokken hulpverleners veronderstelden dat het toekennen van verantwoordelijkheid of inspraak aan ouders bijdroeg aan het gevoel van erkenning en respect voor hun ouderrol. Ook enkele ouders gaven aan dat zij deze vorm van betrokkenheid wisten te appreciëren."

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Ik denk dat mama voelde dat er vertrouwen zit, zo van ze willen met mij aan de slag en het is niet ik die moet luisteren wat hulpverleners verwachten van mij, maar we doen het samen." *Casus Sonja*	"Ik denk dat zij wel gezien hebben dat de mensen rond tafel aan dezelfde kar trokken om hun zoontje thuis te houden." *Casus Shana en Kenny*	"Ook al snappen we het niet, ik heb liever dat we aanwezig zijn dan dat het achter onze rug is, zoals in het ziekenhuis, het gaat wel over ons en ons kind… Dat gaf wel een beetje meer vertrouwen." *Casus Shana en Kenny*

Tabel 7 Kenmerken van het thema "Samenwerken met ouders", benoemd per type deelnemer (met aantallen)

Code	**Casuscoördinator**	**Betrokken hulpverlener**	**Ouders**
Effect			
Medewerking – verantwoordelijkheid	4	3	1
Op de hoogte	1	2	1
Meer verandering	1	0	0
Belemmerend	3	5	4
Proces			
Aanvaarding	0	0	1
Respect	2	3	3

1.5 Thema 5: Netwerk

Negen casussen werden gehoord in verband met het betrekken van een netwerk. Bij acht casussen was er een netwerk aanwezig, waarvan ze bij twee casussen niet aansloten op de zorgtafels.

Bij enkele casussen werd er (al dan niet tijdelijk) beroep gedaan op het netwerk voor opvang van het kind.

- Bij de casus van Stijn werden zijn ouders officieel pleegouders (ondersteunende netwerk-pleegzorg)
- Kyra woonde in bij haar ouders. Zij namen op die manier ook mee de zorg op voor haar zoon.
- Bij de casus van Jolanda en Patrick verbleven hun kinderen gedurende een korte periode bij een vriendin van Jolanda. Dit gebeurde zonder het betrekken van pleegzorg. Op initiatief van deze vriendin werd dit stopgezet.
- Bij de casus van Zora en Wesley verbleef hun zoon gedurende een korte periode bij een vriendin van Zora. Dit werd officieel opgestart als ondersteunende pleegzorg. Op initiatief van deze vriendin werd dit stopgezet. Na het traject van zorggarantie gebeurde er een overplaatsing naar een bestandsgezin.

Tabel 8 toont de kenmerken die deelnemers aan het thema “Netwerk” toeschreven, met frequentie per deelnemende categorie. In wat volgt zullen voorbeelden de meest opvallende kenmerken verder nuanceren.

Effect

<u>Boodschapper</u>

Netwerkfiguren vertegenwoordigden in enkele casussen de stem van de ouders.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
“Het was vooral de buurvrouw die aan het woord was, wat goed was, want het waren voor ouders geen makkelijke gesprekken om aan deel te nemen.” *Casus Shana en Kenny*	“Zij was ook aanwezig op de zorgtafels en zij nam wel vaak het woord in naam, van mama, maar na verloop van tijd was dat ook niet altijd positief, ja dat dat eigenlijk, te veel overheerste ofzo.” *Casus Jolanda en Patrick*	“Het was wel helpend omdat zij haar mond openzette, zij wist wat wij wilde zeggen, maar wij durfden dat niet.” *Casus Shana en Kenny*

Ondersteuning

In casussen waar er een netwerk aanwezig was, gaven de meeste deelnemers aan dat dit voor ondersteuning van de ouders zorgde. Sommigen in het opnemen van lasten of taken, anderen door het bieden van ontspanning.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Oma ging een weekkalender opmaken, waarbij het voor de kinderen visueel was, met dezelfde kleurtjes vanop de kleuterschool en met fotootjes wanneer ze papa gingen zien, en wanneer mama." *Casus Stijn*	"Yves, de goede huisvriend, die om het gezin te ontlasten ook altijd met de honden ging wandelen en dan de meter, die ook echt kwam helpen, zodat de ouders overdag ook wat konden slapen." *Casus Selina en Dylan*	"… want ja mijn vriend gaat werken en ik zit dan constant thuis met haar, het is wel fijn ook eens te kunnen ventileren en iemand anders die terugpraat dan mijn dochter." *Casus Kelly*

Stabiliteit en zekerheid

Zowel tussen en binnen casussen waren er tegenstrijdige belevingen wat betreft de stabiliteit van het netwerk. Bij sommige namen netwerkfiguren een langdurige rol op, terwijl netwerkfiguren bij andere casussen aanvankelijk wel betrokken waren, maar afhaakten.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
Stabiliteit		
"De vriendin van mama heeft effectief ondersteunende pleegzorg gestart, ze gaat ook veel langs, checkt hoe het met de ouders gaat. Ze gaat bemiddelen bij ruzies en kan papa ook echt op zijn plaats zetten. En op die manier kon ze vanuit een vertrouwensfunctie ook wel gaan corrigeren. En zo heeft zij ook wel de veiligheid van het kind mee gewaarborgd." *Casus Zora en Wesley*	"De ouders van Stijn waren heel betrokken en ze zijn uiteindelijk ook de pleegouders geworden van de kindjes… Ik merk dat ook wel in andere casussen waarbij er een netwerk is rondom ouders, ze hebben veel meer slaagkans dan die met enkel professionals, want die zijn allemaal maar tijdelijk. Dus maar ik denk dat grootouders hier wel echt sterke figuren waren." *Casus Stijn*	Geen enkele van de bevraagde ouders benoemde het kenmerk stabiliteit.
Instabiliteit		
"Uiteindelijk was het voor die vriendin aan het einde van de rit ook wel zwaar aan het worden." *Casus Jolanda en Patrick*	"De band tussen mama en Merel was heel close, maar dat is uiteindelijk conflictueus geëindigd. Merel had ook een psychiatrische problematiek, waardoor de zorg dan veel te zwaar werd en dan op een van de zorgtafels hebben we beslist van, kunnen die kinderen nu toch niet terug naar huis. En dan is er ook wel geen contact geweest tussen mama en Merel. *Casus Jolanda en Patrick*	"... in plaats dat ze zegt, ik blijf voor Xano bijvoorbeeld, bezoeken of wandelen, heeft ze gewoon gezegd, ik stop ermee, het is klaar." *Casus Zora en Wesley*

Conflict

Bij twee casussen was er sprake van een verhoogd conflict tijdens de zorgtafels. Dit werd niet door de casuscoördinatoren benoemd.

Betrokken hulpverlener	*Ouder*
"Precious had ook zo een heel sterke visie op de relatie van Zora en Wesley… en ze ging er dan nogal fel op in… en heel hard tegen Wesley, en achteraf zei hij ook zelf van, amai, dat hij het gevoel had dat hij de hele tijd onder zijn voeten had gekregen." *Casus Zora en Wesley*	"Mijn ouders waren kwaad, ze waren razend. Die waren heel agressief aan het reageren, ja natuurlijk niet met bedreigingen ofzo, maar echt wel er aan het tegenin gaan." *Casus Ronny*

Proces

Kwetsbaar

Een netwerk betrekken leek bij enkele casussen ook met kwetsbaarheid en schaamte te zijn samengegaan.

Casuscoördinator	*Ouder*
"Nu ik merk wel dat ouders er precies liever hulpverleners bij hebben dan veel familie ofzo. Het is niet fijn voor hen om al die zorgen met hen te moeten delen." *Casus Kyra*	"Sommige informatie was gewoon niet voor hen bestemd. Zoals onze financiële situatie, daar generen wij ons sowieso al over. Een vriend wilde meteen helpen, maar dat willen wij ook niet, wij willen het zelf leren…" *Casus Selina en Dylan*

Confronterend

Bij sommige ouders was een netwerk niet vanzelfsprekend en bracht de confrontatie hiermee pijnlijke gevoelens met zich mee.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"In dat eerste traject voelde ze zich dan wel gesteund, maar in dat tweede traject had ze dan niemand meer, en dat heeft dan wel iets bij haar losgemaakt, dat ze is beginnen zoeken naar affectie bij verschillende mannen. Dus je voelt wel dat zo een netwerk belangrijk is." *Casus Sonja*	"Ik denk dat dat voor Sonja wel confronterend was en dat was ook te merken op de zorgtafels. Het is belangrijk dat er netwerken staan, maar als ze niemand heeft, dan is dat wel confronterend." *Casus Sonja*	"Ik weet dat dat belangrijk is, ik probeer dat nu ook voor haar (Nina) te doen, maar niet iedereen komt uit een liefdevol gezin, je kan niet toveren… en dat zouden ze ook moeten begrijpen i.p.v. er zo in te pushen." *Casus Kelly*

Tevredenheid

Waar de helft van de ouders achteraf blij waren met de implementatie van het netwerk, was de andere helft dat niet.

"Ik ben er achteraf wel blij mee, het is leuk dat er eens iemand langskomt."

(Casus Kelly)

"Zij had wel een taak gekregen… zij moest bijvoorbeeld elke dag naar hier komen, maar dat heeft ze nooit gedaan."

(casus Shana en Kenny)

Tabel 8 Kenmerken van het thema "Netwerk" benoemd per type deelnemer (met aantallen)

Code	Casuscoördinator	Betrokken hulpverlener	Ouders
Effect			
Geen optie	3	3	1
Boodschapper	2	2	1
Ondersteuning	5	2	3
Stabiliteit en zekerheid (*instabiel* VS stabiel	5	*3*	*3*
Conflict	0	2	2
Proces			
Kwetsbaar	1	0	1
Confronterend	1	1	3
Tevredenheid (*ontevreden* VS tevreden)	0	0	*2* VS 3

1.6 Thema 6: Afsluitende zorgtafel

In zes van de tien casussen werd een afsluitende zorgtafel georganiseerd. In ten minste twee casussen vond geen afsluitende zorgtafel plaats. Voor de overige twee casussen bleef onduidelijkheid bestaan over de afronding van het traject. Zo gingen zowel vader Ronny als de betrokken hulpverlener bij casus Kyra ervan uit dat het zorggarantietraject nog lopende was.

Tabel 9 toont de kenmerken die deelnemers aan het thema "Afsluitende zorgtafel" toeschreven, met frequentie per deelnemende categorie. In wat volgt zullen voorbeelden de meest opvallende kenmerken verder nuanceren.

Effect

Vervolgafspraken

Een afsluitende zorgtafel werd door bijna alle bevraagde betrokken hulpverleners benoemd als een meerwaarde in het maken van vervolgafspraken. Op die manier waren de toekomstige verwachtingen voor iedere betrokkene duidelijk. Bij de casus van Shana en Kenny bleken deze duidelijkheid op lange termijn echter niet te blijven gelden.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"We hebben toen ook afgesproken op welke manier gaan jullie nog verder samenkomen om de verdere hulpverlening op elkaar af te stemmen." *Casus Jolanda en Patrick*	"Dan is alles nog een keer op een rij zetten, oke, op lange termijn, wat is hier het plan. Wie doet daar wat in. Wat is een plan B. wat als het niet goed loopt, wie communiceert naar wie?" *Casus Zora en Wesley*	"Want nu is het eigenlijk ook, ze (hulpverlening) weten zelf eigenlijk niet wat ze komen doen… Het is niet duidelijk. Sommigen willen hetzelfde, zo met hetzelfde bezig houden als iemand anders al komt." *Casus Shana en Kenny*

Evaluatie

Een afsluitende zorgtafel bood de mogelijkheid om samen met ouders terug te blikken op het doorlopen traject. Ook Selina en Dylan communiceerden hier vanuit hun gemis, er vond bij hen geen afsluitende zorgtafel plaats, de nood toe.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Die laatste zorgtafel staat eigenlijk toe van oke we hebben die bepaalde doelen opgesteld, hebben wij de verandering gekregen die we eigenlijk in eerste instantie wilden zien." *Casus Jolanda en Patrick*	"Ik denk dat dat ook voor hen wel wat kan tonen van hoe zijn we erin gesukkeld, hoe was de situatie ervoor, wat is er onder-tussen gebeurd in geïnstalleerd, dat dat wel een overzicht geeft. Het communiceert wel groei. *Casus Stijn*	"Het zou gewoon leuk zijn geweest om af te sluiten, onze dank te betuigen en te laten zien hoe goed het nu met ons gaat." *Casus Selina en Dylan*

Afscheidsritueel

Een afsluitende zorgtafel leek eveneens een manier om de afronding van het zorggarantietraject te omkaderen.

Casuscoördinator	*Ouder*
"Om te zeggen, van kijk, we hebben een hobbelig parcours achter de rug … dat moet ook wel afgesloten worden. Want ergens bouw je ook wel een band op met die mensen… om het beeld te kunnen geven van kijk, ik ben erbij gekomen in crisis, en ik doe nu daarom en daarom een stap terug." *Casus Zora en Wesley*	"Het voelt een beetje alsof ze plots de navelstreng hebben afgeknipt, ik heb wel heimwee" *Casus Selina en Dylan*

Proces

Zelfvertrouwen

In enkele casussen ging de afronding van het zorggarantietraject gepaard met zelfvertrouwen, zowel voor ouders als voor betrokken hulpverlening.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Ik denk dat het ouders wel vertrouwen biedt, dat ze goed bezig zijn." *Casus Kyra*	"Ik had toen ook echt wel voldoening. Want eigenlijk zei ik dat er drie kinderen gered zijn van een instelling. Omdat ja, kinderen worden uithuisgeplaatst als het thuis niet goed is, maar het is daarom niet altijd beter in een instelling. En met de verandering bij dit gezin…" *Casus Jolanda en Patrick*	"Ik zei nog tegen Kenny, het is wel positief dat ze nu al willen afsluiten, dat wil iets zeggen." *Casus Shana en Kenny*

Geruststelling omwille van gedragenheid

Omwille van de afstemming ondervonden hulpverleners gedragenheid, waardoor ze met een gerust hart konden afsluiten of zelfstandig verder konden.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*
"Ik kon met een gerust hart afsluiten omdat er nog hulpverleners betrokken bleven." *Casus Zora en Wesley*	"Het is niet dat ik me de lijm voelde en dat alles uit elkaar zou vallen als ik er niet langer bij zou zijn. Het is fijn om te weten dat ouders nog een vangnet hebben als je er niet meer bent." *Casus Kelly*

Tabel 9 Kenmerken van het thema "Afsluitende zorgtafel" benoemd per type deelnemer (met aantallen)

Code	Casuscoördinator	Betrokken hulpverlener	Ouders
Effect			
Vervolgafspraken	3	7	1
Evaluatie	1	1	2
Afscheidsritueel	1	0	1
Proces			
Zelfvertrouwen	1	2	4
Geruststelling omwille van gedragenheid	1	5	0

1.7 Thema 7A: Rol van de casuscoördinator

Tabel 10 toont de kenmerken die deelnemers aan het thema "Rol van de casuscoördinator" toeschreven, met frequentie per deelnemende categorie. In wat volgt zullen voorbeelden de meest opvallende kenmerken verder nuanceren.

Effect

Coördinerend – overzicht

Betrokken hulpverleners vermeldden dat casuscoördinatoren structuur behouden tijdens de zorgtafel. Casuscoördinatoren weten dit veelal aan de unieke rol die zij droegen.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Doordat ik er niet middenin sta, kan ik het overzicht behouden. Ik heb zo wel voor wat orde in de chaos kunnen zorgen." "Ik denk dat het mijn taak was om het zo helder mogelijk te blijven houden en dat iedereen daarbij aan bod kwam." *Casus Selina en Dylan*	"Ik merk nu dat Brigitte niet meer de moderator is, er wordt wel veel gezegd, maar er wordt afgeweken, we gaan minder de focus houden… er is ook niet echt een agenda op dit moment." *Casus Zora en Wesley*	"Dina bleef op afstand, waardoor ze alles hoorde en aanbracht." *Casus Selina en Dylan*

Onpartijdig – neutraal

Betrokken hulpverleners apprecieerden de neutrale rol van de casuscoördinator omdat ze daardoor ervaarden dan hun perspectief steeds werd teruggekoppeld in functie van de groep. Ook enkele ouders benoemden de onpartijdige rol van de casuscoördinator als positief. Wanneer dit niet gebeurde, zoals bij Kelly en Jake, bestond hier een negatieve ervaring rond.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*	*Ouder*
"Ik geloof dat dat een meerwaarde is omdat ik geen hulpverleningsrelatie heb en dat is iets waar je hulpverleners wel op ziet sukkelen, dat ze het niet meteen op tafel durven leggen, en daar kan ik dan wel in trekken en sleuren." *Casus Jolanda en Patrick*	"Doordat ze er verderaf staat, heb je voor iedereen dezelfde connectie en betrokkenheid. Het is niet dat je als ergens dichter of verder bij aanleunt." *Casus Stijn*	"Daarvoor vond ik haar (Marleen) mening en denkwijze gewoon niet op orde, ze baseerde zich op te weinig informatie." *Casus Kelly*

Rolafbakening

Verschillende hulpverleners benoemden hoe de casuscoördinator hen hun eigen rol lieten uitoefenen omdat de samenwerking en de agenda werd gewaarborgd door de casuscoördinator.

Casuscoördinator	*Betrokken hulpverlener*
"Anders was het misschien Chantal van de contextbegeleiding die alles op zich had genomen, en zich over alles aangesproken had gevoeld." *Casus Kyra*	"Dat is iemand die vanuit een helikoptervisie ook wat kan opnemen, je kan dan weer naast je gezin gaan staan en iemand zo de lead daarin laten nemen." *Casus Ronny*

Proces

Ondersteunend

Ondersteuning werd ervaren op verschillende vlakken: (1) vanwege de coördinatie, (2) vanwege het mandaat (wat verwijst naar het feit dat casuscoördinatoren vanuit hun neutrale positie delicate boodschappen konden terugkoppelen), (3) vanwege de ontlasting van het takenpakket van de hulpverleners en (4) vanwege de onpartijdigheid die een stem voor elke betrokkene garandeerde.

Betrokken hulpverlener	*Ouder*
Mandaat (neutraliteit – onpartijdigheid) "Ik heb de meeste zorgen en veiligheid naar voren gebracht, maar zij (Brigitte) heeft het uiteindelijk wel altijd aangehaald. En erop aangestuurd… het opengetrokken altijd… Ze nam mijn zorgen serieus en koppelde ze terug." *Casus Zora en Wesley*	**Onpartijdig** De casuscoördinator van Kelly sprak diensten aan die hun verantwoordelijkheid niet opnamen, waar Kelly zichzelf niet toe in staat stelde:
Coördinatie "Je voelt echt dat die die casus vasthad en dat is wel geruststellend. Bij andere diensten moet je soms weken wachten." *Casus Jolanda en Patrick*	"Ik zie Marleen wat als de grote baas, die iedereen zegt wat ze moeten doen, en mensen onder hun voeten kan geven, allez niet ons, maar dat ik soms dacht, oei, oei… maar dat is positief.
Ontlasting "Celine nodigde ook partners uit, en dat was ook een ontlasting." *Casus Shana en Kenny*	*Casus Kelly*

Tabel 10 Kenmerken van het thema "Rol van de casuscoördinator" benoemd per type deelnemer (met aantallen)

Code	Casuscoördinator	Betrokken hulpverlener	Ouders
Effect			
Coördinerend – overzicht	4	6	1
Onpartijdig – neutraal	4	6	3
Rolafbakening	3	5	0
Middelen	3	1	1
Proces			
Ondersteunend	0	6	1

1.8 Thema 7B: middelengebonden casus

Het thema middelen werd niet opgenomen in de interviewleidraad, aangezien dit geen selectiecriterium of onderzoeksdoel van deze studie was. Toch kwam het gebruik van middelen in meerdere casussen ter sprake. Daarnaast werd er onverwacht één casus geïncludeerd (Chelsea) waarin de inzet van middelen het primaire motief vormde om zorggarantie in te schakelen. Deze casus werd wel meegenomen omdat ze relevante inzichten bood over de ervaren rol en positie van de casuscoördinator.

De volgende resultaten baseren zich daarom uitsluitend op de casus van Chelsea. Chelsea werd aangemeld vanuit het OCJ, omdat de consulente toegang wilde tot intensieve contextbegeleiding. De casuscoördinator organiseerde drie zorgtafels, maar sloot enkel de eerste aan.

Unieke bevindingen hebben voornamelijk betrekking op de rol en ervaren positie van de casuscoördinator. De overige thema´s zijn opgenomen in de bredere resultatensectie.

Wie is Chelsea?

- Mama van zes kinderen van verschillende vaders
- Twee oudste reeds geplaatst onder de jeugdrechtbank, waarop OCJ betrokken geraakte
- Bezorgdheden: pedagogische vaardigheden en problematische relatie met toenmalige partner

Effect

<u>Meerwaarde casuscoördinator</u>

Coördinatie

"En daarin is zorggarantie ook wel erg bekwaam, ze zullen wel de goede vragen stellen, zodat die zorgen wel op tafel komen."

(OCJ consulente)

Neutraliteit

"Ik denk in het algemeen, ook in deze casus, dat het wel helpend is dat we een beetje vanuit onwetendheid ofzo, omdat we nog niet betrokken zijn, dat we vragen kunnen stellen, bijvoorbeeld, wat is dat dan geweld, en hoe zou dat zijn voor een tweejarige?"

(Casuscoördinator)

"Dat is toch wel belangrijk, dat die ouders kunnen voelen, ze spelen hier niet onder één hoedje ofzo, dat het geen verlengstuk is van het OCJ."

(OCJ consulente)

Rolafbakening

"Dat is eigenlijk wel heel comfortabel voor ons als consulenten, omdat wij dan heel vaak, doen wij dat stukje ook zelf, maar dan zitten we altijd met een dubbele rol. Als zorggarantie erbij zit, dan kunnen wij er zitten in onze rol als consulent, dat is, dat is natuurlijk super fijn."

(OCJ consulente)

Expertise

"De mensen van zorggarantie kunnen ook gewoon omgaan met veiligheid of met onveiligheid, of met verontrusting, dat is vaak heel moeilijk, of ik ervaar dat toch zo als consulent, dat is heel specifiek en niet zo heel makkelijk."

(OCJ consulente)

Betrokkenheid casuscoördinator

En uiteindelijk bleek dat de middelen die ingezet waren, niet het gehoopte effect hadden… om dan te lezen dat het zo nog wat open ligt en een vraagteken is, dat is dan wel jammer. Dan voelt het een beetje als falen ofzo."

(Casuscoördinator)

"Wij hebben gewoon een drukke job, het werktempo ligt hier hoog, dus natuurlijk vanaf zo´n zaken zijn opgestart en dat is wel duidelijk, kunnen we er ook wel gewoon verder in. Zo´n overlegmomenten dat is wel belangrijk, maar alleen als er ook een goede agenda is, en in dit geval is dat allemaal wat beginnen lopen, en is die begeleiding ook wat uitgedoofd."

(OCJ consulente)

Extra gezicht

"In sommige casussen zien we echt wel de meerwaarde van een casuscoördinator, maar hier was het voor de aanmelder al best helder en dan vind ik dat we ons de vraag mogen stellen, moeten wij dan nog eens een extra gezicht zijn voor die mensen, ze gaan ons hoogstens een paar keer zien, ja, wat voor zin heft dat? En het vertraagt ook onze agenda.

(Casuscoördinator)

Gebrek aan mandaat

"Het was ook niet iets waar ze mij voor vroegen, het OCJ wist wat ze wilden doen, dus dan is het niet echt aan mij om tussen te komen vanuit eigen initiatief."

(Casuscoördinator)

Bovendien schatte de casuscoördinator een groot verantwoordelijkheidsgevoel in bij de betrokken hulpverleners:

"En ik denk met dat tussentijds verslag, dan werd er gezegd, we gaan een tweede begeleidster aanstellen. En dan denk je, oke, die zijn bezig en die pakken dat aan en we moeten dat gewoon verder blijven proberen."

(Casuscoördinator)

Proces

Opluchtend

De consulente liet blijken dat de tussenkomst van zorggarantie voor opluchting zorgde omdat het haar toegang tot middelen voorzag.

Machteloos

"Ik had bij die eindevaluatie moeten zijn… maar als dat niet blijkt te werken, dan moeten we het weten en doen we een nieuwe zorgtafel, want dan moeten we bijschaven, want dan is de dreiging niet weg. En als ik het hier opnieuw lees, ja we hadden gewoon moeten constateren dat we niet zijn geraakt waar we wilden geraken en we iets anders moesten doen."

(Casuscoördinator)

Gebrek aan mandaat

"Om je daar dan toch plots tussen te zetten van, oh, maar, hier heb ik ineens wel een mening over. Dat is gewoon veel moeilijker dan in die dossiers waarbij je de hele tijd zelf mee aan het woord bent en waarmee je mee in het traject zit."

(Casuscoördinator)

Verwijt

"Ze vonden elkaar wel en hadden mij daar niet voor nodig. Vanuit die insteek heb ik misschien te veel losgelaten, denk ik. Misschien hadden we vanuit zorggarantie meer moeten vasthouden en zeggen, we zien hier ook dingen gebeuren die nog niet op punt zijn ofzo."

(Casuscoördinator)

1.9 Thema 8: Zorggarantievoorwaarden

Gezien de diverse rollen van de geïnterviewde hulpverleners en het feit dat niet alle ouders deelnamen aan de interviews, was het niet mogelijk om elke deelnemer dezelfde vragen voor te leggen. Bovendien bleek uit de interviews dat er variatie bestond in de mate waarin aan de randvoorwaarden van zorggarantie werd voldaan. Tel illustratie biedt Tabel 11 een overzicht van deze bevindingen.

Gebrekkige voorspelbaarheid en voorbereiding

Hoewel vrijwel alle ouders door hun aanmelder werden geïnformeerd over de intentie tot aanmelding bij zorggarantie, werd in geen enkele casus – met uitzondering van Sonja, die reeds een eerder traject had doorlopen – vermeden dat ouders verrast werden door het eigenlijke plaatsvinden van de zorgtafel.

Meerdere ouders gaven aan overdonderd te zijn door het aantal aanwezigen:

"Het had fijn geweest als we meer voorbereid waren, nu zijn we echt verschoten… Er zat ook echt 15 man aan die tafel, en dat is zonder ons gerekend."

(Ouders, casus Shana en Kenny)

Verwarring over doel en mogelijke gevolgen

Daarnaast werd in verschillende casussen vastgesteld dat zowel ouders als sommige hulpverleners aanvankelijk veronderstelden dat het traject automatisch zou leiden tot een uithuisplaatsing van het kind.

"Je voelde wel wat wantrouwen bij de ouders. Het eerste wat ze ook zeiden was van, we dachten dat je de kinderen uit huis ging halen. Dat leek voor hen al besloten, zij zaten er dan met veel angst, en dan al die mensen errond.

(Betrokken hulpverlener, casus Jolanda en Patrick)

Complexiteit van het aanmeldingsgesprek

Enkele aanmelders benoemden het aanmeldingsgesprek als een uitdaging, onder andere vanwege de moeilijkheid om het opzet van zorggarantie op een toegankelijke en correcte manier over te brengen aan ouders:

"Ik vind zorggarantie sowieso al iets heel moeilijk om uit te leggen aan een hulpverlener, laat staan aan een ouder. Dat vind ik niet zo evident. Soms stel ik me ook vragen bij het beroepsgeheim, daar heb ik wel vragen over."

(Betrokken hulpverlener, casus Stijn)

Pogingen tot verduidelijking via aangepaste hulpmiddelen

In één casus werd er verwezen naar een ontwikkelde ondersteunende tool – een zorggarantie-aanmeldingsboekje gericht op ouders met een verstandelijke beperking – als hulpmiddel om het opzet te verduidelijken:

Het boekje voor ouders met een mentale beperking is ook gebruikt, en in die zin had ik wel het gevoel dat ouders wisten wat er ging komen…

(Casuscoördinator, casus Shana en Kenny)

Toch werd het nu van dit hulpmiddel door andere betrokkenen niet bevestigd:

"Ik denk niet dat het voor de ouders altijd duidelijk was… Ik zie er ook wel mijn eigen rol in, om hen beter voor te bereiden. Ik heb dat wel gedaan, maar heb er misschien 10 tot 15 minuten voor uitgerekend."

(Betrokken hulpverlener)

"Het had fijn geweest als we meer voorbereid waren, nu zijn we echt verschoten…

(Ouders)

Misconcepties bij hulpverleners

Opvallend was dat niet alleen ouders, maar ook minstens twee hulpverleners het opzet van zorggarantie onvolledig of foutief leek te begrijpen:

"We weten het wel he, zorggarantie is om te vermijden dat kinderen zouden moeten ja, het huis uitgeplaatst te worden. Maar het zou wel ook handig zijn om nog eens te weten van welke dienst daarbuiten nog extra ondersteuning kan bieden. Een consultfunctie zoals bij het VK of OCJ is dan wel handig. Bij zorggarantie werken ze met mensen die al betrokken zijn."

(Betrokken hulpverlener, casus Kyra)

Spanningsvelden binnen de aanmeldersrol

Een betrokken hulpverlener wees erop dat het vervullen van de aanmeldersrol een moeilijke en soms geïsoleerde positie met zich meebrengt:

"Dat vind ik niet altijd zo leuk omdat dat echt heel veel is en soms zijn dat ook zorgen die helemaal niet van mij komen en dan wordt dat toch verwacht dat ouders daarvan op de hoogte worden gesteld. Het lijkt me dus soms net een meerwaarde als er kan worden samengekomen om die zorgen dan daar te leggen."

(Betrokken hulpverlener, casus Stijn)

Weerstand bij gebrek aan transparantie

In die gevallen waarin de aanmelding gebeurde zonder dat ouders vooraf werden geïnformeerd of waar zorgen niet op voorhand werden besproken, bleek dit weerstand op te roepen:

"Ik had liever gehad dat ze het gewoon gevraagd hadden, dan konden we erover babbelen, maar nu was er geen babbelen meer mogelijk. Ik ben er wel echt ingestapt met een slecht humeur."

(Ouders, casus Kelly)

"Patrick vroeg alles bij Dina na achter onze rug … dan was die tafel daar en dan ging hij van de hoge piet dat hem was, die dacht dat hij alles kon opstoken, naar het plaatske [aan de zorgtafel] waar hij moest gaan zitten en dat Dina duidelijk was dat wij wel communiceerden."

(Ouders, casus Selina en Dylan)

Volgens de casuscoördinatoren moest er ruimschoots geïnvesteerd worden in het wegwerken van de weerstand en het installeren van vertrouwen:

"… Het grootste deel van de zorgtafel is ernaar toe gegaan om die weerstand weg te werken."

(Casuscoördinator, casus Kelly)

Tabel 11 Informatiepositie en randvoorwaarden bij aanmelding

Casus	Aanmelder	Aanmelder geïnterviewd?	Ingelicht	Opzet duidelijk	Weerstand
Selina & Dylan	Pleegzorg	Nee	Nee	Nee	Ja
Kelly	Psychiatrie	Nee	Nee	Nee	Ja
Zora & Wesley	VAPH begeleider	Nee	Ja	Gedeeltelijk	Eerder wantrouwen
Ronny	K&G sociaal werker	Ja	Ja	Nee	Ja
Shana & Kenny	OCJ consulente	Ja	Ja	Gedeeltelijk	Eerder terug-getrokken
Sonja	Sonja	Nee	Ja, op eigen initiatief (tweede) aanmelding gemaakt	Ja	Nee
Jolanda & Patrick	OCJ consulente	Nee	Vermoeden van wel	Nee	Ja
Stijn	K&G psycho-pedagoog	Ja	Ja	Gedeeltelijk	Nee
Kyra	Onduidelijk	Nee	Vermoeden van wel	Nee	Niet duidelijk

1.10 Acties tot veiligheid

De casus van Chelsea werd in deze analyse buiten beschouwing gelaten, aangezien zorggarantie in dit traject uitsluitend werd ingezet voor de toekenning van middelen. Hierdoor bleef de situatie van het gezin tijdens het interview te weinig uitgeklaard om relevante uitspraken te kunnen doen over de zorggarantiewerking in dit geval.

Binnen de overige casussen varieerden de acties om de veiligheid van het kind te waarborgen van ondersteunende maatregelen – zoals de inschakeling van contextbegeleiding, netwerkondersteuning of financiële tegemoetkomingen voor bijvoorbeeld kinderopvang of huur – tot meer ingrijpende interventies, waaronder tijdelijke of langdurige uithuisplaatsingen.

Tabel 12 geeft een overzicht van de veiligheidsmaatregelen. Bij de tijdelijke uithuisplaatsingen (beide bij een vriendin van de moeder) keerde één kind tijdens het zorggarantietraject terug naar huis, terwijl een ander pas nadien werd overgeplaatst – dit laatste valt dus buiten het bestek van zorggarantie. De langdurige plaatsingen betroffen enerzijds een formele pleegzorgplaatsing bij de paternale grootouders en anderzijds een opname in het CKG.

Tabel 12 Frequenties per maatregel

Maatregel	Frequentie
Tijdelijke plaatsing	2
Langdurige plaatsing (plaatsing continuerend na zorggarantie)	2
Thuis (niet uithuisgeplaatst gedurende zorggarantie)	5

2 Kwantitatieve analyse van de BESTE

Alle deelnemers – casuscoördinatoren, betrokken hulpverleners en ouders – evalueerden het traject als effectief, aangezien hun scores op de schaal ‘effect’ hoger lagen dan het referentiepunt van 12, zoals voorgesteld door De Meyer et al. (2004).

Wat betreft de algemene tevredenheid, bevonden de scores zich voor alle deelnemers tussen 3 en 4. Dit duidt op een gedeeltelijke, maar geen volledige ontevredenheid. Geen van de deelnemers rapporteerde een score lager dan 3 (minimumscore 2, maximumscore 4).

Conform de aanbevelingen uit de praktijkgids van De Meyer et al. (2004) werden de twee items die samen de schaal ‘tevredenheid’ vormen afzonderlijk geanalyseerd. Deze keuze is verantwoord door het feit dat beide items verschillende dimensies van tevredenheid beogen te meten – namelijk de ervaren gepastheid van de duur van het traject en de bereidheid om de hulpverlening aan anderen aan te bevelen – en dat eerdere studies aanzienlijke variatie rapporteren in hun gemiddelden en standaarddeviaties.

Het item dat de tevredenheid over de duur bevraagt, wordt gecodeerd als een nominale variabele (1 = te kort, 2 = precies goed, 3 = te lang). In tegenstelling tot de casuscoördinatoren, van wie één het traject als te lang beoordeelde, werd deze beoordeling niet gegeven door de betrokken hulpverleners of

ouders. Onder deze laatste groepen gaven twee hulpverleners aan dat de trajectduur 'precies goed' was, terwijl één hulpverlener en de ouder het traject als 'te kort' inschatten.

Tabel 13 Descriptieve statistieken, casuscoördinator (CC)

Schaal / item	N	M	SD
EFFECT	3	13	1
TEVREDENHEID	5	3.6	.55
Duur	5	2	0.71
Aanraden	5	4	0

Tabel 14

Descriptieve statistieken, betrokken hulpverlening (HV)

Schaal / item	N	M	SD
EFFECT	2	12	0
TEVREDENHEID	3	3.33	.58
Duur	3	1.67	.58
Aanraden	3	3.67	.58

Tabel 15

Descriptieve statistieken, ouders

Schaal / item	N	Score
EFFECT	1	16
TEVREDENHEID	1	3
Duur	1	1
Aanraden	1	4

3 Zorggarantie vragenlijst voor overig betrokken hulpverlening

3.1 Interne consistentie

De interne consistentie van de verschillende schalen werd geëvalueerd aan de hand van Cronbach´s alfa, berekend op basis van de volledige dataset (N = 16). Er werden in totaal negen schalen onderscheiden: een totaalschaal en acht thematische subschalen. Hoewel de beperkte steekproefomvang en de ongelijk verdeelde respons over uiteenlopende casussen een voorzichtige interpretatie vereisen, bieden de resultaten een indicatieve inschatting van de interne samenhang binnen de schalen.

Voor het merendeel van de schalen lagen de waarden van Cronbach´s alfa tussen .710 en .916, wat wijst op een goede interne consistentie. Dit gold echter niet voor drie subschalen: oog voor krachten, samenwerking met ouders en netwerk.

Voor de schaal *oog voor krachten* werd aanvankelijk een negatieve alfa waarde bekomen, wat doorgaans duidt op een zwakker of negatieve correlatie tussen de items. Na verwijdering van één item, (item 18, een reversed item), verbeterde de interne consistentie aanzienlijk (α = .855).

Bij de schaal *samenwerking met ouders* werd een lage alfa van .197 vastgesteld. Door 2 items (item 11 en item 30) te verwijderen, steeg de interne consistentie tot een aanvaardbare waarde (α = .710).

De schaal *netwerk* bleef, ondanks het verwijderen van een zwak correlerend item (item 42), een lage interne consistentie vertonen. Dit laatste impliceert dat er voorzichtig moet worden omgesprongen met de interpretatie van deze schaal.

Tabel 16 Interne consistentie

Schaal	Oorspron-kelijk N	Verwijderde items	N	Oorspronkelijke Cronbach´s $\boldsymbol{\alpha}$	Cronbach´s $\boldsymbol{\alpha}$ na verwijdering
Totaal	47	0	16	.916	.916
Verschillende actoren	12	0	12	.897	.897
Fysieke structuur	8	0	8	.733	.733
Verslag	8	0	8	.895	.895
Krachten	3	Item 18	2	**-1.557**	.855
Samenwerken met ouders	4	Items 11 en 30	2	**.197**	.710
Netwerk	4	Item 42	3	**.511**	**.641**
Afsluitende zorgtafel	3	0	3	.771	.771
Rol casuscoördinator	5	0	5	.823	.823

3.2 Descriptieve statistieken

De gemiddelde scores per thema zijn weergegeven in Tabel 17, samen met de minimum- en maximum-waarden en de standaarddeviaties per schaal. Deze descriptieve gegevens tonen dat de thema´s "betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren" en "rol van de casuscoördinator" gemiddeld dichter aan te leunen bij de categorie "eerder akkoord". Daarentegen weerspiegelt de score op de schaal "netwerk" meer de neutrale antwoordcategorie "noch akkoord, noch niet akkoord". Opvallend is ook dat deze laatste schaal een relatief hoge standaarddeviatie kent, wat wijst op een grotere variatie in de antwoorden. Dit suggereert dat de ervaringen met het netwerk niet uniform zijn en mogelijk zowel als kracht als knelpunt worden ervaren, afhankelijk van de context van de casus.

Tabel 17
Descriptieve statistieken

Schaal	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Gemiddelde totaalscore	16	2.87	4.81	3.9076	.55976
Verschillende actoren	16	2.83	4.92	4.1131	.62234
Fysieke structuur	16	2.25	5	3.9431	.68686
Verslag	16	2.71	4.88	3.9148	.68594
Krachten	15	2.50	4.5	3.5000	.59761
Samenwerken met ouders	16	1.50	5	3.6563	.92590
Netwerk	14	1	5	3.1667	**1.1749**
Afsluitende zorgtafel	15	2	5	3.6400	.98000
Rol casus-coördinator	16	3.20	5	4.3208	.63021

3.3 Kruskal wallis test

Met de Kruskal-Wallis test werden de verschillen tussen casussen nagegaan. Resultaten tonen aan dat de meeste casussen wat de verschillende aspecten betreft op een gelijkaardige manier worden beoordeeld. Bij een alfa van .15 werd een significant verschil vastgesteld voor de schaal *verslag*, wat impliceert dat minstens één casus op deze schaal systematisch afwijkt van de andere. Daarnaast vertoont de schaal *Samenwerken met ouders* een marginaal significant resultaat, wat wijst op een mogelijke trend richting verschil in beleving tussen casussen, zij het minder uitgesproken.

Deze resultaten suggereren dat de manier waarop respondenten het opmaken en delen van verslagen, evenals de samenwerking met ouders, ervaren, verschilt en dus mogelijk afhankelijk is van de specifieke context van de casus.

Tabel 18 *Kruskal Wallis H test*

Schaal	Kruskas Wallis H	df	Sign.
Verschillende actoren	4.167	5	.526
Fysieke structuur	6.190	5	.288
Verslag	8.941	5	.111[1]
Krachten	7.815	5	.167[2]
Samenwerken met ouders	4.757	5	.446
Netwerk	5.820	4	.213
Afsluitende zorgtafel	5.095	5	.404
Rol casuscoördinator	5.378	5	.372
Gemiddelde totaalscore	6.414	5	.268

1Bij een gehanteerde alfa van .15 wordt deze waarde beschouwd als statistisch significant.

2Bij een gehanteerde alfa van .15 wordt deze waarde beschouwd als randstatistisch significant.

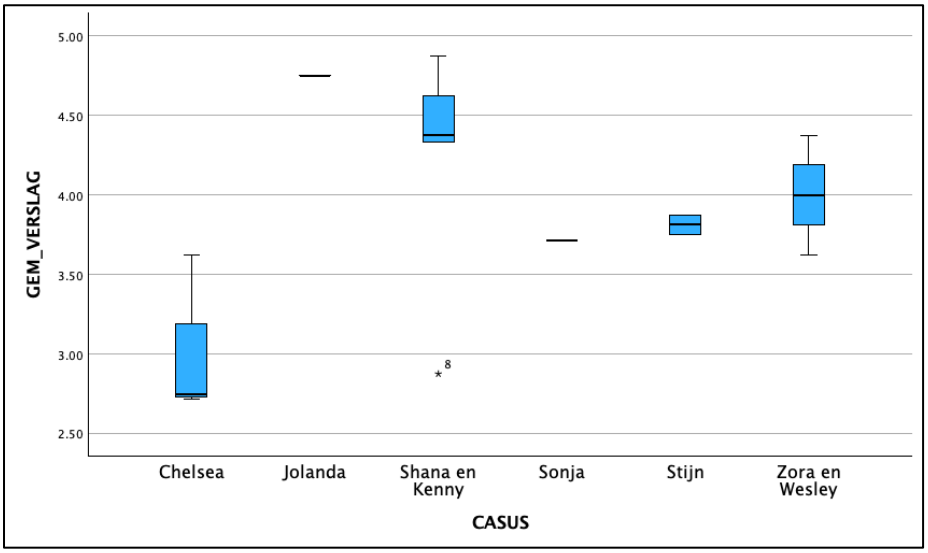
Visualisaties

Hoewel de Kruskal-Wallis test aangeeft *of* er significante verschillen bestaan tussen de casussen, geeft de test op zich geen uitsluitsel *waar* deze verschillen zich situeren of *tussen welke* casussen de verschillen optreden. Om deze verschillen visueel te verkennen, worden boxplots weergegeven voor de schalen waarvoor een (rand)significant resultaat werd gevonden.

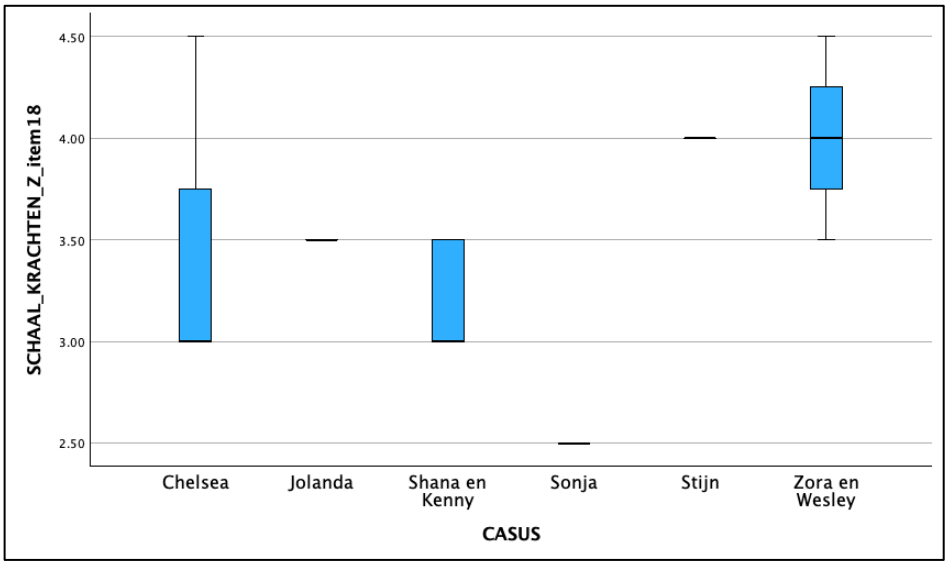
De boxplot voor de schaal *Verslag* toont dat de casus van Chelsea afwijkt van het patroon van de overige casussen. De spreiding en mediaan van deze casus liggen duidelijk lager, wat doet vermoeden dat de beleving van de verslaggeving binnen deze casus negatiever is in vergelijking met andere casussen (zie discussie). De scores van de respondenten situeren zich voornamelijk tussen "eerder niet akkoord" en "noch akkoord, noch niet akkoord", wat suggereert dat de verslagpraktijk in deze casus als minder positief werd ervaren.

Voor de schaal *Oog voor krachten* (randsignificant resultaat) is de interpretatie minder eenduidig. De casussen van Stijn, en van Zora en Wesley, lijken op basis van hun mediaan en spreiding hogere scores te vertonen dan andere casussen. Dit kan wijzen op een positievere beleving van het expliciteren en erkennen van krachten in deze casussen, waarbij de scores zich eerder rond "eerder akkoord" situeren (zie discussie). Daartegenover lijken de andere casussen eerder een neutralere houding aan te nemen ("noch akkoord, noch niet akkoord"). Dit verschil in positionering binnen de schaal kan verklaren waarom de Kruskal-Wallis test hier een randsignificante waarde opleverde.

Figuur 2 Spreiding van beleving per casus voor de schaal “verslag”



Figuur 3 Spreiding van beleving per casus voor de schaal “krachten”



Hoofdstuk 6
Discussie

1 Thema 1: Betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren

Bijna alle participanten uit de interviews gaven aan dat het betrekken van diverse actoren leidde tot een verruiming van perspectieven. Ouders benadrukten in het bijzonder de waardevolle rol van een persoonlijke of contextbegeleider. Door hun nabijheid tot het gezin slaagden zij erin om het ouderperspectief op een genuanceerde manier in beeld te brengen. Deze begeleiders vervulden daarmee ook een boodschappersrol, zowel tijdens als buiten de zorgtafels.

Daarnaast droegen de gezamenlijke zorgtafels volgens verschillende deelnemers bij aan efficiëntie en aan meer duidelijkheid over de taakverdeling tussen de betrokkenen. Hulpverleners benadrukten vooral het belang van de gedeelde verantwoordelijkheid die uit deze overlegmomenten voortvloeide. Wanneer boodschappen of zorgen over het gezin door andere betrokkenen werden erkend, werd dit als steunend ervaren. Het leek hulpverleners ook aan te moedigen om hun zorgen te delen en hielp persoonlijke confrontaties met ouders te vermijden. In casussen waar deze steun ontbrak of verdween (bij de afronding van zorggarantie) rapporteerden hulpverleners gevoelens van eenzaamheid en onzekerheid bij het bespreken van zorgen met ouders.

Deze kwalitatieve bevindingen worden ondersteund door de analyse van de BESTE-vragenlijst, aangezien dit thema gemiddeld een score behaalde die overeenkomt met de antwoordcategorie ‘akkoord’. Daarnaast toonde de Kruskal-Wallis-toets aan dat de deelnemers deze schaal op een vergelijkbare manier beoordeelden, wat duidt op een consistente beleving over de verschillende casussen heen.

Desondanks tonen de afzonderlijke interviews enkele punten ter discussie, dewelke hieronder worden besproken.

Overdaad schaadt?

In enkele casussen rapporteerden ouders een gevoel van overbodigheid bij de aanwezigheid van bepaalde hulpverleners. Deze ervaring lijkt niet rechtstreeks samen te hangen met het absolute aantal aanwezigen: ook in situaties met relatief weinig betrokken actoren kwam dit gevoel voor, terwijl gezinnen met een groter aantal aanwezigen dit niet noodzakelijk deelden. Dit wijst erop dat persoonsgebonden factoren mogelijk een rol spelen in hoe ouders de aanwezigheid van hulpverleners ervaren.

Niettemin roept dit vragen op over de toegevoegde waarde en relevantie van ieders aanwezigheid. In sommige trajecten namen actoren deel ter ondersteuning van andere hulpverleners, of waren er diensten betrokken met een voornamelijk praktische focus of overlappende taken. Hoewel ouders het belang van transparantie benadrukten, achtten zij de fysieke aanwezigheid van elke actor daarbij niet noodzakelijk. Sommige ouders gaven daarbij aan dat het volstond dat informatie nadien tussen actoren werd gedeeld, zonder dat deze allen aanwezig hoefden te zijn op de zorgtafels.

Eentje is geentje?

Een tekort aan betrokken actoren lijkt eveneens ongewenst. In één casus leidde een relatief beperkt aantal aanwezigen tot het ervaren van partijdigheid. Hoewel de ouder in kwestie aangaf dat zijn stem werd gehoord in overleggen en bij het maken van afspraken, gaf hij toch aan dat zijn ervaring negatief was. Vermoedelijk zorgde het ontbreken van gespecialiseerde diensten voor een onvoldoende vertegenwoordiging van zijn noden, met een gevoel van partijdigheid als gevolg.

Mate van vertegenwoordiging

Een vergelijkbare ervaring deed zich voor bij een betrokken hulpverlener. Hoewel meerdere diensten aanwezig waren, werden deze door de hulpverlener als onvoldoende betrokken of vertrouwd ervaren om zinvol bij te dragen aan de stand van zaken van de casus. Eén van de aanwezige actoren nam uitsluitend deel ter ondersteuning van de casuscoördinator en leverde geen inhoudelijke bijdrage.

Dit leidde bij de hulpverlener tot een gevoel van onvoldoende ondersteuning, wat mee kan verklaren waarom zij zich terughoudend opstelde in het delen van haar zorgen.

Besluit

Het betrekken van meerdere actoren blijkt een krachtig instrument om perspectiefverruiming en transparantie te bevorderen, en om steun te genereren bij hulpverleners. Tegelijkertijd tonen sommige casussen aan dat een overdaad aan betrokkenen ook als belastend kan worden ervaren, terwijl een tekort aan passende vertegenwoordiging kan leiden tot gevoelens van partijdigheid of onvoldoende ondersteuning. De bevindingen suggereren dat niet het aantal aanwezigen op zich bepalend is, maar vooral de mate waarin hun aanwezigheid relevant, betekenisvol en gedragen is. Wanneer diensten wel aanwezig zijn, maar onvoldoende betrokken, kunnen ouders zich geviseerd voelen. Wanneer diensten ontbreken die wel een relevante rol zouden kunnen spelen, kan dit leiden tot een gebrek aan stem of steun, bij zowel ouders als hulpverleners.

2 Thema 2: Structuurgericht werken

Algemeen

Werken met een vaste leidraad, meer specifiek met het driekolommenmodel, ging volgens de respondenten gepaard met een verhoogde concreetheid en een heldere taakverdeling. Dit droeg op zijn beurt bij aan een meer actiegerichte samenwerking, een kenmerk dat door minstens twee hulpverleners expliciet werd gelinkt aan de werkwijze binnen zorggarantie.

Voor meerdere hulpverleners was deze taakverdeling bovendien een bron van gemoedsrust. Zij lieten blijken dat zij voor de start van een zorggarantietraject vaak piekerden over onvervulde en essentiële taken waar zij noch tijd, middelen of expertise toe hadden. De expliciete afbakening en allocatie van ieders verantwoordelijkheden maakte het mogelijk om hun mentale belasting te verlagen: doordat zij inzicht kregen in het takenpakket van collega´s, konden zij erop vertrouwen dat essentiële taken alsnog werden opgenomen en opgevolgd.

Daarnaast gaf ten minste één respondent uit elke deelnemende groep in de interviews aan dat het gestructureerd aanbieden van informatie het begrip bij zowel ouders als hulpverleners versterkte. Deze bevinding wordt ondersteund door de resultaten van de BESTE-vragenlijst, waarin alle deelnemers het

traject als effectief beoordeelden. De schaal 'effectiviteit' verwijst hierbij naar de waargenomen verandering bij ouders, zoals aangepast gedrag en een beter inzicht in de noden van hun kind. Deze kwantitatieve bevinding sluit aan bij de kwalitatieve analyses, waaruit bleek dat informatieverstrekking bijdroeg aan een beter begrip en daarmee bewustwording en gedragsverandering stimuleerde. Niettemin zorgde de concreetheid bij één ouderpaar ook tot frustratie doordat zij de indruk kregen dat er disproportioneel werd stilgestaan bij zaken die niet prioritair waren.

Ook het schriftelijke verslag dat na de zorgtafel werd opgesteld, werd door verschillende respondenten benoemd als een belangrijk hulpmiddel. Het stelde hen in staat om gericht terug te blikken op eerder gemaakte afspraken en fungeerde als een concreet referentiepunt tijdens of na het traject. De resultaten van de Zorggarantie-vragenlijst tonen echter een gemiddelde score (wat aansluit bij een neutrale beoordeling), wat erop wijst dat het verslag niet als uitgesproken positief of negatief werd ervaren. Bovendien bleek uit de analyse dat de ervaringen tussen casussen verschilden: bij minstens één casus week de beoordeling af van die van de overige. Ook de interviews weerspiegelden deze variatie, met uiteenlopende ervaringen over de verstaanbaarheid van het verslag.

Kan concreetheid uit zijn voegen treden?

Hoewel het concretiseren van zorgen, krachten en doelen door hulpverleners doorgaans werd ervaren als een goed medium om ouders inzicht te bieden in hun (tijdelijke) tekortkomingen, leidde dit in zeker één casus (Zora en Wesley) tot toenemend onbegrip en frustratie. Aanvankelijk bracht de concrete formulering van zorgen meer duidelijkheid voor de ouders, wat zich tevens vertaalde in merkbare gedragsverandering en waar ouders zich merkbaar trots over voelde. Naarmate het traject vorderde, bleven er echter nieuwe zorgen en eisen opduiken, die konden verklaard worden door de beperkingen van de ouders: zij sloegen er namelijk onvoldoende in om de steeds veranderende noden van hun snel ontwikkelende baby in te schatten.

Deze voortdurende focus op concrete (veranderende) aandachtspunten leek echter de kernproblematiek – hun structureel beperkte opvoedingscapaciteiten – onder te belichten. Dit illustreert een gekend fenomeen in de kinderbescherming, wat Munro (2010) duidde met haar onderscheid tussen *single loop* en *double loop learning*. Bij *single loop learning* ligt de focus op het correct voltooien van acties: "are we doing what is specified?". Het neemt op die manier de vorm aan van een overgesimplifieerd afvinkproces. In de desbetreffende casus uitte zich dat in acties zoals het correct vastmaken van het kind in de eetstoel, het afplakken van scherpe randen en hoeken, etc. *Double loop learning*, daarentegen, installeert de ruimte voor een professioneel oordeel en het in vraagstellen van vooropgestelde aandachtspunten als deze het hoofddoel niet garanderen: "have we specified the right thing to do?". In dit verband verwijst Munro ook naar de uitspraak van Peter Drucker (1909-2005): "A concern with doing things right versus a concern for doing the right thing."

In de casus van Zora en Wesley lijkt er op die manier een overmatige gerichtheid te zijn ontstaan op subdoelen, ten koste van het onderliggende en overheersende hoofddoel – namelijk het garanderen van de veiligheid en het welzijn van het kind. De structuurgerichte manier van werken kan ertoe hebben geleid dat het bespreken van de cognitieve beperking van de ouders daarom niet aan bod kwam. Op langere termijn leidde dit bij hen echter tot gevoelens van onbegrip, frustratie en verdriet.

Vastgestelde verschillen over casussen (tijdens de zorgtafel)

In de meerderheid van de casussen werd structuur geïnstalleerd door de casuscoördinator via een mondelinge afbakening. In twee casussen werd er aanvullend gebruik gemaakt van een uitgeschreven driekolommenmodel, waaraan overwegend een beter begrip werd toegeschreven. Er was bovendien ook een hulpverlener, uit een casus waarin enkel mondelinge structurering plaatsvond, die het ontbreken van een uitgeschreven structuur als een gemis benoemde.

Niettemin bestonden er uiteenlopende opvattingen over dit veronderstelde voordeel. De vragenlijstanalyse liet zien dat er minstens één casus was die er een afwijkende beleving op nahield in vergelijking met de overige casussen. Bij het inspecteren van de boxplots bleek dit de casus van Chelsea te betreffen. Opvallend is dat interviews met de casuscoördinator en betrokken hulpverlener hiervan ook tegenstrijdigheden vertoonden. Omdat mama niet aan zorggarantie interview werd onderworpen, blijft het onduidelijk wat het effect van deze methodiek was.

Het verslag: uniformiteit versus verstaanbaarheid (na de zorgtafel)

Een verslag bestaat uit twee luiken: het driekolommenmodel met zorgen, krachten en doelen alsook een afsprakenblad met takenverdeling. Het verslag is bovendien voor alle partijen hetzelfde, wat door zeker één hulpverlener expliciet als een meerwaarde werd aanzien.

Anderzijds lijkt deze uniformiteit niet aangepast op ieders noden, behoeften of capaciteiten. Zo gaf een casuscoördinator aan hoe zij worstelde met het delen van indrukken over ouders. Zij veronderstelde dat deze interessant konden zijn voor hulpverleners, maar op onbegrip zouden kunnen stoten bij ouders. Hoewel een uniform verslag op het eerste zicht een ideaal medium lijkt tot transparantie, is de terughoudendheid van deze casuscoördinator in lijn met psychologisch onderzoek. Zo stelt Silberschatz (2008) dat het delen van interpretaties effectiever is wanneer ze worden gegeven op een moment dat de cliënt er emotioneel klaar voor is. Wanneer te vroeg, kan dit leiden tot afwijzing en/of een verslechtering van de hulpverleningsrelatie. Dit wikken en wegen zorgde er eveneens voor dat de opmaak van een verslag voor deze casuscoördinator veel tijd besloeg.

Daarnaast vermeldde een ouderpaar dat zij het verslag omwille van het vakjargon niet begrepen. Finaal gaven twee hulpverleners ook aan dat zij het driekolommenmodel niet doorlazen. Inderdaad, de positieve eigenschappen die door hulpverleners werden toegeschreven aan het verslag besloegen voornamelijk de leidraad die het vormde voor gemaakte afspraken.

Besluit

Structuurgericht werken ging gepaard met verhoogde concreetheid en een duidelijke takenverdeling, waaruit eveneens actiegerichtheid en gemoedrust voortvloeide. Dit kan echter ook leiden tot het overmatig formuleren van subdoelen, met een vertroebeling van het grotere geheel als gevolg: door het aanreiken van opeenvolgende, afgebakende aandachtspunten wordt de onderliggende realiteit onvoldoende benoemd. Dit kan op termijn resulteren in onbegrip en frustratie bij de ouders, die ondanks hun inspanningen en geboekte resultaten het gevoel kregen telkens tekort te schieten. Deze bevinding onderstreept het belang van een evenwicht tussen het benoemen van concrete stappen en het vasthouden aan het bredere doel: het waarborgen van de veiligheid en ontwikkelingskansen van het kind.

De structuur wordt op verschillende wijzen gecreëerd tijdens de zorgtafels. Terwijl de meeste casuscoördinatoren kozen voor een mondelinge structurering, werd een aantal keer een uitgeschreven driekolommenmodel ingezet. In deze casussen was dit gelinkt aan een grotere betrokkenheid van

ouders alsook een verhoogd begrip. Tegelijk klonken er ook kanttekeningen bij de verstaanbaarheid van dit model voor ouders, wat wijst op het belang van afstemming op hun taal- en begripsniveau.

De bevindingen roepen eveneens vragen op over de meerwaarde van het driekolommenmodel in het schriftelijke verslag dat na de zorgtafel aan alle betrokkenen wordt bezorgd. De poging om nuance en complexiteit op papier vast te leggen bleek in de praktijk uitdagend, met risico´s op misinterpretatie of beperkte toegankelijkheid voor ouders, omwille van het gehanteerde vakjargon.

3 Thema 3: Oog voor krachten

Aandacht voor krachten zorgde volgens enkele casuscoördinatoren en betrokken hulpverleners voor motivatie en erkenning bij ouders. Bovendien boden deze krachten aanknopingspunten voor het installeren van acties en verandering op gang te brengen. Bovendien beïnvloedde aandacht voor krachten het zelfvertrouwen van zowel ouders als hulpverleners.

Opvallend is dat uitspraken van professionals over het belang van het werken met krachten vaak abstract bleven en zelden concreet werden toegelicht aan de hand van de eigen casus. Hoewel de benoemde voordelen voornamelijk betrekking hadden op de ouders, gaven enkele geïnterviewde casuscoördinatoren en hulpverleners ook aan dat het expliciteren van krachten bijdroeg aan hun eigen gevoel van voldoening. Zo werd het benoemen van krachten ervaren als een bevestiging van geboekte vooruitgang of als indicatie van professioneel kwaliteitsvol handelen. Het krachtgericht werken fungeert aldus niet enkel als ondersteuning voor ouders, maar ook als een vorm van zelfvalidatie binnen het hulpverleningsproces.

4 Thema 4: Samenwerken met ouders

Algemeen

Ook binnen dit thema valt op dat uitspraken van casuscoördinatoren en hulpverlening – tijdens de interviews – weinig concreet zijn wat betreft de positieve effecten die zij benoemen. Uitdagingen worden daarentegen wel concreet geformuleerd. Hulpverleners lijken daardoor vooral te spreken vanuit een overtuiging of hoop. Niettemin geven veel ouders aan dat zij hun betrokkenheid als aangenaam en respectvol hebben ervaren.

Zowel de interviews als de zorggarantie vragenlijst tonen gemengde perspectieven met betrekking tot de ervaren stem van ouders. In wat volgt worden drie uitdagingen besproken: 1) de zoektocht naar een evenwicht tussen het tegemoetkomen aan wensen van ouders en het stellen van duidelijke grenzen; 2) verdraaiing van woorden; 3) handelingsverlegenheid.

De zoektocht naar een evenwicht tussen het tegemoetkomen aan wensen van ouders en het stellen van duidelijke grenzen.

Wanneer aandacht voor krachten onvoldoende gepaard gaat met het stellen van grenzen, toont de analyse dat het consequent benadrukken van sterktes het risico inhoudt dat bezorgdheden te weinig worden benoemd of opgevolgd, zeker wanneer er terughoudendheid bestaat uit vrees om de relatie met ouders onder druk te zetten. Dit wijst op een spanningsveld tussen respect voor ouder-perspectieven enerzijds en het bewaken van kindveiligheid anderzijds.

Deze dynamiek sluit aan bij theoretische kaders over ontwikkeling en ondersteuning, zoals het model van Sanford (1966), dat stelt dat optimale groei ontstaat in een context waarin zowel steun als uitdaging aanwezig zijn. Holcomb en Nonneman (2004) breiden dit principe uit door te waarschuwen voor de negatieve effecten van eenzijdigheid: zowel een overaanbod aan steun zonder uitdaging, als een overmatige focus op grenzen zonder erkenning van krachten, kunnen groei belemmeren.

Uit de interviews bleek dat het ontbreken van een duidelijk begrenzend kader in minstens één casus leidde tot

- Onvoldoende ervaren veiligheid voor het kind
- Een verhoogd risico op "boeman"-percepties wanneer kritische boodschappen enkel door één hulpverlener worden uitgedragen
- Een gebrek aan gedeelde verantwoordelijkheid
- Een verminderde ervaren steun bij hulpverleners die zich alleen voelen in het bewaken van de veiligheid en evolutie.

De casusanalyse suggereert dat het krachtgericht werken in dergelijke gevallen het risico loopt om eenzijdig te worden ingezet, waardoor het voor andere kernprincipes – zoals gedeelde verantwoordelijkheid en transparante communicatie – moeilijker wordt om tot hun recht te komen. Bovendien kan het accent op respect en vrijwilligheid ertoe leiden dat bezorgdheden onder de radar blijven, zeker wanneer hulpverleners vrezen dat expliciete zorgen de samenwerking onder druk zetten.

Verdraaiing van woorden

De casus van Zora en Wesley illustreert de complexiteit die kan ontstaan wanneer de uitgesproken wensen van ouders achteraf worden ingezet als legitimatie voor ingrijpende hulpverleningsbeslissingen, zoals bijvoorbeeld een uithuisplaatsing. Hoewel hulpverleners aangaven tegemoet te komen aan de voorkeuren van deze ouders, ervoeren diezelfde ouders dat hun wensen werden omgebogen tot argumentatie voor een beslissing waarmee zij zich niet konden verenigen.

Deze dynamiek wijst op een spanningsveld tussen het erkennen van ouderlijke autonomie enerzijds, en het hanteren van die autonomie binnen professionele besluitvorming anderzijds. Hoewel het binnen vrijwillige trajecten niet vereist is dat ouders akkoord gaan met elke beslissing, is het wel van belang dat zij transparantie ervaren over de motieven en overwegingen die aan beslissingen ten grondslag liggen. Wanneer ouderlijke wensen zonder verdere duiding als motief voor beslissingen worden gepresenteerd, kan dit leiden tot misverstanden en het gevoel dat hun inbreng werd misbruikt.

Deze casus onderstreept het belang van een transparante, dialogische besluitvorming waarin enerzijds ruimte is voor het perspectief van ouders, maar waarin anderzijds ook helder wordt gecommuniceerd hoe dit perspectief werd meegenomen in de uiteindelijke beslissing.

Handelingsverlegenheid

De kwalitatieve analyses toonden eveneens dat de aanwezigheid van ouders tijdens overlegmomenten in sommige casussen voor handelingsverlegenheid zorgde, wat zich uitte in terughoudendheid om zorgen expliciet te benoemen. Opvallend is wel dat casussen hierin onderling van elkaar verschilden. Sommige hulpverleners gaven blijk van deze terughoudendheid (vooral bij collega´s), terwijl anderen net aangaven zich vrij en ondersteund te voelen in hun communicatie met ouders. Deze uiteenlopende ervaringen suggereren dat handelingsverlegenheid geen algemeen kenmerk is van de ouder-betrokkenheid binnen zorggarantie, maar dat deze mede bepaald wordt door casusspecifieke factoren

zoals de complexiteit van de situatie, de ernst van de bezorgdheden, de mate van aanwezigheid van krachten, etc.

Hoewel alle hulpverleners het belang van ouderbetrokkenheid benadrukten – met name omwille van het streven naar transparantie en het bieden van een betekenisvolle stem aan ouders – werd duidelijk dat deze betrokkenheid niet zonder uitdagingen is. In het bijzonder kan het expliciet delen van zorgen onder druk komen te staan wanneer ouders actief deelnemen aan overlegmomenten.

5 Thema 5: Netwerk

Algemeen

Binnen de meeste casussen werd er aandacht besteed aan de implementatie van een netwerk. Casuscoördinatoren beschouwden deze inzet tijdens de interviews unaniem als een meerwaarde. Toch kwamen in de gesprekken met ouders en hulpverleners ook meer genuanceerde perspectieven naar voren, wat in lijn is met de bevindingen uit de zorggarantievragenlijst. Deze schaal kende immers de grootste spreiding in antwoorden, wat wijst op uiteenlopende ervaringen onder de respondenten.

Gevoelens van tevredenheid en geruststelling versus gevoelens van confrontatie

Een eerste opmerkelijk spanningsveld betreft de dubbele lading die netwerkbetrokkenheid kan dragen. Enerzijds werd het netwerk door ouders als ondersteunend en geruststellend ervaren wanneer het effectief betrokken bleef. Anderzijds werd het afhaken van netwerkfiguren als pijnlijk omschreven, wat erop wijst dat de inzet van een netwerk – ondanks zijn meerwaarde – ook emotionele risico´s met zich kan meebrengen.

Conflictverhogende tendens

Een tweede aandachtspunt betreft de potentiële conflictversterkende dynamiek van netwerk-participatie. Uit de interviews bleek dat de aanwezigheid van netwerkfiguren in sommige gevallen zorgde voor verhoogde spanningen, conflicten of discussies.

Stabiliteit en zekerheid van het netwerk

Een derde aandachtspunt binnen de analyse van netwerkbetrokkenheid betreft de stabiliteit en betrouwbaarheid van het netwerk. Hoewel de implementatie van een netwerk in vier van de acht casussen tot positieve ervaringen leidde – doordat het ouders voorzag van ontspanning en/of ondersteuning en zorgde voor geruststelling bij zowel ouders als hulpverleners – kwamen er in de overige casussen ook diverse signalen naar voren die wezen op instabiliteit of zelfs een breuk in de netwerkbetrokkenheid. Deze gemengde bevindingen zetten aan tot een kritische reflectie op de vanzelfsprekendheid waarmee netwerkfiguren als duurzame steunpilaren worden ingeschakeld binnen trajecten met kwetsbare gezinnen.

In vier casussen werd een – al dan niet tijdelijke – plaatsing gerealiseerd, waarvan drie in het netwerk. Slechts in een enkele casus resulteerde dit in een langdurige en stabiele netwerkplaatsing (bij grootouders). In de andere twee gevallen betrof het informele plaatsingen bij een vriendin van de moeder, die beide vroegtijdig werden beëindigd. Deze resultaten sluiten aan bij de bevindingen uit Vlaams en Nederlands onderzoek. Ondanks internationaal onderzoek aantoont dat de kans op een

breakdown groter is voor kinderen in bestandspleegzorg[3] dan in netwerkpleegzorg[4] (James, 2004; Usher et al., 1999; Konijn et al., 2019; Chamberlain et al., (2006) – Chamberlain vindt zelfs een kans tot driemaal groter – wordt dit niet teruggevonden in Vlaams en Nederlands onderzoek. Integendeel, er is Vlaams onderzoek waarbij plaatsingen in bestandsgezinnen net minder breakdown kenden (Vanderfaeillie et al., 2017). Bovendien blijken netwerkpleegouders als groep meer kwetsbaar: ze zijn gemiddeld ouder, armer, verkeren in een minder goede gezondheid, zijn minder gezond en vaker alleenstaand (Ehrle en Geen, 2002; Vanderfaeillie et al., 2008). Daarbij komend bestaat er de bezorgdheid dat wanneer er opvoedingsproblemen zijn bij ouders, er ook problemen spelen in het ruimere netwerk van de ouders (Strijker et al., 2003).

Een bijkomende overweging betreft de aard van de relatie tussen de netwerkfiguur en de ouders. In de succesvolle casus werd de opvang verzorgd door de grootouders. In de niet-succesvolle casussen (ongewenst vroegtijdige afgebroken netwerkplaatsing) ging het om een vriendin van de moeder, en dus om niet-familiale netwerkfiguren. Deze vaststelling sluit aan bij het denken van Ivan Boszormenyi-Nagy (1973), grondlegger van de contextuele benadering, die stelde dat loyaliteit[5] binnen verticale relaties (zoals ouder-kind) van existentiële aard is, terwijl loyaliteit in horizontale relaties (zoals vriendschappen) afhankelijk is van een wederzijdse balans tussen geven en nemen. In de context van langdurige netwerkplaatsingen kan die balans zwaar onder druk komen te staan, zeker wanneer er vanuit de ouders tijdelijk weinig wederkerigheid mogelijk is. Dit werpt vragen op over de duurzaamheid en belasting van niet-familiale netwerkplaatsingen.

Ten slotte kan ook het al dan niet officieel statuut van de netwerkplaatsing een rol spelen. In de niet-succesvolle casussen ging het enerzijds om een informele plaatsing zonder tussenkomst van pleegzorg en anderzijds om een plaatsing met tussenkomt van pleegzorg. In één casus was de vriendin vermoedelijk onvoldoende op de hoogte over de praktische en emotionele implicaties van de opvang. Bovendien beschikte zij niet over een ondersteuningsdienst waarop zij kon terugvallen. Niettemin bleek ook in de tweede casus de netwerkpleegouder sterk te schrikken van de zorgen die op tafel kwamen tijdens de overlegmomenten. Dit onderstreept het belang van duidelijke informatie, voorbereiding en ondersteuning van netwerkfiguren, zelfs wanneer zij formeel als pleegouder optreden. Bovendien toont dit aan dat netwerkfiguren niet enkel als steunfiguur voor ouders mogen worden beschouwd, maar zelf ook nood hebben aan ondersteuning. Dit gaat onlosmakelijk gepaard met tijd en moeite vanuit hulpverlening. Wanneer deze niet of onvoldoende beschikbaar is, lijkt het daarom aangewezen om een alternatief te overwegen.

---

3 Bij bestandspleegzorg zijn de pleegzorgers op voorhand niet gekend door het gezin.

4 Bij netwerkpleegzorg zijn de pleegzorgers op voorhand wel gekend door het gezin, zoals een broer, zus, vriend(in), tante, juf, etc.

5 In de contextuele therapie van Boszormenyi-Nagy wordt een onderscheid gemaakt tussen verticale en horizontale loyaliteit. Verticale loyaliteit betreft de relatie tussen ouder en kind. Loyaliteit is hier vanzelfsprekend en hoeft niet wederkerig te zijn; geven en nemen hoeven niet in balans te zijn, omdat deze loyaliteit gebaseerd is op de existentiële band tussen ouder en kind. In horizontale relaties, zoals vriendschappen of relaties met niet-familiale netwerkleden, is wederkerigheid daarentegen wél een vereiste: een duurzame relatie vraagt dat beide partijen op een evenwichtige manier geven en nemen. Dit onderscheid is relevant bij het betrekken van netwerkfiguren, wiens betrokkenheid horizontaal van aard is en dus expliciet aandacht voor balans en wederkerigheid vereist.

Overkoepelende tendens: gebrek aan bewustzijn?

De hierboven besproken aandachtspunten wijzen op uitdagingen op verschillende niveaus. Een gemene deler lijkt echter het gebrek aan risicobewustzijn. Hulpverleners met een dichtere betrokkenheid konden – in vergelijking – vaker kritisch reflecteren op het functioneren van netwerkfiguren. Zo werd een netwerkfiguur, ondanks het feit dat zij gemaakte afspraken niet nakwam, door de casuscoördinator omschreven als een "heel betrouwbaar figuur". In een andere casus was de casuscoördinator niet op de hoogte van het stopzetten van de netwerkplaatsing (daar dit na het zorggarantietraject plaatsvond), maar zij communiceerde hier tijdens het interview evenmin een risico toe.

Hoewel het eigen is aan de – meer afstandelijke – rol van een casuscoördinator om niet over alle informatie te beschikken, moet worden vastgesteld dat een aantal besluiten en oordelen niet gebaseerd zijn op objectieve informatie, maar veeleer vanuit eigen aannames.

Wanneer casuscoördinatoren echter vertrekken vanuit deze aannames, zonder dit voldoende af te toetsen aan de realiteit en voldoende oog te hebben voor mogelijke risico's, kan dit nadelige gevolgen hebben voor kinderen, ouders én netwerkfiguren. Zelfs binnen deze beperkte casusgroep kwamen verschillende risico's naar voren. Een meer kritische houding tegenover netwerkfiguren, zonder hun potentieel te ondermijnen, lijkt dan ook aangewezen binnen de Zorggarantie-aanpak.

Samengenomen

Samengenomen tonen de casussen aan dat het inschakelen van een netwerk een waardevolle meerwaarde kan bieden, wat zich in deze studie vertaalde in hun boodschappersfunctie en hun aanbod tot ontspanning en/of ondersteuning. Ouders die konden rekenen op een steunend netwerk, gaven hier dan ook blijk van tevredenheid. Tegelijkertijd werd duidelijk dat het wegvallen van een netwerk ook confronterend kon werken, met pijnlijke gevoelens als gevolg. Daarnaast zorgde het netwerk soms voor meer conflicten en kwamen ze niet steeds hun afspraken na.

Het zou zonde zijn om deze risico´s als reden te nemen om netwerkbetrokkenheid volledig uit te sluiten; dat zou immers betekenen dat ook de potentieel positieve effecten verloren gaan. Wel moet er met meer transparantie worden stilgestaan bij de risico´s dat dit met zich mee kan dragen en is het aangewezen om de functie en het takenpakket van netwerkfiguren te herzien.

6 Thema 6: Afsluitende zorgtafel

Het belang van een formeel afrondingsmoment binnen het zorggarantietraject kwam duidelijk naar voren in de analyses. In het merendeel van de casussen vond een afsluitende zorgtafel plaats, waarbij werd teruggeblikt op het doorlopen traject en afspraken voor de toekomst werden vastgelegd. Uit de interviews blijkt dat dit afrondingsmoment op meerdere vlakken betekenisvol was: het bood ouders erkenning voor hun inspanningen, versterkte hun gevoel van competentie en zorgde voor helderheid over de stand van zaken en de verdere ondersteuning. Ook hulpverleners gaven aan baat te hebben bij dit moment, onder meer omdat het hielp om rollen af te bakenen en duidelijk te maken bij wie welke betrokkenheid nog wel of niet langer verwacht werd.

Toch kwam uit de data naar voren dat de geboden duidelijkheid niet altijd duurzaam was. In sommige casussen viel de afstemming tussen hulpverleners weg na afronding van het traject, of ontbrak een verdere opvolging. Dit roept vragen op over de continuïteit van zorg na afronding van zorggarantie. Tegelijk werd duidelijk dat het organiseren van een afsluitende zorgtafel niet in alle casussen

vanzelfsprekend was. Sommige casuscoördinatoren beschouwden hun opdracht als afgerond zodra het plan opgesteld was, zonder een evaluatiemoment te voorzien. Hierdoor bleef de vraag onbeantwoord of de gemaakte afspraken haalbaar en effectief bleken in de praktijk, wat het risico op discontinuïteit in de opvolging vergrootte.

In casussen waar geen afsluitende zorgtafel plaatsvond, werden door zowel ouders als hulpverleners gevoelens van onzekerheid en onduidelijkheid geuit. Opvallend is dat respondenten uit deze casussen op de BESTE-vragenlijst ook aangaven dat het traject voor hen als te kort werd ervaren, wat mogelijks wijst op een gebrek aan vertrouwen in verdere ondersteuning.

Naast de functionele meerwaarde als evaluatie- en planningsmoment, werd de afsluitende zorgtafel ook benoemd als een belangrijk symbolisch ritueel. In casussen waar dit moment uitbleef, spraken ouders over een gemis aan afronding en erkenning. In omgekeerde gevallen werd het expliciet gelinkt aan toegenomen zelfvertrouwen en het gevoel “er niet alleen voor te staan”.

Hoewel enkele casuscoördinatoren zich afvroegen of een zorgtafel steeds noodzakelijk is, wijzen de bevindingen in deze studie overwegend op de meerwaarde ervan. Zowel in praktische als in symbolische zin lijkt een gezamenlijk afsluitmoment bij te dragen aan de kwaliteit van het traject, en verdient het bijgevolg een structurele plaats binnen de verdere implementatie van zorggarantie.

7 Thema 7A: Rol van de casuscoördinator

De meerwaarde van de casuscoördinator kwam duidelijk naar voren in zowel de interviews als de analyse van de BESTE-vragenlijsten. Ouders en hulpverleners gaven in de gesprekken breed gedragen positieve ervaringen weer met betrekking tot deze rol. Deze kwalitatieve bevindingen werden ondersteund door de kwantitatieve resultaten: over alle casussen heen scoorde het thema ‘casuscoördinator’ gemiddeld rond score 4 op een vijfpuntenschaal, wat overeenkwam met “eerder akkoord”. Bovendien was de spreiding klein, wat wijst op een hoge mate van overeenstemming tussen de respondenten.

Deze positieve appreciatie weerspiegelde zich op verschillende vlakken. Zowel hulpverleners als de meeste ouders beschouwden de rol van de casuscoördinator als een duidelijke meerwaarde binnen het zorggarantietraject. Casuscoördinatoren brachten structuur in het proces, mogelijk mede ondersteund door het gehanteerde driekolommenmodel (zie thema 2). Dit hielp om de focus te behouden en maakte doelgerichte actie mogelijk.

Een andere vaak benoemde meerwaarde betrof de ontlasting voor hulpverleners. Dankzij de aanwezigheid van een casuscoördinator konden zij hun eigen perspectief inbrengen zonder zich verantwoordelijk te hoeven voelen voor de procesbegeleiding van de zorgtafel. Vrijwel alle hulpverleners onderstreepten bovendien het belang van de neutraliteit van de casuscoördinator. Die positie stelde hen in staat om verschillende perspectieven te integreren en met een open, objectieve blik naar het geheel te kijken. In die zin lijkt de inzet van een externe persoon, zoals de casuscoördinator, het risico of de perceptie van belangenvermenging te reduceren.

Ook voor ouders bleek deze neutraliteit van cruciaal belang. Wanneer deze neutraliteit in twijfel werd getrokken – bijvoorbeeld wanneer casuscoördinatoren al te stellig partij leken te kiezen – kon dit leiden tot wantrouwen en frustratie. Ouders verwachtten een onpartijdige procesbegeleider die hun perspectief serieus nam zonder daarin volledig op te gaan. Hulpverleners gaven in diezelfde lijn aan dat

de casuscoördinator via haar neutrale positie kon bijdragen aan een gevoel van gedragenheid: door moeilijke boodschappen vanuit het geheel te verwoorden en tegelijk de belangen van alle betrokkenen te bewaken.

Samen genomen wijzen deze bevindingen op de centrale en verbindende rol van de casuscoördinator binnen zorggarantie. Zowel in procesmatige als in relationele zin lijkt deze rol een belangrijke hefboom voor het realiseren van een transparante, afgestemde en gedragen samenwerking.

8 Thema 7B: Middelengebonden casus

Binnen dit onderzoek werd ook één casus geïdentificeerd waarbij zorggarantie zich beperkte tot het toekennen van middelen, zonder verdere coördinatie of begeleiding. Vanwege de unieke inzichten die deze casus opleverde, wordt deze daarom afzonderlijk besproken.

Uit de interviews bleek dat er voor dergelijke louter middelengebonden trajecten op dit moment geen duidelijk en uniform kader bestaat. De rol van de casuscoördinator werd in deze situatie minder uitgebreid ingevuld en bleef beperkt tot een eenmalige zorgtafel. Hoewel deze rol werd gewaardeerd vanwege de neutraliteit, het verzamelen van aanvullende informatie en het schetsen van een genuanceerd beeld van de situatie, werd het mandaat van de casuscoördinator als beperkter ervaren. Dit ging gepaard met twijfel over de eigen bijdrage en gevoelens van beperkte verantwoordelijkheid en handelingsverlegenheid.

Daarnaast leidde deze beperkte positie tot onvoldoende inzicht in de besteding van de toegekende middelen. Omdat het mandaat van de casuscoördinator expliciet beperkt is tot procesmatige begeleiding en samenwerking, voelde deze zich doorgaans niet bevoegd om de effectiviteit of besteding van middelen op te volgen of bij problemen in de uitvoering in te grijpen. Dit spanningsveld draagt bij aan een gevoel van machteloosheid.

9 Thema 8: Zorggarantie voorwaarden

Ondanks de uiteenlopende ervaringen en perspectieven die naar voren kwamen in de interviews, tekenden zich drie overkoepelende thema´s af: (1) het belang van transparantie; (2) de uitdagingen rond het zorggarantieopzet; (3) de rol van de aanmelder.

Het belang van transparantie

Transparantie bleek essentieel voor het vertrouwen en de samenwerking tussen ouders en hulpverleners. Bij situaties waarin ouders onvoldoende werden geïnformeerd over de aanmelding binnen het zorggarantietraject, ontstond vaak weerstand en wantrouwen. Ook het delen van zorgen of indrukken zonder medeweten van ouders leidde tot conflicten en gevoelens van onbegrip.
Daarentegen ervoeren ouders die wél goed werden geïnformeerd vaak een minder bedreigde en meer gedragen positie.

De uitdagingen rond het zorggarantieopzet

Het zorggarantieopzet bleek voor zowel ouders als sommige hulpverleners niet altijd even duidelijk. Veel ouders hadden bijvoorbeeld de indruk dat het traject automatisch zou resulteren in een uithuisplaatsing, wat zorgde voor onnodige spanning en misverstanden. Deze misvatting lijkt deels voort te komen uit de emotionele lading die het traject met zich meebrengt, waardoor nuance soms verloren

gaat. Daarnaast gaven hulpverleners aan dat het een uitdaging is om het doel en de werkwijze van zorggarantie helder en toegankelijk aan ouders over te brengen. Dit wordt mogelijk bemoeilijkt door een combinatie van emotionele context en een gebrek aan eenduidige communicatie. Hoewel er in sommige regio´s instrumenten beschikbaar zijn om het traject toe te lichten, zoals informatieboekjes, bleek dat deze niet altijd werden ingezet of als helpend werden ervaren. Ook kwam naar voren dat sommige hulpverleners het zorggarantieopzet zelf onvoldoende of onjuist begrijpen. Deze onduidelijkheid aan hulpverlenerszijde is problematisch m.b.t. het verstrekken van heldere informatie aan ouders.

De rol van de aanmelder

De rol van de aanmelder bleek in de praktijk complex en soms belastend. Enerzijds bemoeilijkt een onvolledig begrip van het zorggarantieopzet bij de aanmelder de communicatie richting ouders. Anderzijds ervaarde minstens één aanmelder een spanningsveld doordat zij geacht werd zorgen vooraf met ouders te bespreken, die niet perse van haarzelf afkomstig waren. Dit kan leiden tot een solitaire positie waarin zij zich kwetsbaar voelen voor individuele kritiek van ouders. Deze dynamiek vraagt aandacht om de rol van de aanmelder beter te ondersteunen en te verduidelijken binnen het zorggarantieproces.

Hoofdstuk 7
Aanbevelingen

Op basis van de casusanalyses werden verschillende aandachtspunten geïdentificeerd die richting kunnen geven aan de verdere uitbouw en toepassing van zorggarantie. De aanbevelingen worden thematisch gepresenteerd, aansluitend bij de belangrijkste hefbomen en knelpunten die in dit onderzoek naar voren kwamen. Elk thema belicht een specifiek aspect van de praktijk, met concrete suggesties voor verfijning of verduidelijking.

De aanbevelingen richten zich zowel tot beleidsmakers als tot praktijkwerkers. Sommige aanbevelingen vragen om een duidelijke positionering en afbakening op beleidsniveau, zoals de visie op netwerkplaatsing, het kader voor middelengebonden casussen en de rol en mandaten van casuscoördinatoren. Andere aanbevelingen zijn vooral bruikbaar in de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld rond het selecteren en betrekken van actoren, de concrete toepassing van het driekolommenmodel, de organisatie van afsluitende zorgtafels of het versterken van transparantie richting ouders. Op die manier bieden de aanbevelingen handvatten op beide niveaus: enerzijds voor het vastleggen van krijtlijnen en uitgangspunten, anderzijds voor het verfijnen van de uitvoering in de praktijk.

1 Thema 1: Betrekken van verschillende (potentieel) interessante actoren

Op het eerste zicht leken de casussen met meer hulpverleners succesvoller. Bij grondigere analyse blijken niet noodzakelijk het aantal betrokkenen, maar hun relevantie, mate van betrokkenheid en evenwichtige vertegenwoordiging doorslaggevend voor een effectieve samenwerking. Hoewel duowerkingen (per aansluitende dienst) waardevol kunnen zijn voor de ondersteuning van hulpverleners, is het aangewezen om dergelijke afstemmingen, mits voorgaande communicatie met de ouders, in afzonderlijke teammomenten te organiseren. Op die manier blijft transparantie behouden, krijgen hulpverleners toegang tot aanvullende perspectieven en wordt een gevoel van overladenheid bij ouders vermeden.

Daarnaast blijkt de rol van een professionele persoonlijke begeleider of contextbegeleider een belangrijke meerwaarde te bieden, onder andere door diens mogelijkheid om boodschappen van ouders mee op tafel te leggen, hun reacties in te schatten en er ook op in te spelen.

2 Thema 2: Structuurgericht werken

De toepassing van het driekolommenmodel blijkt in de praktijk helpend voor betrokkenheid en helderheid. Om dit verder te versterken, wordt aanbevolen om het model tijdens de zorgtafel samen met ouders uit te schrijven. In plaats van dit model nadien opnieuw uit te werken in het verslag, kan overwogen worden om er tijdens de bijeenkomst een foto van te nemen en deze als visueel onderdeel toe te voegen aan het schriftelijke verslag, naast het afsprakenblad. Deze werkwijze bevordert niet alleen tijdsefficiëntie, maar draagt ook bij aan transparantie en verhoogde verstaanbaarheid, doordat het verslag rechtstreeks verwijst naar het gezamenlijke denkproces tijdens de zorgtafel.

3 Thema 3 & 4: Oog voor krachten & Samenwerken met ouders

Ouderbetrokkenheid werd overwegend als positief ervaren, maar blijkt niet automatisch te leiden tot gedeelde besluitvorming of transparantie. Integendeel, eenzijdige nadruk op sterktes of vrijwilligheid kan ertoe leiden dat bezorgdheden onder de radar blijven, zeker wanneer hulpverleners terughoudend zijn uit vrees om de relatie met ouders te schaden.

In dat opzicht kan het helpend zijn om – in situaties waarin hulpverleners merken dat ze niet op één zitten – eerst intern overleg te organiseren zonder aanwezigheid van ouders, mits mededeling en akkoord van de ouders. Dit soort overlegmomenten kan ruimte bieden om verschillen in visie, twijfel of onzekerheden te bespreken en te voorkomen dat onenigheid of rolonduidelijkheid zichtbaar word voor ouders. Net zoals van gescheiden ouders wordt verwacht dat zij meningsverschillen niet ten koste laten gaan van hun kinderen, kunnen hulpverleners in kwetsbare trajecten baat hebben bij een interne afstemming die voorkomt dat spanningen of onzekerheid over strategieën expliciet doorklinken naar ouders.

Dergelijke interne afstemming dient niet noodzakelijk een standaardpraktijk te worden, maar kan wel aanbevolen worden wanneer hulpverleners voelen dat gedeelde verantwoordelijkheid of open communicatie in het gedrang komt. Belangrijk is dat elke actor de ruimte voelt om dergelijke signalen bespreekbaar te maken, met behoud van zijn of haar individuele verantwoordelijkheid in het contact met ouders.

Tot slot vraagt ouderbetrokkenheid ook aandacht voor verstaanbaarheid**:** hoewel ouders hun aanwezigheid op overlegmomenten doorgaans wisten te waarderen, bleek uit de interviews dat de inhoud en vorm van deze gesprekken niet altijd afgestemd waren op hun leefwereld en/of mogelijkheden. Er is nood aan verdere reflectie over hoe overlegmomenten op een begrijpbare en toegankelijke manier kunnen worden vormgegeven, zodat ouders niet alleen aanwezig zijn, maar ook echt kunnen deelnemen.

4 Thema 5: Netwerk

De betrokkenheid van het netwerk is een krachtig, maar ook kwetsbaar aspect binnen zorggarantie. Het uitgangspunt “baat het niet, dan schaadt het niet” blijkt in de praktijk niet altijd op te gaan. Wanneer netwerkfiguren afhaakten, had dit namelijk ingrijpende gevolgen voor alle betrokkenen: het gezin, de hulpverlening en vermoedelijk ook voor de netwerkfiguur zelf. Dit benadrukt de noodzaak om de mogelijke risico´s, naast de potentiële voordelen, expliciet te erkennen en bespreekbaar te maken.

Om een duurzame betrokkenheid van netwerkfiguren te bevorderen, is er (sterkere) aandacht nodig voor drie aspecten:

1. Werving:

   Het is belangrijk zorgvuldig na te gaan welke netwerkfiguren geschikt zijn voor (tijdelijke) plaatsingen. Criteria zoals betrouwbaarheid, stabiliteit, gezondheid en opvoedvaardigheden kunnen bijdragen aan een betere match en het verminderen van risico´s.

2. Voorbereiding en ondersteuning:

Netwerkfiguren dienen voorafgaand aan hun betrokkenheid helder geïnformeerd te worden over hun rol, de verantwoordelijkheden en uitdagingen die hun rol met zich meebrengt. Dit omvat onder meer:

- Taken en verwachtingen: helder bespreken wat praktisch, emotioneel en relationeel van hen wordt verwacht.
- Tijdelijke inbalans in geven en nemen: netwerkfiguren zullen gedurende de plaatsing tijdelijk meer investeren in de (vriendschaps)relatie met de ouder(s) dan ze terugontvangen. Vanuit de *equity* theorie van Adams (1965) wordt echter benadrukt dat mensen spanningen ervaren wanneer – in een relatie - hun opbrengsten in verhouding kleiner blijken dan deze van de referentiefiguur. Tijdelijke verschuivingen hierin (door de (intensieve) zorg die zij op zich nemen) verdienen daarom erkenning en behoeven duidelijke afspraken over verwachtingen en mogelijke vormen van erkenning door de ouder(s). Dit voorkomt misverstanden en ondersteunt de houdbaarheid van de relatie.
- Spanningen en conflicten: inzichtelijk maken van mogelijke relationele uitdagingen met ouders of kinderen en aangeven welke steun, en van wie, netwerkfiguren daarin kunnen verwachten.
- Grenzen: expliciet bespreken welke grenzen netwerkfiguren praktisch en emotioneel mogen en moeten trekken richting kind en ouder(s) om overbelasting te voorkomen.
- Scenario´s bij afbreken: bespreken van de mogelijke effecten en vervolgstappen wanneer een plaatsing vroegtijdig of onverwacht afbreekt, inclusief de impact op het kind, de ouders en henzelf, dit helpt bij het scheppen van realistische verwachtingen en risicobewustzijn.

3. Monitoring en begeleiding

Actieve opvolging van netwerkfiguren is cruciaal voor het welzijn van het kind en de duurzaamheid van de ondersteuning. Concrete maatregelen kunnen zijn:

- Regelmatig contact om te peilen hoe de netwerkfiguur de situatie ervaart
- Bijsturen van ondersteuning of rolverdeling bij dreigende spanningen, overbelasting of conflicten.
- Duidelijke afspraken over escalatie en professionele ondersteuning, zodat netwerkfiguren zich gesteund voelen.

Door deze drie aspecten – zorgvuldige werving, uitgebreide voorbereiding en actieve monitoring – systematisch te versterken, kan de inzet van netwerkfiguren binnen zorggarantie effectiever en veiliger worden. Het benadrukt bovendien dat de bijdrage van netwerkfiguren waardevol is en erkent de inspanning die dit met zich meebrengt, terwijl tegelijkertijd de risico´s van afbrekende plaatsingen expliciet en transparant worden besproken.

Gezien pleegzorg binnen zorggarantie als preferentiële partner beschouwd wordt in geval van een (tijdelijke) uithuisplaatsing, kan deze – in geval van een pleegzorgvorm[6] - hierin een ondersteunende functie vervullen:

- Screening: pleegzorg kan, dankzij hun expertise, bijdragen aan een zorgvuldige werving en selectie van netwerkfiguren, bijvoorbeeld door hun betrouwbaarheid, stabiliteit, gezondheid en eerdere opvoedkundige ervaring in te schatten, zodat risico´s op problematische plaatsingen verminderen.

6 Pleegzorgvormen betreffen: (1) ondersteunende; (2) perspectiefzoekende; (3) perspectiefbiedende

- Voorbereiding en bewustwording: netwerkfiguren informeren over hun rol, verantwoordelijkheden, uitdagingen en de tijdelijke onevenwichtigheid in geven en nemen.
- Ondersteuning tijdens de plaatsing: beschikbaar zijn voor advies, emotionele steun of praktische hulp.
- Faciliteren van communicatie: helpen bij expliciet maken van afspraken tussen ouder(s) en netwerkfiguren en het bespreken van verwachtingen om misverstanden en spanningen te beperken.

Pleegzorg kan zo fungeren als een schakel de die haalbaarheid en duurzaamheid van (tijdelijke) uithuisplaatsingen vergroot, zonder netwerkfiguren volledig op zichzelf te laten.

5 Thema 6: Afsluitende zorgtafel

Een afsluitende zorgtafel is essentieel om terug te blikken op het gelopen traject en duidelijkheid te scheppen over vervolgafspraken en de verantwoordelijkheden van de afrondende diensten. Doordat hulpverleners elkaar echter na Zorggarantie snel uit het oog lijken te verliezen, is het aangewezen om bij de afronding meteen meerdere vergadermomenten in te plannen voor de hulpverlening die betrokken blijft. Zo blijven zij met elkaar verbonden en wordt de stap naar consultatie kleiner. Bovendien is een afsluitende tafel essentieel om duidelijk te maken wanneer de interventie *zorggarantie* stopt, gezien (deze) hulpverlening geacht tijdelijk te zijn.

Uit de resultaten blijkt dat er nood is aan een duidelijker kader rond de afronding van trajecten. Niet elke casuscoördinator voorziet systematisch een afsluitende zorgtafel, en sommige coördinatoren beschouwen hun opdracht als afgerond zodra het plan opgesteld is. Een aanbeveling is dan ook om te verduidelijken dat niet enkel de opmaak, maar ook de evaluatie van het plan en de opvolging van gemaakte afspraken een essentieel onderdeel vormen van de rol van de casuscoördinator. Dit kan bijdragen aan meer continuïteit en samenhang in de verdere hulpverlening (indien nodig).

6 Thema 7A: Rol van de casuscoördinator

De neutrale, procesmatige positie van de casuscoördinator blijkt van grote meerwaarde voor zowel ouders als hulpverleners. Toch kan deze positie onder druk komen te staan wanneer de casus-coördinator inhoudelijke standpunten inneemt of persoonlijke meningen uitspreekt.

De functie van de casuscoördinator wordt het meest gewaardeerd wanneer zij zich toespitst op:

1. Het bieden van structuur en focus in het overlegproces;
2. Het garanderen van een open blik waarin elke stem wordt gehoord;
3. Het vervullen van een boodschappersfunctie, waarbij moeilijke boodschappen op gedragen wijze worden teruggekoppeld en bevraagd.

Het innemen van inhoudelijke standpunten of het formuleren van waardeoordelen lijkt binnen deze functie daarentegen eerder afgeraden, gezien dit de neutraliteit en het vertrouwen van betrokkenen kan ondermijnen.

7 Thema 7B: Middelengebonden casus

De inzet van middelen zonder kader voor opvolging en samenwerking legde enkele belangrijke spanningsvelden bloot. Enerzijds kon de zelfstandigheid van de betrokken hulpverlening de werklast voor zorggarantie verminderen. Anderzijds zorgde dit opzet voor weinig handvatten voor de casuscoördinator, wat zorgde voor een gebrek aan opvolging en toezicht en samenging met gevoelens van onzekerheid, machteloosheid en verwijt.

Deze bevindingen wijzen op een mogelijk knelpunt binnen het huidige zorggarantiemodel: wanneer de inzet zich beperkt tot het verstrekken van middelen, zonder dat een kader voor opvolging, evaluatie of samenwerking is voorzien, vervaagt de rol van de casuscoördinator en blijft onduidelijk wie eindverantwoordelijkheid draagt voor de ingezette hulp.

Het is daarom aangewezen om binnen zorggarantie na te denken over een specifiek kader voor middelengebonden casussen. Een dergelijk kader zou duidelijkheid moeten bieden over (1) de minimale rol en mandaten van de casuscoördinator; (2) mogelijkheden tot opvolging en terugkoppeling; (3) de verhouding tussen neutraliteit en zelfstandigheid; (4) de voorwaarden waaronder middelinzet voldoende verantwoord kan worden zonder inhoudelijke betrokkenheid.

8 Thema 8: Zorggarantie voorwaarden

Tot slot blijkt ook de basisinformatie over zorggarantie onvoldoende uitgewerkt. Voordat hulpverleners het opzet van zorggarantie op een heldere en geloofwaardige manier kunnen overbrengen aan ouders, is het essentieel dat zij zelf grondig en correct geïnformeerd worden. De informatie die momenteel online voorhanden is (https://www.opgroeien.be/over-opgroeien/projecten/zorggarantie-jonge-kind), benadrukt weliswaar de doelstellingen van zorggarantie, maar blijft vaak beperkt in haar praktische uitwerking. Dit schept het risico op “lege” of vage concepten die vatbaar zijn voor uiteenlopende interpretaties en onzekerheid bij zowel hulpverleners als gezinnen. Dergelijke onduidelijkheid kan zich ook uiten in de rolverdeling tussen betrokken actoren. Zo werd in deze studie ook de kwetsbare rol van de aanmelder gesignaleerd, als deze verwachtingen dient op te nemen die niet altijd helder zijn afgebakend.

Het is daarom aangewezen om de centrale thema´s van zorggarantie – zoals in deze studie gehanteerd – te gebruiken als structurele kapstokken, voorzien van concrete en toegankelijke toelichting. Ook richting ouders kan vooraf meer duidelijkheid worden geboden over organisatorische elementen, zoals welke hulpverleners zullen aansluiten, hoeveel deelnemers men aan de zorgtafel kan verwachten en hoe lang een overleg doorgaans duurt. Zulke verduidelijkingen kunnen bijdragen aan meer transparantie en het reduceren van onzekerheid.

9 Slotbeschouwing

Hoewel deze aanbevelingen thematisch gepresenteerd worden, staan ze niet los van elkaar. Ze onderstrepen samen het belang van een gedragen, duidelijke en doordachte invulling van zorggarantie, waarin ruimte is voor afstemming, samenwerking, en zorg op maat. De kracht van het model zit niet alleen in zijn principes, maar ook in de wijze waarop deze vertaald worden naar de praktijk. De verdere

verfijning van dit kader biedt kansen om de continuïteit, toegankelijkheid en effectiviteit van hulpverlening voor jonge kinderen en hun gezinnen te versterken.

Hoofdstuk 8
Beperkingen

Bij de interpretatie van de resultaten van deze studie dienen verschillende methodologische beperkingen in acht te worden genomen. In totaal werden tien casussen onderzocht, met als opzet om per casus drie perspectieven te bevragen: dat van de casuscoördinator, een betrokken hulpverlener en één of beide ouders. In de praktijk kon dit slechts gedeeltelijk worden gerealiseerd. In zeven casussen werd een ouder of ouderpaar bereikt, maar in één van deze gevallen werd het interview vroegtijdig afgebroken omdat de betrokkene zich geen traject met zorggarantie kon herinneren. Hierdoor konden uiteindelijk slechts zes ouderperspectieven substantieel worden meegenomen in de analyse.

Bovendien is er sprake van een zekere selectiebias bij het includeren van ouderperspectieven. In eerste instantie werd gestreefd naar een aselecte steekproef, waarbij ouders willekeurig werden geselecteerd en gecontacteerd voor deelname. In de praktijk bleek deze werkwijze echter niet haalbaar: veel ouders reageerden niet of gaven aan niet te willen deelnemen. Daarom werd uiteindelijk gekozen voor een meer opportunistische benadering, waarbij alle ouders die bereid waren om deel te nemen, werden geïncludeerd. Dit heeft als gevolg dat vooral ouders met een grotere bereidheid tot reflectie of communicatie vertegenwoordigd zijn in het onderzoek, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten kan beperken.

Daarnaast moet worden benadrukt dat de steekproefomvang beperkt is. Tien casussen vormen een relatief kleine basis om generaliseerbare uitspraken over het zorggarantie-opzet te formuleren. Bovendien verschilden de onderzochte casussen sterk in achtergrond, context en verloop. Dat is inherent aan het werkveld van zorggarantie, waarin maatwerk en situering in de specifieke leefcontext centraal staan. Hoewel uit de analyse enkele overkoepelende patronen en thema's naar voren kwamen, blijven veralgemeningen moeilijk, net omdat elk traject uniek was en onder andere omstandigheden werd uitgevoerd.

Een bijkomende uitdaging betrof de variatie in uitvoering van zorggarantie tussen de onderzochte casussen. Er werden verschillen vastgesteld in onder meer de manier waarop het driekolommenmodel werd toegepast, het gebruik van ondersteunende tools (zoals een aanmeldingsboekje), de betrokkenheid van externe partners en de houding ten opzichte van het toekennen van middelen. Zo gaven sommige casuscoördinatoren aan dat zij een zorgtafel organiseerden met fysieke uitwerking van het driekolommenmodel op een whiteboard, terwijl anderen het model enkel impliciet toepasten. Hoewel het niet mogelijk is om op basis van één of twee casussen per provincie robuuste uitspraken te doen over regionale verschillen, gaven sommige casuscoördinatoren wel aan dat zij wisten of vermoedden dat de invulling in andere regio's verschilt. Deze signalen wijzen op mogelijke variabiliteit in implementatie, die de vergelijkbaarheid tussen casussen en algemene uitspraken over de werking bemoeilijkt.

Ook de tijd tussen het traject en het moment van bevraging vormde een relevante factor. Sommige casussen dateren van 2023, wat voor verschillende respondenten leidde tot moeilijkheden in het herinneren van details. Meerdere hulpverleners gaven aan dat zij hun notities erbij moesten nemen of zich aanvankelijk weinig konden herinneren van het traject. In de meeste gevallen kwam de herinnering geleidelijk aan weer op gang tijdens het interview, maar op bepaalde vragen werd geantwoord met "dat

weet ik niet meer". Dit beïnvloedt in zekere mate de volledigheid en betrouwbaarheid van de verkregen informatie.

Wat betreft de vragenlijsten**,** zijn er eveneens enkele beperkingen te vermelden. De BESTE-vragenlijst – een bestaand instrument dat binnen dit onderzoek werd overgenomen – werd gedeeltelijk ingevuld door vijf casuscoördinatoren, drie betrokken hulpverleners en twee ouders. Eén ouder vulde de vragenlijst echter voornamelijk in met de antwoorden "niet van toepassing" of "geen mening", waardoor deze data beperkt bruikbaar was. Het lage aantal respondenten en de grote onderlinge variatie tussen casussen maken het bovendien moeilijk om met deze gegevens statistisch onderbouwde uitspraken te doen. De spreiding binnen de kleine dataset is te gering, terwijl de inhoudelijke verschillen tussen de casussen te groot zijn.

De aanvullend ontwikkelde zorggarantievragenlijst werd verspreid onder hulpverleners die niet werden geïnterviewd en was inhoudelijk afgestemd op de interviewleidraad. Een eerste beperking hierbij is dat deze vragenlijst geen mogelijkheid bood tot verdieping of toelichting van antwoorden. Daarnaast was ook hier het aantal respondenten beperkt: slechts zestien hulpverleners vulden de vragenlijst in. De verdeling over de casussen was bovendien ongelijk: voor vier casussen waren er geen enkele invullingen, terwijl de overige zes casussen respectievelijk vertegenwoordigd waren door 6, 3, 3, 2, 1 en 1 respondenten. Hierdoor ontstond een vertekend beeld waarbij bepaalde casussen zwaarder doorwogen in de analyse dan andere. In casussen met slechts één respondent, kan deze respondent disproportioneel veel invloed uitoefenen op de gemiddelde scores, terwijl casussen met meerdere respondenten intern meer nuance kunnen bevatten. Voorzichtigheid is dan ook geboden wanneer casussen met elkaar worden vergeleken of algemene uitspraken worden gedaan op basis van deze beperkte en ongelijk verdeelde data.

Tot slot dient te worden onderstreept dat dit onderzoek plaatsvond in een context van lopende implementatie**.** Het zorggarantie-opzet is nog dynamisch en nog steeds in ontwikkeling, waardoor verschillen in interpretatie, toepassing en structurering onvermijdelijk zijn. Hoewel deze studie waardevolle inzichten oplevert in hoe het opzet in de praktijk vorm krijgt, dienen de bevindingen vooral beschouwd te worden als verkennend en contextueel ingebed.

Hoofdstuk 9
Conclusie

Dit onderzoek had tot doel om, op basis van interviews en vragenlijsten met diverse betrokkenen (casuscoördinatoren, hulpverleners en ouders), inzicht te verwerven in de impact, ervaren tevredenheid en outcome van de zorggarantiewerking. Daarbij werd vertrokken vanuit de centrale onderzoeksvraag: *Wat is de impact, outcome en tevredenheid bij cliënten, stakeholders en medewerkers in de zorggarantiewerking?* In wat volgt worden de belangrijkste bevindingen per onderzoekscomponent kort samengevat.

Impact

De impact van zorggarantie werd onderzocht aan de hand van acht terugkerende thema's. Twee thema´s - Thema 1, het betrekken van verschillende (potentieel) relevante actoren, en thema 7, de rol van de casuscoördinator -, kwamen in alle casussen en over alle niveaus van deelnemers naar voren als structurele sterktes van het traject. Ouders voelden zich door de betrokkenheid van meerdere actoren gesteund en erkend, hoewel een te groot aantal betrokkenen soms stress en wantrouwen kon oproepen. Casuscoördinatoren waardeerden vooral de brede blik die ontstaat door de verschillende perspectieven, terwijl hulpverleners aangaven dat de aanwezigheid van een neutrale casuscoördinator hen hielp zich gedragen en ondersteund te voelen, en het overleg gestructureerd en gefocust te houden.

Andere thema's, zoals thema 3, oog voor krachten, en thema 4, samenwerken met ouders, werden overwegend positief beoordeeld, maar lieten ook spanningsvelden zien. Ouders gaven aan dat erkenning van hun sterktes en hun eigen betrokkenheid in het traject belangrijk waren, maar dat communicatie en afspraken niet altijd voldoende waren afgestemd op hun leefwereld. Hulpverleners en casuscoördinatoren benadrukten dat ouderbetrokkenheid bijdroeg aan draagvlak en samenwerking, maar dat er aandacht moet blijven voor kwetsbaarheden en duidelijke afstemming om misverstanden of conflicten te voorkomen.

Thema 5, netwerk, kende de meeste tegenstrijdigheden, daar het zowel een bron van steun vormde als een potentiële bron van onveiligheid. Ouders konden profiteren van de ondersteuning door netwerkfiguren, maar ervoeren ook kwetsbaarheid, frustratie of voelden zich gekwetst wanneer netwerkfiguren afhaakten. Casuscoördinatoren leken vooral overtuigd van de voordelen, maar waren in sommige casussen onvoldoende bewust van de risico's. Hulpverleners benadrukten de extra ondersteuning die netwerkbetrokkenheid bood, maar merkten ook de bijkomende werkdruk en spanningen op die hiermee gepaard gingen.

Tevredenheid

De tevredenheid met de zorggarantiewerking blijkt gelaagd en verschillend voor ouders en hulpverleners. Bij hulpverleners kwamen de expliciete voordelen het duidelijkst naar voren: zij gaven aan zich doorgaans meer gedragen en ondersteund te voelen binnen het traject. Wanneer deze steun echter ontbrak – bijvoorbeeld door een gebrek aan afstemming of rolduidelijkheid – ervoeren hulpverleners juist extra isolement, omdat ze in een collectief kader een geïsoleerde positie innamen.

Het oordeel van ouders was complexer. Zij beschreven het traject vaak als zwaar en confronterend, waarbij het gevoel overvallen te worden door intensieve betrokkenheid en een veelheid aan hulpverleners soms overheerste. De voordelen waren minder vanzelfsprekend, maar de meeste ouders konden – ondanks deze moeilijkheden – wel meerdere positieve elementen benoemen of bevestigen. Dit wijst erop dat het traject in zekere mate bijdraag aan betekenisvolle ervaringen, zelfs al werd het vertrekpunt als beladen en moeilijk ervaren.

Hoewel een groot deel van de negatieve ervaringen toe te schrijven is aan de aard van de situatie waarin gezinnen verkeren – namelijk de dreiging van een mogelijke uithuisplaatsing – en dus niet rechtstreeks aan het opzet van zorggarantie zelf, bleven bepaalde negatieve gevoelens ook na verloop van tijd bestaan. Dit heeft te maken met enkele structurele knelpunten waar ouders terecht kritiek op uitten, zoals het overmatige aantal hulpverleners aan de zorgtafel. Dergelijke werkwijzen, die vooral ten dienste staan van afstemming tussen professionals, leveren niet noodzakelijk meerwaarde op voor ouders en spelen enkel in het voordeel van de hulpverleners.

Outcome/effect

Wat betreft de outcome – het waarborgen van kindveiligheid – gaven alle geïnterviewden, op één uitzondering na, aan dat het traject tot voldoende veiligheid had geleid. In de meeste gevallen werd dit bereikt via ondersteunende maatregelen in de thuissituatie; in enkele casussen was een tijdelijke of langdurige uithuisplaatsing noodzakelijk. Op basis hiervan kan voorzichtig (gezien de beperkte omvang van de steekproef) geconcludeerd worden dat zorggarantie, mits goed ingevuld, effectief bijdraagt aan het creëren van veiligheid.

Tot slot

Hoewel dit onderzoek belangrijke sterktes van de zorggarantiewerking blootlegt, maken de bevindingen ook duidelijk dat het effect ervan niet vanzelfsprekend is. De werking vereist blijvende aandacht voor afstemming, reflectie en begrenzing, om te voorkomen dat de principes waarop zorggarantie gestoeld is hun kracht verliezen of tot onbedoelde neveneffecten leiden.

Referenties

Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. In *Advances in experimental social psychology* (pp. 267–299). https://doi.org/10.1016/s0065-2601(08)60108-2

Agentschap Opgroeien. (2018, 29 mei). *Rondzenbrief*. https://www.opgroeien.be/sites/default/files/documenten/rondzendbrief-zorggarantie-bij-uithuisplaatsing-van-jonge-kinderen-in-vlaanderen---mei-2018.pdf

Agentschap Opgroeien. (2021, 20 december). *Rondzendbrief reconversie in de jeugdhulp.*https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/211220_rondzendbrief_reconversie.pdf

Ainsworth, M. D. S. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral And Brain Sciences*, *1*(3), 436–438. https://doi.org/10.1017/s0140525x00075828

Baginsky, M., Moriarty, J., Manthorpe, J., Beecham, J. and Hickman, B. (2017), Evaluation of Signs of Safe in 10 Pilots, Department for Education, London.

Barker, D. (2012). Developmental origins of chronic disease. *Public Health*, *126*(3), 185–189. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.11.014

Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1973). *Invisible Loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*.

Carey, N. (2012). The epigenetics revolution: how modern biology is rewriting our understanding of genetics, disease, and inheritance. *Choice Reviews Online*, *49*(12), 49–6870. https://doi.org/10.5860/choice.49-6870

Carey, W. B. (2001). From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *22*(2), 144–145. https://doi.org/10.1097/00004703-200104000-00011

Chamberlain, P., Price, J. M., Reid, J. B., Landsverk, J., Fisher, P. A., & Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care? *Child Abuse & Neglect*, *30*(4), 409–424. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.004

Children´s Social Care. *Signs of Safety.* Geraadpleegd op 3 mei, 2025 van https://whatworks-csc.org.uk/wp-content/uploads/WWCSC-Signs-of-Safety-trial-protocol.pdf

Cowen, E. L. (2002). The Enhancement of Psychological Wellness: Challenges and Opportunities. In *Springer eBooks* (pp. 445–475). https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8646-7_21

De Meyer, R. E., Janssen, J., & Veerman, J. W. (2004). Handleiding Beoordelingsschaal Tevredenheid en Effect. Praktikon.

Ehrle, J., & Geen, R. (2002). Kin and non-kin foster care—findings from a National Survey. *Children and Youth Services Review*, *24*(1–2), 15–35. https://doi.org/10.1016/s0190-7409(01)00166-9

Gapp, K., & Bohacek, J. (2017). Epigenetic germline inheritance in mammals: looking to the past to understand the future. *Genes Brain & Behavior*, *17*(3). https://doi.org/10.1111/gbb.12407

Holcomb, G. L., & Nonneman, A. J. (2004). Faithful change: Exploring and assessing faith development in Christian liberal arts undergraduates. *New Directions For Institutional Research*, *2004*(122), 93–103. https://doi.org/10.1002/ir.112

Institute for solution focused therapy. *What is* Solution-Focused Therapy? Geraadpleegd op 12 april, 2025 van https://solutionfocused.net/what-is-solution-focused-therapy/

Ismail, F. Y., Fatemi, A., & Johnston, M. V. (2016). Cerebral plasticity: Windows of opportunity in the developing brain. *European Journal Of Paediatric Neurology*, *21*(1), 23–48. https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2016.07.007

James, S. (2004). Why do foster care placements disrupt? An investigation of reasons for placement change in foster care. *Social Service Review*, *78*(4), 601–627. https://doi.org/10.1086/424546

Janssen, R. (2024). *Kijken naar de mens.* Owl Press.

Jaskelioff, M., Muller, F. L., Paik, J., Thomas, E., Jiang, S., Adams, A. C., Sahin, E., Kost-Alimova, M., Protopopov, A., Cadiñanos, J., Horner, J. W., Maratos-Flier, E., & DePinho, R. A. (2010b). Telomerase reactivation reverses tissue degeneration in aged telomerase-deficient mice. *Nature*, *469*(7328), 102–106. https://doi.org/10.1038/nature09603

Konijn, C., Admiraal, S., Baart, J., Van Rooij, F., Stams, G., Colonnesi, C., Lindauer, R., & Assink, M. (2018). Foster care placement instability: A meta-analytic review. *Children and Youth Services Review*, *96*, 483–499. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.12.002

Li, D., Chng, G. S., & Chu, C. M. (2017). Comparing Long-Term Placement Outcomes of Residential and Family Foster Care: A Meta-Analysis. *Trauma Violence & Abuse*, *20*(5), 653–664. https://doi.org/10.1177/1524838017726427

Li, T., & Chan, D. K. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal Of Social Psychology*, *42*(4), 406–419. https://doi.org/10.1002/ejsp.1842

Moore, T. G., Arefadib, N., Deery, A., & West, S. (2017). The first thousand days: an evidence paper. *Centre For Community Child Health*. https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2017-09/apo-nid108431_1.pdf

Mortelmans, D. (2013). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. In *Leuven : Acco eBooks*. https://lib.ugent.be/nl/catalog/rug01:002080773

Munro, E. (2010). *The Munro Review of Child Protection – Part One: A Systems Analysis*. London: Department for Education.

Nederlands jeugdinstituut. *Veiligheid van het kind*. Geraadpleegd op 15 april, 2025 van https://www.nji.nl/beslissen-over-hulp/veiligheid-kind

Noens, P., & Ramaekers, S. (2022, 31 mei). *Opvoeding: 'Wat na de eerste duizend dagen?'* Sociaal.Net. Geraadpleegd via https://sociaal.net/achtergrond/opvoeding-wat-na-de-eerste-duizend-dagen/

Pollitt, E., Gorman, K. S., Engle, P. L., Martorell, R., Rivera, J., Wachs, T. D., & Scrimshaw, N. S. (1993). Early Supplementary Feeding and Cognition: Effects over Two Decades. *Monographs Of The Society For Research in Child Development*, *58*(7), i. https://doi.org/10.2307/1166162

Rever, G. W. (1972). Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment. *Psychosomatic Medicine*, *34*(6), 562–563. https://doi.org/10.1097/00006842-197211000-00011

Roseboom, T. (2018). *De eerste 1000 dagen. Het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologisch, medisch en maatschappelijk perspectief*. De Tijdstroom.

Roseboom, T., & Van de Krol, R. (2010). Baby's van de hongerwinter. De onvermoede erfenis van ondervoeding. Dedicon.

Sanford, N. (2017). Self and Society. In *Routledge eBooks*. https://doi.org/10.4324/9781315129112

Silberschatz, G. (2008). How Patients Work On Their Plans and Test Their Therapists in Psychotherapy. *Smith College Studies in Social Work*, *78*(2–3), 275–286. https://doi.org/10.1080/00377310802114528

Smaling, A. (1992). Varieties of methodological intersubjectivity — the relations with qualitative and quantitative research, and with objectivity. *Quality & Quantity*, *26*(2), 169–180. https://doi.org/10.1007/bf02273552

Strijker, J., Zandberg, T., & Van Der Meulen, B. F. (2003). Kinship foster care and foster care in the Netherlands. *Children and Youth Services Review*, *25*(11), 843–862. https://doi.org/10.1016/s0190-7409(03)00089-6

Termonia De Mulder, C. (2022). *Risicovol ouderschap tijdens de zwangerschap: maatregelen ter bescherming van ongeboren en toekomstige kinderen*. **Tijdschrift voor Familierecht**, 1, 5-20. Geraadpleegd via de University of Antwerp repository: https://repository.uantwerpen.be/link/irua/184581

Turnell, A., & Murphy, T. (2017). *Signs of Safety®: Comprehensive briefing paper* (4th ed.). Resolutions Consultancy. ISBN 978-0-9924284-1-9

Usher, C. L., Randolph, K. A., & Gogan, H. C. (1999). Placement patterns in foster care. *Social Service Review*, *73*(1), 22–29. https://doi.org/10.1086/515794

Van den Bergh, P. M., & Weterings, A. M. (2007). *Pleegzorg, jeugdzorg voor het kind: pedagogische besluitvorming bij uithuisplaatsing*. Utrecht, The Netherlands: Agiel.

Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., & Coussens, S. (2008). Why do foster care placements break down? A study on factors influencing foster care placement breakdown in Flanders. *International Journal of Child & Family Welfare*, *11*, 77–87.

Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., Carlier, E., & Fransen, H. (2017). Breakdown of foster care placements in Flanders: incidence and associated factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(2), 209–220. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1034-7

Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., Vanschoonlandt, F. (2012). *Op weg met pleegzorg*: *kansen en risico´s.* Leuven, België: Acco.

Vlaamse overheid. *Family finding*. Geraadpleegd op 22 april, 2025 van https://www.opgroeien.be/kennis/themas/family-finding

Vlaamse overheid. *Infant mental health.* Geraadpleegd op 13 juli, 2025 van https://www.opgroeien.be/kennis/themas/infant-mental-health

Vlaamse overheid. *Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ).* Geraadpleegd op 14 mei, 2025 van https://www.jeugdhulp.be/organisaties/ondersteuningscentrum-jeugdzorg-ocj

Vlaamse overheid. *Samen leren in een traject richting veilig, geliefd en omringd opgroeien.* Geraadpleegd op 12 april, 2025 van

https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/Signs%20of%20Savety_Haedens_Welwijs_2021_4_13-17.pdf

Vlaamse overheid. *Veilig en omringd opgroeien van in de buik*. Geraadpleegd op 25 februari, 2025 van https://www.opgroeien.be/aanbod/projecten-samenwerkingen/veilig-en-omringd-opgroeien-van-de-buik

Vlaamse overheid. *Zorggarantie.* Geraadpleegd op 23 december, 2024 van https://www.opgroeien.be/over-opgroeien/projecten/zorggarantie-jonge-kind

Vliegen, N. (2024). *De eerste duizend dagen: Belang versus kwetsbaarheid van sensibiliseren*. Interactie-academie. Geraadpleegd via https://interactie-academie.be/pub/1285

Wallander, J. L., Berry, S., Carr, P. A., Peterson, E. R., Waldie, K. E., Marks, E., D'Souza, S., & Morton, S. M. B. (2021). Patterns of risk exposure in first 1,000 days of life and health, behavior, and education-related problems at age 4.5: evidence from Growing Up in New Zealand, a longitudinal cohort study. *BMC Pediatrics*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12887-021-02652-w

Weatherston, D. J., & Browne, J. V. (2016). What Is Infant Mental Health and Why Is It Important for High-risk Infants and Their Families? *Newborn And Infant Nursing Reviews*, *16*(4), 259–263. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.026

Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Bierer, L. M., Bader, H. N., Klengel, T., Holsboer, F., & Binder, E. B. (2015). Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biological Psychiatry*, *80*(5), 372–380. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.005