

**Van een eerste vermoeden naar ondersteuning  
bij kinderen met een beperking**

Dr. Delphine West  
Prof. dr. Johan Vanderfaeillie

Vrije Universiteit Brussel

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

**STEUNPUNT  
 WELZIJN  
 VOLKSGEZONDHEID &  
 GEZIN**

Publicatie nr. 2025/05  
 SWVG-Rapport 39  
 Titel rapport: Van een eerste vermoeden naar ondersteuning bij kinderen met een beperking  
 Promotor: prof. dr. Johan Vanderfaeillie  
 Onderzoeker: dr. Delphine West  
 Vrije Universiteit Brussel

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten 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

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

## Rapport 39

Maart 2025

### Van een eerste vermoeden naar ondersteuning bij kinderen met een beperking

Onderzoeker: dr. Delphine West

Promotor: prof. dr. Johan Vanderfaeillie

Vrije Universiteit Brussel

### Samenvatting

In Vlaanderen is er weinig bekend over de ondersteuning die gezinnen met een jong kind met een (vermoeden van een) beperking ontvingen en over de hulpverleningstrajecten die zij doorlopen. Het onderzoek had daarom als doel om inzicht te verschaffen in de diensten en/of organisaties waarmee deze gezinnen in contact kwamen. Deze ondersteuning kon zowel door reguliere als specialistische diensten worden aangeboden. Daarnaast wilde het onderzoek inzicht verkrijgen in de factoren die het signaleren van problemen en de besluitvorming inzake het bieden van ondersteuning en/of doorverwijzing beïnvloeden. Ten slotte was het de bedoeling om beleidsaanbevelingen te formuleren die diensten en organisaties zouden helpen om signalen beter te detecteren en herkennen, en om meer adequate hulp te bieden en handelingsverlegenheid te verminderen. In deze samenvatting worden de belangrijkste conclusies per hoofdstuk van het rapport genoteerd, waarna afgerond wordt met beleidsaanbevelingen.

### 1. Vragenlijst ouders

In het eerste deel van dit onderzoek werd de vraag “Met welke diensten/organisaties komen gezinnen met (jonge) kinderen met een (vermoeden van) handicap in contact?” beantwoord aan de hand van een vragenlijststudie. 334 ouders die gekend waren bij het VAPH vulden de vragenlijst in, waarin enkele algemene gegevens bevestigd werden en onder meer gepolst werd naar de diensten die het gezin ondersteunden. Uit hun antwoorden bleek dat hun kinderen gemiddeld 5 jaar waren op dat moment en dat ze een diagnose kregen wanneer ze 2 jaar oud waren. Er kan dus opgemerkt worden dat de diagnose gemiddeld vrij vroeg gegeven werd. Deze jonge leeftijd bij diagnose is mogelijk beïnvloed door de manier van steekproefverzameling, waarbij enkel ouders van kinderen die bij het VAPH gekend waren omwille van het krijgen van zorg, ondersteuning en of hulpmiddelen geselecteerd werden.

De ouders beantwoordden enkele stellingen die geformuleerd werden als: "Ik zou momenteel extra ondersteuning kunnen gebruiken in verband met...". Ze gaven aan extra ondersteuning te kunnen gebruiken op vlak van informatie over diensten die hun kind in de toekomst mogelijk zou kunnen gebruiken (76%), financiële ondersteuning (74%), omgaan met het gedrag van hun kind (66%) en momenteel beschikbare diensten (65%). Aan deze stellingen werd een open vraag toegevoegd. Veel ouders gaven aan behoefte te hebben aan een overkoepelende dienst die hen kan helpen te navigeren in het hulpverleningslandschap voor hun kind met een beperking. Er werd gesuggereerd om een soort zorgloket op te richten waar ouders met vragen over hun kind met een beperking terecht kunnen. Daarnaast werd het idee geopperd om één centraal systeem te ontwikkelen waarin alle gegevens worden opgeslagen, zodat deze bij nieuwe aanvragen niet telkens opnieuw hoeven te worden ingevuld en verzameld. Ook op administratief vlak gaven ouders aan extra ondersteuning nodig te hebben, bijvoorbeeld bij het afhandelen van administratie en het invullen van aanvragen. Meer ondersteuning om in contact te komen met andere ouders van kinderen met een beperking werd ook vernoemd.

De gezinnen werden op basis van de diensten waarmee ze tijdens hun traject in contact kwamen aan de hand van clusteranalyse opgedeeld in verschillende groepen. Uit de elbow plot bleek dat 2 clusters, één met veel ondersteuning en één met weinig, het meest ideale aantal was. De inhoudelijke meerwaarde van deze twee clusters bleek echter beperkt. Om deze reden werd ook de optie van 4 clusters uitgewerkt, waarbij we tot de volgende clusters kwamen: (1) gezinnen die voornamelijk ondersteund werden door reguliere diensten, (2) gezinnen met weinig ondersteuning, (3) gezinnen ondersteund door specialistische én reguliere diensten en (4) gezinnen met voornamelijk specialistische ondersteuning. Een aantal factoren, zoals de diagnose van het kind, of de nood aan extra medische zorgen, het gezinsdiploma, de ervaren sociale steun en het aantal betrokken en gekende diensten waren hiermee geassocieerd. Zo werd er bijvoorbeeld opgemerkt dat gezinnen uit de clusters 3 (reguliere en specialistische) en 4 (specialistische hulpverlening) significant vaker een hoge SES hebben in vergelijking met gezinnen uit het eerste (reguliere hulpverlening) en tweede (weinig ondersteuning) cluster. Er komen in de cluster "specialistische ondersteuning" ook vaker kinderen met een genetische ziekte en meer medische zorgen voor, wat wellicht de specialistische hulp en ondersteuning kan verklaren.

Een organisatie waar veel gezinnen met jonge kinderen mee in contact komen, is Kind en Gezin. Daarom werd er extra ingegaan op het al-dan-niet krijgen van ondersteuning van Kind en Gezin. Wanneer gezinnen aangaven dat ze geen begeleiding kregen van Kind en Gezin, werd de reden hiervan gevraagd. Ouders konden meerdere redenen aangeven waarom ze geen ondersteuning kregen. De meest voorkomende reden was dat hun kinderen elders voldoende opgevolgd werden (68%). Er werd nagegaan of er kenmerken van kinderen en gezinnen samenhangen met elders voldoende opgevolgd worden als reden van ontbrekende ondersteuning van Kind en Gezin. Ouders die aangaven elders voldoende opvolging te hebben, hadden in vergelijking met gezinnen die deze reden niet opgaven, significant vaker een kind dat extra medische zorgen nodig heeft, werden minder vaak opgedeeld in de cluster met weinig ondersteuning en meer in de cluster met specialistische ondersteuning, hadden minder vaak een kind met ASS en hadden vaker een kind met een fysieke beperking dan verwacht.

## 2. Vignetten professionals

Om de onderzoeksvraag “Welke casuskenmerken, beslisserkenmerken en organisatiekenmerken zijn van invloed op het capteren van signalen en de beslissing van het bieden van ondersteuning en/of een doorverwijzing?” te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van een vignettenstudie. Deze vignettenstudie geeft inzicht in de factoren die van invloed zijn op het opmerken van signalen, de ingeschatte ondersteuningsnood van gezinnen en professionals en de nood aan doorverwijzing. Dit vignettenonderzoek werd voorgelegd aan verschillende groepen professionelen (medewerkers K&G, medewerkers kinderopvang, medewerkers kleuteronderwijs, medewerkers MFC’s, medewerkers CLB’s en huisartsen en pediaters). Er werd een vignet geconstrueerd, waarvan enkele casuskenmerken werden gemanipuleerd. Respondenten vulden per vignet vragen in waarmee we de mogelijkheid om signalen te capteren en factoren van invloed op de beslissing tot verlenen van hulp binnen de eigen dienstverlening of een doorverwijzing in kaart brengen. Alle bevroegde professionals kregen een vignet voorgelegd over een meisje van 2,5 jaar met symptomen van een eetproblematiek. Daarnaast kregen de professionals gemanipuleerde informatie over (1) de ontwikkeling van het kind, (2) de sociaal-economische status van het gezin en (3) de bezorgdheid van de ouders. De professionals kregen voor alle drie de factoren at random één van beide opties toegevoegd aan hun vignet.

401 respondenten namen deel aan het onderzoek. Het gaat voornamelijk om vrouwen. De respondenten zijn gemiddeld 43 jaar en hebben 13 jaar ervaring in hun functie. Het merendeel haalde als hoogste diploma een professionele bachelor (48,4%). Een universitair diploma (41,1%) komt ook vaak voor als hoogste diploma. 125 personen werkten voor Kind en Gezin, 49 voor een CLB, 34 werkten in het kleuteronderwijs, 75 in de kinderopvang, 66 waren arts (huisarts of pediaters) en 51 werkten in een MFC.

De professionals kregen ook enkele stellingen voorgelegd, waarmee de attitudes van professionals (een beslisserkenmerk) werden gemeten. Eén hiervan was “Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden”. Personen die in de kinderopvang werkzaam waren, waren het minder eens met de stelling, terwijl de groep huisartsen en pediaters het vaker eens was dan enkele andere groepen professionals. Wanneer de professionals worden opgedeeld in twee groepen - de paramedische beroepsgroepen en professionals met een niet-paramedische opleiding - blijkt dat professionals uit de (para)medische beroepsgroep het meer eens waren met de stelling.

Door middel van lineaire regressie werd bekeken of casuskenmerken, beslisserkenmerken en organisatiekenmerken een invloed hadden op de bezorgdheid van de professionals over de casus, de ingeschatte nood aan ondersteuning van het gezin geschetst in de casus, de nood aan ondersteuning voor zichzelf mochten ze met de casus aan de slag gaan en intentie van doorverwijzing. De casuskenmerken ‘verstandelijke of algemene achterstand’ en ‘ongerustheid van de ouders’, waren in iedere lineaire regressie significant. Professionals waren meer bezorgd, schatten de nood aan ondersteuning voor zichzelf en het gezin hoger in en zouden vaker doorverwijzen wanneer het kind een achterstand heeft en wanneer de ouders ongerust zijn. Het is positief dat er voornamelijk casusfactoren geassocieerd zijn met de afhankelijke variabelen. De organisatie waar de professional tewerkgesteld is was niet geassocieerd met de bezorgdheid om de casus. Medewerkers van een CLB schatten de nood aan ondersteuning voor het gezin en zichzelf minder hoog in dan de referentiegroep medewerkers werkzaam bij Kind en Gezin. Dit is mogelijks te wijten aan de leeftijd van het kind in het vignet, dat net 2,5 jaar oud was. Dit is een leeftijdsgroep die net binnen de doelgroep van de CLB’s valt, waardoor CLB-

medewerkers mogelijk minder ervaring hebben met kinderen van 2,5 jaar oud of bij deze leeftijdsgroep misschien een wat afwachtende houding aannemen. Daarnaast moet ook opgemerkt worden dat enkele diensten meer vertegenwoordigd waren in de steekproef dan andere. Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met de kleine groeps groottes voor sommige diensten. Deze kleine groeps groottes zou de representativiteit in het gedrag kunnen brengen.

### **3. Focusgroepen**

Ten slotte werden twee focusgroepen georganiseerd om volgende onderzoeksvragen te beantwoorden: “Wat is er nodig om (indien nodig) signalen beter te capteren en/of adequater hulp te bieden?” en “Hoe kunnen er bruggen gemaakt worden tussen reguliere en specialistische diensten, zodat ouders door de best passende diensten ondersteund worden?”. Op basis van de literatuurstudie, vragenlijstsonderzoek en vignettenstudie werden enkele in het oog springende thema's bepaald, namelijk toegang tot hulp, signalering en reguliere ondersteuning.

#### **Toegang tot hulp**

In voorgaand onderzoek, zowel nationaal als internationaal, bleek dat ouders het moeilijk vinden om diensten te vinden die hen kunnen ondersteunen. Ook in de vragenlijststudie in dit onderzoek bleek meer informatie over diensten die kunnen ondersteunen nodig. Aan de focusgroepen werd om deze redenen gevraagd hoe het hulpverleningslandschap kan verduidelijkt worden.

Specialistische diensten geven aan over voldoende kennis te beschikken. Kleine en lokale initiatieven echter blijven vaak onbekend. Dit geldt ook voor reguliere diensten, waar deze kleine lokale initiatieven nauwelijks op de radar staan. Het gebrek aan bekendheid met kleine en lokale initiatieven bij alle diensten benadrukt de complexiteit van het hulpverleningslandschap en toont dat heel veel goede initiatieven onderbenut blijven.

Of gezinnen op een adequate manier worden doorverwezen, hangt sterk af van de ervaring en kennis van de professionals en diensten waarmee ze in contact komen. Het vinden van geschikte ondersteuning is vaak afhankelijk van toeval of het treffen van de juiste professional of organisatie. Dit is problematisch. Daarom is het belangrijk om het hulpverleningslandschap te vereenvoudigen, zowel voor professionals als voor ouders. Er worden verschillende oplossingen voorgesteld, zoals de oprichting van een centrale dienst, het inzetten van brugfiguren, het vergroten van kennis over het hulpverleningslandschap bij professionals, en het bevorderen van een warme overdracht door reeds betrokken diensten naar andere meer geschikte diensten en/of vervolghulp. In deze focusgroepen werd geen duidelijke voorkeur voor één van deze voorstellen uitgesproken. Hoewel er waardevolle initiatieven bestaan, zoals loketfuncties en informatieloketten die ouders helpen wegwijs te worden, zijn deze vaak onbekend bij de respondenten. Helaas kan de opstart van verschillende initiatieven het landschap nog complexer maken in plaats van het te vereenvoudigen.

Wanneer gezinnen opgedeeld worden in vier clusters op basis van de diensten waardoor ze ondersteund worden, komen gezinnen met een lage SES vaker voor in de cluster met weinig ondersteuning. De focusgroep werd om verbeteringen om deze groep te bereiken gevraagd.

De respondenten geven aan dat het ingaan op/realiseren van doorverwijzingen vaak lastig is voor gezinnen met een lage SES. Wanneer gezinnen doorverwezen worden, wordt verwacht dat ze zelf contact opnemen. Hier kunnen moeilijkheden opduiken, zoals het ontbreken van kennis, engagement

en het inzien van het nut van de doorverwijzing. Er worden enkele suggesties gegeven zoals begeleiden bij het contact opnemen en aanklampend zijn, maar er wordt ook gewezen op de prestatiegebonden financiering. Dit bemoeilijkt het bereiken van moeilijk bereikbare gezinnen, waar men vaak voor gesloten deuren staat en inspanningen niet kunnen gehonoreerd worden.

### **Signalering**

Er werd ook besproken of er voldoende alertheid is voor signalen van ondersteuningsnoden en of er sprake is van handelingsverlegenheid.

Om de alertheid voor signalen van ondersteuningsnoden bij ouders te vergroten, evenals het bieden van ondersteuning en doorverwijzingen indien nodig, werd het belang van kennisvergroting van professionals benadrukt. Daarnaast werd het versterken van een inclusieve mindset, door nauwere samenwerking tussen reguliere en specialistisch diensten, als een belangrijk aandachtspunt naar voren geschoven.

In de studie met professionals bleek dat vignetten waarbij een achterstand gesimuleerd werd, wel degelijk vaker opgemerkt worden door de respondenten. Toch zijn er respondenten die aangaven dat ze zich geen of amper zorgen maken wanneer ze een vignet voorgelegd kregen waarin signalen van een eetproblematiek gegeven worden, samen met een simulatie van een achterstand.

De leden van de focusgroep wezen op het belang van voldoende aandacht voor de ontwikkeling van kinderen in de opleiding. Wanneer signalen van een beperking wel werden opgemerkt, was het essentieel om deze te signaleren. Hierbij werd het belang van vroeginterventies en het nemen van verantwoordelijkheid door de verschillende diensten benadrukt.

### **Reguliere ondersteuning**

Wanneer professionals de stelling 'Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden' moesten beantwoorden, werd opgemerkt dat (para)medici het meer eens waren met de stelling. Er werd aan de focusgroep gevraagd of dit wenselijk is.

Er werd opgemerkt dat specialistische hulpverlening inderdaad soms het best passend is, maar dat het niet wenselijk is dat de beroepsgroep van de hulpverlener bijdraagt aan vaker naar specialistische hulpverlening doorverwijzen. Opnieuw wordt er gewezen op het belang van de diversiteitsdenken en inclusie en samenwerken tussen reguliere en specialistische diensten in de opleiding en de praktijk. Inclusie zorgt ervoor dat kinderen met een beperking niet gesegregeerd zijn, en maatregelen die kinderen met een beperking ondersteunen kunnen voor veel andere kinderen zonder beperking ook helpend zijn.

In de vragenlijststudie bij ouders werd gepolst naar de ondersteuning van Kind en Gezin. Ouders gaven verschillende redenen aan om geen ondersteuning te krijgen van Kind en Gezin, waarbij de meest voorkomende reden (68%) was dat het kind elders voldoende opgevolgd werd. Er werd aan de focusgroep gevraagd of er nood is aan meer handicapspecifieke kennis bij reguliere diensten als Kind en Gezin.

De leden van de focusgroep geven aan dat de kennis over een beperking opnieuw erg afhangt van de professional die de ouders treffen bij het bezoeken van het consultatiebureau. Er wordt aangegeven dat het minder opmerken van kinderen met een beperking ook zorgt voor weinig kennisverhoging. De

respondenten van de focusgroepen wezen op het belang van inclusiekennis, meer dan handicapspecifieke kennis. Ze stelden voor ouders de keuze te laten om tijdens de reguliere consultatiemomenten te komen, of tijdens momenten specifiek voor kinderen met extra noden. Op de specifieke momenten zou er gezorgd worden voor een legere wachtzaal, meer tijd per consultatie en indien nodig een aangepaste inhoud van de consultatie.

Als laatste werd er ingegaan op de Huizen van het Kind als ankerpunt voor gezinsondersteuning. De respondenten geven aan dat voor het verkrijgen van de vragen rond gezinsondersteuning er een aantal zaken nodig zijn, zoals expertise, fysieke plekken, lokale verankering en voldoende middelen, maar vooral het inzetten op verbinding, vertrouwen en het creëren van een veilige omgeving waarin vragen open kunnen gesteld worden. Opnieuw wijzen de respondenten bij het concretiseren van de expertise op het belang van inclusie-expertise, waarbij er samen met een gezin gezocht kan worden hoe ook de vragen van ouders van een kind met een beperking hun plaats kunnen vinden. Handicapspecifieke kennis is hierbij niet de meest belangrijke kennis. Er moet wel expertise zijn om uit te reiken naar specialistische diensten wanneer deze een meerwaarde hebben voor de gezinnen.

#### **4. Beleidsaanbevelingen**

##### **Toegang tot hulp**

Ondanks alle inspanningen die reeds zijn geleverd om het hulpverleningslandschap te verduidelijken, blijft dit onoverzichtelijk voor ouders en voor professionals. Er blijken erg waardevolle initiatieven te bestaan die dit hiaat willen invullen, zodat de infoloketten en Hotspots, maar deze blijken weinig gekend voor zowel ouders als professionals. Wanneer we professionals vragen of ze gezinnen zouden doorverwijzen, blijken voornamelijk casusfactoren significant. Bijkomend geven professionals in de focusgroep aan dat of, wanneer en naar welke dienst gezinnen worden doorverwezen sterk afhankelijk is van de kennis van de professional over het zorgverleningslandschap en betrokkenheid van individuele hulpverleners.

Er wordt gepleit voor een vereenvoudiging van het hulpverleningslandschap en vergemakkelijken van toegang tot hulp. Er worden verschillende ideeën geformuleerd, die los van elkaar geïmplementeerd kunnen worden, maar ook kunnen gecombineerd worden:

1. Een centrale dienst waar ouders met alle vragen terecht kan en die eventueel kan doorverwijzen. Deze centrale dienst moet functioneren als een eerste aanspreekpunt, met kennis over zowel reguliere als specialistische diensten.
2. Een trajectbegeleider, die mogelijks gekoppeld is aan de centrale dienst. Er wordt gedacht aan een persoon of dienst die aanwezig is op alle scharniermomenten in het leven en die kan toeleiden naar specifieke vormen van hulpverlening, maar ook op vraag van het gezin bereikbaar is. Deze trajectbegeleider is iemand met kennis van reguliere en specialistische ondersteuning, die het gezin kan ondersteunen tijdens hun hulpverleningstraject, de ondersteuning van verschillende diensten kan coördineren (bv. door het organiseren van overleg met alle ondersteunende diensten, nagaan of afspraken werden uitgevoerd) en de belangen van het gezin kan verdedigen.



3. Kennisvergroting bij professionals die met jonge kinderen in contact komen over het hulpverleningslandschap, het belang van vroegdetectie en de reguliere kindontwikkeling.
4. Het opnemen van een warme overdracht wanneer doorverwezen wordt door reeds betrokken diensten. Deze warme overdracht wordt gezien als deel van de opdracht en verantwoordelijkheid van professionals wanneer ze doorverwijzen.

Een aantal reeds bestaande initiatieven sluiten nauw aan bij de omschrijving van de centrale dienst, zoals de infoloketten en Hotspots. Deze initiatieven blijken nauwelijks gekend door gezinnen en professionals. Het lijkt aangewezen te investeren in bekendmaking bij zowel ouders als professionals, maar ook in vereenvoudiging van de structuren van de bestaande initiatieven. Om de overzichtelijkheid voor zowel gezinnen als professionals te vereenvoudigen, moeten keuzes gemaakt worden omtrent deze initiatieven. Er wordt voorgesteld om de verschillende initiatieven zoveel mogelijk samen te smelten, met aandacht voor voldoende regionale spreiding en toegankelijkheid.

### **Versterking reguliere en specialistische diensten en inclusie**

Er heerst bij sommige professionals de overtuiging dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening ondersteund worden. Toch wees eerder onderzoek uit dat veel opvoedingsvragen niet verschillend zijn van deze van reguliere ouders (Hermans et al., 2016). In de literatuur wordt aangeraden van reguliere ondersteuning in te zetten met aanvulling van specialistische diensten wanneer nodig (De Coninck & Kuppens, 2015). Om deze redenen worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Stimuleer structurele samenwerkingen en overlegmomenten tussen reguliere en specialistische diensten. Op die manier kennen de diensten elkaar beter, waardoor er sneller doorverwezen kan worden wanneer dit nodig is. Ook ouders zouden meer bekend zijn met de verschillende diensten, zodat de specialistische diensten minder afschrikken en meer vertrouwd zijn en de reguliere diensten meer naar waarde geschat worden. Voor de diensten zit een grote meerwaarde in expertisebundeling. Deze expertisebundeling geldt voor zowel reguliere als specialistische diensten. Zo kunnen reguliere diensten zich bijvoorbeeld meer handelingsbekwaam voelen door de toegevoegde inclusie- en handicapspecifieke kennis via de specialistische diensten, maar kunnen zij ook hun kennis over hun vakdomein delen, wat de specialistische diensten kan verrijken.
- Bied opleiding en training aan reguliere dienstverleners over inclusie en handicapspecifieke ondersteuning, zodat zij adequaat kunnen reageren op signalen en doorverwijzingen. Let op dat inclusie zeker een plaats krijgt in deze opleidingen, zodat professionals niet meer geneigd zijn om meteen door te verwijzen naar handicapspecifieke ondersteuning. Idealiter komen alle professionals die met kinderen zullen werken in hun opleiding in contact met personen met een beperking, bijvoorbeeld via een stage.
- Zet maximaal in op de ondersteuning door reguliere diensten. Schakel bij door het toevoegen van specialistische hulp wanneer nodig, maar zet ook in op het terugschakelen wanneer deze niet meer nodig zou zijn. Bekijk ook wanneer gezinnen binnen specialistische dienstverlening ondersteund worden, of bepaalde vragen vanuit reguliere diensten kunnen opgenomen worden. Hierbij mag de continuïteit voor gezinnen niet uit het oog verloren worden, overleg met gezinnen

wat zij als werkbaar en ondersteunend zien. Er moet ook voldoende aandacht zijn voor de regie van het traject wanneer verschillende diensten betrokken zijn, wat bijvoorbeeld door de eerder genoemde trajectbegeleider opgevangen kan worden.

### **Toegankelijkheid voor gezinnen**

Er werd vanuit een bezorgdheid om de toegankelijkheid tot ondersteuning van gezinnen met een lage SES bekeken hoe gezinnen met een lage SES kunnen ondersteund worden in het ingaan op doorverwijzingen. Vanuit inclusiestandpunt verbreden we de aanbevelingen naar alle gezinnen, omdat het gros van deze aanbevelingen voor alle gezinnen nuttig kunnen zijn.

- Zorg voor voldoende informatie over het nut van de doorverwijzing en de meerwaarde die de dienst waar naar doorverwezen wordt voor het gezin kan hebben.
- Implementeer aanklampende hulpverlening waarbij professionals gezinnen ondersteunen bij het opnemen van contact na een doorverwijzing wanneer gezinnen hier aan toe zijn. Zoek hier een evenwicht tussen empowerment en ondersteuning bij het contact opnemen van diensten waar naar doorverwezen wordt.
- Professionals geven aan dat de prestatiegebonden financiering het ondersteunen van moeilijk bereikbare gezinnen bemoeilijkt. Pas de manier van financieren aan, zodat er voldoende tijd en middelen zijn om ook deze kwetsbare gezinnen te bereiken, bijvoorbeeld door het implementeren van een forfaitaire vergoeding of trajectfinanciering.
- Zorg voor laagdrempelige toegang tot informatie en ondersteuning. Hou de aanmeldprocedure zo eenvoudig mogelijk, zodat het voor alle gezinnen haalbaar is hun kind aan te melden.

### **Versterking van signalerings- en doorverwijzingsprocessen**

- Zet in op het oppikken van signalen van ontwikkelingsproblemen tijdens de opleiding van professionals en latere bijscholingen, bij voorkeur d.m.v. een vak dat nauw aansluit bij de praktijk (observatie, casuïstiek).
- Het reeds vermeldde bevorderen van samenwerking tussen reguliere en specialistische diensten kan een manier zijn om handelingsverlegenheid te verminderen en kennis over werken met kinderen met een beperking en een inclusieve mindset te versterken.
- Zet in op het deproblematiseren van vroegsignalering, het belang van vroeginterventies en de verantwoordelijkheid van diensten om zaken die hen opvallen te signaleren. Wanneer reguliere diensten doorverwijzen naar mee specialistische diensten, moeten deze doorverwijzingen ernstig genomen worden. Zet hiervoor in op het sensibiliseren van specialistische diensten.

### **Sociale steun**

Het contact met andere ouders bleek erg belangrijk in de literatuur, en werd ook vermeld door ouders in het vragenlijstonderzoek.

- Faciliteer oudergroepen voor ouders van kinderen met een beperking, zodat zij hun ervaringen en kennis kunnen delen en sociale steun kunnen geven aan elkaar.

**Huizen van het Kind als ankerpunt**

Wanneer opvoedingsvragen via reguliere kanalen verzameld zouden worden, zoals via de Huizen van het Kind, is het belangrijk voldoende middelen, expertise en lokale verankering te verzekeren, zodat zij kunnen fungeren als laagdrempelig aanspreekpunt voor gezinnen. Er moet ingezet worden op het creëren een veilige en uitnodigende omgeving, met aandacht voor inclusie-expertise en vertrouwen. Er moet een warme overdracht naar specialistische diensten geïnitieerd worden indien nodig, met een focus op continuïteit en maatwerk.



# Inhoud

<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>19</b>
1	Probleemstelling	19
2	Inleiding	19
2.1	Ondersteuningsbehoeften ouders	20
2.2	Reguliere ondersteuning bij een (vermoeden van een) beperking	23
2.3	Diensten	26
2.4	Onderzoeksvragen	33
2.5	Ethische commissie	33
2.6	Leeswijzer	33
<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Vragenlijst ouders</b>	<b>35</b>
1	Onderzoeksmethode	35
1.1	Procedure	35
1.2	Inclusiecriteria en samenstelling steekproef	35
1.3	Vragenlijst	37
1.4	Analyses	37
2	Resultaten	39
2.1	Beschrijvende resultaten	39
2.2	Clusteranalyse	46
2.3	Ontbrekende begeleiding Kind en Gezin	57
3	Conclusie	64
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Vignettenstudie professionals</b>	<b>67</b>
1	Methode	67
1.1	Inclusiecriteria en samenstelling steekproef	67
1.2	Vignetten	67
2	Analyses	70
3	Resultaten	71
3.1	Beschrijvende resultaten	71
3.2	Lineaire regressies	77
4	Conclusie	82
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Focusgroepen</b>	<b>85</b>
1	Thema 1: toegang hulp	86
1.1	Subthema 1: hulpverleningslandschap	86
1.2	Subthema 2: toegang tot hulp voor ouders met een lage SES	89

2	Thema 2: signalering	91
2.1	Subthema 1: alertheid signalen en handelingsverlegenheid	91
2.2	Subthema 2: signalering bezorgdheid	92
3	Thema 3: reguliere ondersteuning	93
3.1	Subthema 1: overtuiging paramedici	93
3.2	Subthema 2: reguliere en specialistische diensten	95
3.3	Subthema 3: Huizen van het Kind ankerpunt gezinsondersteuning	96
4	Conclusie	96
<b>Hoofdstuk 5 Conclusie en beleidsaanbevelingen</b>		<b>99</b>
1	Vragenlijst ouders	99
2	Vignetten professionals	100
3	Focusgroepen	101
4	Beleidsaanbevelingen	103
<b>Referenties</b>		<b>107</b>
<b>Bijlagen</b>		<b>115</b>
1	Bijlage 1: vragenlijst ouders	115
2	Bijlage 2: vragenlijst professionals	122
3	Bijlage 3: vragenlijstonderzoek ouders: overzicht diensten en ondersteuning	128
4	Bijlage 4: vragenlijstonderzoek professionals: inschatting per vignet	145

## Lijst tabellen

Tabel 1	Steekproeftrekking vragenlijst ouders	36
Tabel 2	Kenmerken van respondenten en kinderen vragenlijst ouders	39
Tabel 3	Diagnose kinderen vragenlijst ouders	40
Tabel 4	Wijze van opvang/onderwijs vragenlijst ouders	40
Tabel 5	Reden keuze van opvang/onderwijs vragenlijst ouders	41
Tabel 6	Nood aan verdere ondersteuning vragenlijst ouders	42
Tabel 7	Ervaren sociale steun vragenlijst ouders	43
Tabel 8	Gekende diensten vragenlijst ouders	44
Tabel 9	Diensten ontvangen ondersteuning vragenlijst ouders	45
Tabel 10	Ondersteuning van diensten tijdens traject (2 clusters) vragenlijst ouders	47
Tabel 11	Kenmerken kinderen deel 1 (2 clusters) vragenlijst ouders	48
Tabel 12	Kenmerken kinderen deel 2 (2 clusters) vragenlijst ouders	49
Tabel 13	Ondersteuning van diensten tijdens traject (4 clusters) vragenlijst ouders	50
Tabel 14	Kenmerken kinderen deel 1 (4 clusters) vragenlijst ouders	52
Tabel 15	Kenmerken kinderen deel 2 (4 clusters) vragenlijst ouders	53
Tabel 16	Reden ontbrekende ondersteuning Kind en Gezin	57
Tabel 17	Kenmerken ontbrekende ondersteuning K&G: voldoende opvolging elders	59
Tabel 18	Kenmerken ontbrekende ondersteuning K&G: onvoldoende kennis	60
Tabel 19	Kenmerken ontbrekende ondersteuning K&G: praktische redenen	61
Tabel 20	Kenmerken ontbrekende ondersteuning K&G: negatieve redenen	62
Tabel 21	Kenmerken ontbrekende ondersteuning K&G: K&G ongekend	63
Tabel 22	Kenmerken van de respondenten: vignettenstudie	71
Tabel 23	Overtuiging ondersteuning kinderen beperking best specialistische hulpverlening en dienst	74
Tabel 24	Overtuiging ondersteuning kinderen beperking best specialistische hulpverlening en (para)medici	74
Tabel 25	Lineaire regressie ondersteuningsnood gezin vignettenstudie	75
Tabel 26	Gevolg bezorgdheid vignettenstudie	77
Tabel 27	Lineaire regressie bezorgdheid vignettenstudie	79
Tabel 28	Lineaire regressie ondersteuningsnood gezin vignettenstudie	80
Tabel 29	Lineaire regressie ondersteuningsnood professional vignettenstudie	81
Tabel 30	Lineaire regressie doorverwijzingen vignettenstudie	82

Tabel 31	Overzicht gebruik diensten vragenlijst ouders (bijlage)	128
Tabel 32	Beoordeling vignet 1 vignettenstudie (bijlage)	145
Tabel 33	Beoordeling vignet 2 vignettenstudie (bijlage)	147
Tabel 34	Beoordeling vignet 3 vignettenstudie (bijlage)	149
Tabel 35	Beoordeling vignet 4 vignettenstudie (bijlage)	151
Tabel 36	Beoordeling vignet 5 vignettenstudie (bijlage)	153
Tabel 37	Beoordeling vignet 6 vignettenstudie (bijlage)	155
Tabel 38	Beoordeling vignet 7 vignettenstudie (bijlage)	157
Tabel 39	Beoordeling vignet 8 vignettenstudie (bijlage)	159
Tabel 40	Gevolg bezorgdheid vignet 1 vignettenstudie (bijlage)	161
Tabel 41	Gevolg bezorgdheid vignet 2 vignettenstudie (bijlage)	161
Tabel 42	Gevolg bezorgdheid vignet 3 vignettenstudie (bijlage)	161
Tabel 43	Gevolg bezorgdheid vignet 4 vignettenstudie (bijlage)	162
Tabel 44	Gevolg bezorgdheid vignet 5 vignettenstudie (bijlage)	162
Tabel 45	Gevolg bezorgdheid vignet 6 vignettenstudie (bijlage)	162
Tabel 46	Gevolg bezorgdheid vignet 7 vignettenstudie (bijlage)	163
Tabel 47	Gevolg bezorgdheid vignet 8 vignettenstudie (bijlage)	163
Tabel 48	Ondersteuning binnen dienst vignet 1 vignettenstudie (bijlage)	164
Tabel 49	Ondersteuning binnen dienst vignet 2 vignettenstudie (bijlage)	165
Tabel 50	Ondersteuning binnen dienst vignet 3 vignettenstudie (bijlage)	166
Tabel 51	Ondersteuning binnen dienst vignet 4 vignettenstudie (bijlage)	167
Tabel 52	Ondersteuning binnen dienst vignet 5 vignettenstudie (bijlage)	168
Tabel 53	Ondersteuning binnen dienst vignet 6 vignettenstudie (bijlage)	169
Tabel 54	Ondersteuning binnen dienst vignet 7 vignettenstudie (bijlage)	170
Tabel 55	Ondersteuning binnen dienst vignet 8 vignettenstudie (bijlage)	171
Tabel 56	Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 1 vignettenstudie (bijlage)	172
Tabel 57	Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 2 vignettenstudie (bijlage)	172
Tabel 58	Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 3 vignettenstudie (bijlage)	172
Tabel 59	Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 4 vignettenstudie (bijlage)	173



Tabel 60	Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 5 vignettenstudie (bijlage)	173
Tabel 61	Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 6 vignettenstudie (bijlage)	173
Tabel 62	Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 7 vignettenstudie (bijlage)	173
Tabel 63	Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 8 vignettenstudie (bijlage)	174

### **Lijst figuren**

Figuur 1	Elbow plot aantal cluster vragenlijst ouders	38
Figuur 2	Leeftijd diagnose per cluster	54
Figuur 3	Leeftijd vermoeden van beperking per cluster	54
Figuur 4	Sociale steun per cluster	55
Figuur 5	Betrokken diensten tijdens traject per cluster	55
Figuur 6	Aantal gekende diensten per cluster	56
Figuur 7	Aantal diensten gewenste maar niet gekregen ondersteuning per cluster	56
Figuur 8	Nood aan extra ondersteuning per cluster	57
Figuur 9	Overtuiging ondersteuning kinderen beperking best specialistische hulpverlening en (para)medici	74

## Lijst afkortingen

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ASS: autismespectrumstoornis

CAR: Centra voor Ambulante Revalidatie

CGG: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

CIK: Centra voor Inclusieve Kinderopvang

CKG: Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning

CLB: centrum voor leerlingenbegeleiding

COS: Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen

CP: cerebrale parese

CW: Centrum voor Algemeen Welzijnswerk

DOP: Dienst OndersteuningsPlan

EXPOO: Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning

GC: gemeenschappelijk curriculum

GIO: globale individuele ondersteuning

IAC: individueel aangepast curriculum

IMB: Individuele Materiële Bijstand

K&G: Kind en Gezin

MFC: multifunctioneel centrum

NAH: niet-aangeboren hersenletsel

NRTH: Niet-Rechtstreeks Toegankelijke Hulp

OBC: Observatie- en Behandelcentrum

OV4: opleidingsvorm 4 (secundair onderwijs)

PAB: Persoonlijk Assistentie Budget

PINKO: Project INclusieve KinderOpvang

PTSS: posttraumatische stressstoornis)

RCA: Referentiecentrum autisme

RTH: Rechtstreeks Toegankelijke Hulp

SES: sociaal-economische status

VAPH: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

# Hoofdstuk 1

## Inleiding

### 1 Probleemstelling

In Vlaanderen is weinig bekend over de ondersteuning die gezinnen met een jong kind met een (vermoeden van een) beperking ontvangen en de hulpverleningstrajecten die zij afleggen. Daarnaast worden ouders van een kind met een handicap vaak snel verwezen naar specialistische hulpverlening en lijken ze minder vaak ondersteund te worden door reguliere diensten (Hermans et al., 2016).

Het onderzoek beoogt ten eerste een zicht te geven op de diensten en/of organisaties waarmee gezinnen met een jong kind met een (vermoeden van een) beperking in contact komen. We onderzoeken door welke diensten gezinnen met een kind met een (vermoeden van) beperking ondersteund worden. Ondersteuning kan geboden worden door reguliere diensten, maar ook door meer specialistische diensten zoals MFC's, PAB,...

Daarnaast willen we met dit onderzoek ook zicht krijgen op factoren die het capteren van signalen en de beslissing van het bieden van ondersteuning en/of een doorverwijzing beïnvloeden. Ten slotte willen we beleidsadviezen formuleren om diensten/organisaties te ondersteunen om signalen beter te detecteren en herkennen enerzijds, en om adequater hulp te bieden en de (eventuele) handelingsverlegenheid te verminderen anderzijds.

### 2 Inleiding

Ouder zijn van een kind met een beperking is een unieke ervaring (Fitzpatrick & Dowling, 2007). Ouders van kinderen met een beperking ervaren het ouderschap volgens internationaal onderzoek geregeld als extra belastend (Beresford et al., 2007). Ze hebben vaak een hoge mate van stress (Dellve et al., 2006; Murphy et al., 2007; Plant & Sanders, 2007). Ouders geven aan dat de beperking een belasting voor het gezin kan zijn en de relatie tussen de ouders onder druk kan zetten (Beresford et al., 2007). Ze voelen zich geregeld geïsoleerd (Bray et al., 2017; Davies & Hall, 2005) of gestigmatiseerd (Davies & Hall, 2005). Ouders geven ook aan dat hun fysieke en emotionele gezondheid negatief beïnvloed wordt door het zorgen voor een kind met een beperking. Zo hebben ze bijvoorbeeld vaak een chronisch slaapgebrek, of fysieke klachten die geassocieerd zijn met het zorgen voor hun kind (Murphy et al., 2007). In de literatuur ligt de focus vooral op de belasting voor het gezin, maar het is uiteraard belangrijk te vermelden dat ouders regelmatig aangeven dat ze positief veranderden na de komst van hun kind met een beperking. Een systematisch review (Beighton & Wills, 2019) includeerde 22 studies over de positieve veranderingen van ouders met kinderen met een beperking. De resultaten werden in acht categorieën verdeeld. Als eerste wordt een groei in persoonlijke kracht genoemd, zoals meer zelfvertrouwen, meer persoonlijke groei, meer zingeving in het leven en meer doorzettingsvermogen. Ook persoonlijke ontwikkeling wordt vermeld, met voorbeeld minder materialistisch en egoïstisch zijn, meer tolerant en geduldig worden en algemeen een beter persoon zijn. Als derde geven ouders aan dat ze een ander perspectief op het leven kregen. Hun focus of prioriteiten veranderden, kleine zaken in het leven werden meer geapprecieerd, ze voelden zich meer empathisch... De vierde categorie was hun kind als bron van geluk en voldoening. Als vijfde worden verbeterde relaties genoemd, ouders vertellen dat hun gezin en

netwerk hechter werd na de komst van het kind met de beperking. De zesde categorie was het positief effect dat het kind op anderen had. Zo geven ouders aan dat de andere kinderen in het gezin positief veranderden, ze werden zorgzamer, meer begripvol en meer matuur. De voorlaatste categorie was meer spirituele en religieuze groei en overtuiging. Als laatste wordt de zorgende rol vermeld. Ze krijgen waardering van het kind met een beperking en de context voor hun zorgzame rol en de ouderrol wordt als lonend ervaren. Ze hebben er plezier van wanneer hun kind gelukkig is (Beighton & Wills, 2019).

### **2.1 Ondersteuningsbehoeften ouders**

Ouders van kinderen met een beperking hebben vaker nood aan ondersteuning (Beresford et al., 2007). De ondersteuning blijkt erg belangrijk bij het opvoeden van een kind met een beperking (Todd et al., 1993).

Wanneer met behulp van kwalitatief onderzoek nagegaan wordt wat ouders van kinderen met een beperking het meeste zorgen baart, vermelden ze toegang tot ondersteuning en informatie (Resch et al., 2010). Ze hebben het gevoel te moeten vechten voor de nodige hulp. Het hulpverleningslandschap is hen niet duidelijk en er is een gebrek aan coördinatie tussen de verschillende diensten. Ouders beschrijven de zoektocht naar passende ondersteuning als “hit and miss” (Resch et al., 2010).

Hieronder gaan we dieper in op de soort van ondersteuning. We baseren ons op de categorieën gedefinieerd door Cohen en Wills (1985), die ook door EXPOO gehanteerd worden (Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning (EXPOO), n.d.). Aan deze categorieën werden de categorieën ‘ontwikkeling opvolgen’ en ‘diagnostiek’ toegevoegd.

#### **- Informatie en voorlichting**

Het zoeken van informatie over de beperking en alles er omheen wordt benoemd als een positieve copingstrategie (Davies & Hall, 2005). Informatie kan helpen om beslissingen te nemen en zich empowered te voelen (Adler et al., 2015). Ouders kunnen nood hebben aan informatie over heel diverse thema’s (Beresford et al., 2007). Het hebben van voldoende begrijpbare informatie maakt het makkelijker voor ouders om met de beperking van hun kind om te gaan. Het vergemakkelijkt het vormen van een toekomstperspectief en het vinden van de juiste ondersteuning (Davies & Hall, 2005). Ouders die zich voldoende geïnformeerd voelen, voelen zich vaker competent, vinden het eenvoudiger beslissingen te nemen over hun kind en kunnen hun kind beter ondersteunen (Adler et al., 2015; Beresford et al., 2007; Douglas et al., 2016a). Wanneer ouders het moeilijk hebben om de juiste informatie te vinden, kunnen ze zich angstig of ontmoedigd voelen (Davies & Hall, 2005). Informatie zorgt volgens ouders voor minder stress (Douglas et al., 2016a). In kwalitatief onderzoek benoemen ouders drie soorten cruciale kennis: kennis over (1) de beperking van het kind, (2) de specifieke behoeften van het kind en (3) de beschikbare ondersteuning en diensten. Zorgverleners zijn de belangrijkste bron om toegang te krijgen tot deze informatie (Douglas et al., 2017; Tracey et al., 2018), maar ook het internet en andere ouders van kinderen met een beperking zijn vaak een informatiebron (Tracey et al., 2018).

#### **- Praktische of instrumentele ondersteuning**

Instrumentele hulp, in dit onderzoek enkel bekeken als praktische steun zoals financiële ondersteuning, hulp in het huishouden en babysitten, wordt als belangrijk omschreven door moeders (Marcenko & Meyers, 1991). Grootouders zijn een belangrijke bron van instrumentele steun voor hun kinderen en kleinkinderen (Miller et al., 2012). Het ontvangen van instrumentele steun die niet gericht is op het kind

(zoals boodschappen doen, helpen in het huishouden...), is geassocieerd met de quality of life van het gezin (Cohen, 2011). Ray en Ritchie (1993) vonden dat het krijgen van praktische steun de copingsvaardigheden van ouders positief beïnvloedt (Ray & Ritchie, 1993 in Fitzpatrick & Dowling, 2007). Ook contact met andere ouders van kinderen met een beperking blijkt belangrijk, aangezien zij vaak al dezelfde praktische noden hebben (Kerr & McIntosh, 2000).

Er wordt in onderzoek vaak de nadruk gelegd op instrumentele hulp door de context aan het gezin, maar ook hulpverleners kunnen instrumentele hulp bieden. In enkele gevallen zal dit echt praktische ondersteuning zijn, zoals in het geval van een persoonlijk assistent. In de meeste gevallen zal het eerder ondersteuning bij het verkrijgen van praktische zaken betreffen, zoals het begeleiden bij gepaste hulpmiddelen en aanvragen voor financiële ondersteuning. Tracey et al. (2018) gingen na hoe ouders van kinderen met een beperking een specifieke Australische vorm van financiële ondersteuning konden aanvragen. De meest gebruikte bron van informatie waren de hulpverleners, daarna volgden het internet en ouders van kinderen met een beperking. Wanneer er gevraagd werd om aan te geven welke bronnen het meest nuttig waren, werden de hulpverleners het hoogst gescoord, gevolgd door andere ouders van kinderen met een beperking, kleuterleerkrachten/begeleiders in de kinderopvang en het internet (Tracey et al., 2018).

#### **- Emotionele steun**

Wanneer ouders kort na de diagnose van een beperking bevestigd worden, wordt aangegeven dat emotionele steun belangrijk is. Ze geven aan emotionele steun nodig te hebben om de emotionele impact op hun veranderde leven en toekomstbeeld te verwerken (Douglas et al., 2016a). Ouders geven ook aan dat ze deze steun voor langere tijd nodig hebben. (Redmond & Richardson, 2003). Vrienden, familie en andere ouders van kinderen met een beperking geven emotionele steun (Hedderly et al., 2003). Grootouders in het bijzonder worden geregeld genoemd als bron van emotionele ondersteuning (Miller et al., 2012). Contact met andere ouders van kinderen met een beperking wordt als belangrijk gezien, aangezien het vaak makkelijker is om met hen over de emoties te praten die gepaard gaan met de komst van een kind met een beperking, zoals verwardheid, schuldgevoel, kwaadheid en verdriet (Douglas et al., 2016b; Kerr & McIntosh, 2000).

Ook professionals zijn een bron van emotionele steun. Ouders geven wel aan dat de emotionele steun van professionals erg inconsequent wordt gegeven (Douglas et al., 2016a). Poehlman et al. (2005) bevroegen moeders van kinderen met het Syndroom van Down en het Fragile X Syndroom. Ongeveer de helft van de bevroegde moeders vertelde dat professionals op een bepaald moment weinig sensitief waren en weinig empathie toonden, wat een groot effect had op hen (Poehlmann et al., 2005). Ouders van baby's met het Syndroom van Down vermelden dat de professionals die tijd voor hen maakten, aandachtig luisterden en hun vragen opvolgden, onthouden werden. Veel ouders konden zelfs quotes van professionals citeren die erg belangrijk waren voor hen en voor een kantelmoment in het aanvaarden van de beperking zorgden (Muggli et al., 2009).

#### **- Sociale steun en zelfhulp bevorderen**

Sociale steun kan een effectieve buffer zijn tegen stress en isolatie van ouders als gevolg van de beperking van hun kind (Kerr & McIntosh, 2000). In een studie bij moeders van kinderen met een auditieve beperking, bleek een hogere mate van ervaren sociale steun geassocieerd met minder depressiviteit en op een indirecte manier via minder depressiviteit met meer positief opvoeden (Sipal & Sayin, 2013). Onderzoek bij ouders van adolescenten met een beperking vond dat de kwaliteit van leven van de ouders gemedieerd werd door onder meer de hoeveelheid sociale steun (Migerode et al., 2012).

De steun van andere ouders van kinderen met een beperking is een specifieke vorm van sociale steun. Het is voor veel ouders helpend, ze geven aan dat het helpt om hun emoties, zorgen en angsten te kunnen delen (Bray et al., 2017). Contact met andere ouders droeg bij aan het besef zich niet als enige in deze situatie te bevinden en het verminderde het gevoel van isolatie. Ouders voelen zich begrepen door andere ouders en hebben het idee dat ze zich een concreter beeld kunnen vormen van de toekomst (Kerr & McIntosh, 2000). Andere ouders van kinderen met een beperking blijken ook een heel waardevolle bron van informatie (Douglas et al., 2016b; Tracey et al., 2018). De ervaringskennis kan erg helpend zijn om de weg door het hulpverleningslandschap te vinden (Douglas et al., 2016b). Een moeder van een zoon met het Syndroom van Down geeft in een kwalitatief onderzoek aan dat de oudergroep het meest positieve was dat kan gebeuren (Skotko, 2005).

### **- Advies en training**

Wanneer ouders van kinderen met een beperking bevraagd worden naar hun ondersteuningsnoden geven ze een scala aan ondersteuningsnoden aan. Deze ondersteuningsnoden betreffen problemen zoals slaap- en gedragsproblemen, het stimuleren van hun kind op fysiek, sociaal, communicatief en cognitief vlak, zelfstandigheid stimuleren en het ondersteunen op het vlak van voeding, troosten en medische zorg. De ouders geven geregeld aan dat ze willen ondersteund worden in het zelf kunnen en wensen dat professionals het op deze vlakken niet overnemen (Beresford et al., 2007).

Ouders van kinderen met een beperking hebben mogelijks meer nood aan advies en training op vlak van opvoeding. Zo bleek in recent onderzoek dat ouders van typisch ontwikkelende kinderen meer positieve opvoedgedragingen lieten zien dan ouders van kinderen met een verstandelijke beperking. Het aantal negatieve opvoedgedragingen was in beide groepen vergelijkbaar (Laçin & Doğan, 2023). In een ander onderzoek bij ouders van jonge kinderen met een verstandelijke beperking was geen verschil in positief opvoedgedrag, maar toonden de ouders van kinderen met een beperking meer intrusiviteit en meer negatief opvoedgedrag, zoals geïrriteerd zijn, vijandigheid, negatieve gezichtsuitdrukkingen (Brown et al., 2011). In een meta-analyse was er bij ouders van kinderen met ASS geen verschil met controlegroepen op vlak van ondersteunend, warm en neutraal opvoedgedrag. Ouders van kinderen met ASS vertoonden wel meer controlerende en negatief opvoedgedrag (Ku et al., 2019). Enkele ouders in het onderzoek van Todd et al. (2010) geven aan dat ze het zo erg vinden voor het kind dat het een beperking heeft, dat ze het moeilijk vinden grenzen te stellen (Todd et al., 2010). Interventies kunnen positieve effecten hebben. Onderzoek toonde dat vroeginterventies, zoals bijvoorbeeld interventies gericht op ouderlijke sensitiviteit, een positief effect hebben op de ontwikkeling van kinderen met een beperking (Guralnick, 2017).

### **- Ontwikkeling opvolgen**

In de context van dit onderzoek onderscheiden we nog twee bijkomende vormen van ondersteuning. Een eerste betreft 'ontwikkeling opvolgen'. McWilliam en Scott (2001) geven aan dat families ondersteuning nodig hebben met betrekking tot het opvolgen van de ontwikkeling van hun kind, zodat ze weten hoe hun kind zich ontwikkelt en ze op die manier ook kunnen inzetten op bevorderen van de verdere ontwikkeling (McWilliam & Scott, 2001).

### **- Diagnostiek**

Ook diagnostiek werd toegevoegd als vorm ondersteuning die ouders ontvangen, aangezien dit een belangrijk thema is in het leven van ouders van jonge kinderen met een beperking en enkele van de organisaties die ondersteuning aanbieden voornamelijk aan diagnostiek doen. De onzekerheid inzake

de beperking zolang er geen diagnose is kan erg moeilijk zijn voor ouders met kinderen met een beperking. Zo werd in een onderzoek gevonden dat ouders van kinderen waarvan de oorzaak van de verstandelijke achterstand onbekend was, significant meer angst, schuldgevoel en emotionele belasting hadden, vergeleken met zowel ouders met kinderen met het Syndroom van Down als kinderen zonder beperking (Lenhard et al., 2005)

Wanneer aan ouders gevraagd wordt waarom ze een diagnose voor hun kind willen, wordt vaak aangegeven dat er zo gericht therapie gegeven kan worden, dat het een toegangspoort tot buitengewoon onderwijs kan zijn en financiële ondersteuning kan vergemakkelijken. Het kan ook onzekerheid over de reden van de beperking wegnemen en duidelijkheid geven over de eventuele erfelijkheid, zeker wanneer ouders nog een kinderwens hebben (Dikow et al., 2019). Watson et al. (2011) er aan toe ook kennis over typische moeilijkheden en sterktes horende bij de beperking belangrijk zijn, evenals medische en psychische kwetsbaarheden en bronnen van veerkracht (Watson et al., 2011). Het diagnostisch proces hangt vaak erg af van de aard van de beperking en kan een stresserende ervaring zijn (Watson et al., 2011).

## **2.2 Reguliere ondersteuning bij een (vermoeden van een) beperking**

Ouders van kinderen met (een vermoeden van) een beperking wordt vaak begeleid door specialistische diensten. Specialistische diensten zijn diensten die zich specifiek richten op personen met een (vermoeden van een) beperking, zoals bijvoorbeeld MFC's, thuisbegeleiding, COS. Reguliere diensten zijn de diensten die voor iedere burger beschikbaar zijn en dus niet-handicapspecifiek/specialistisch zijn, zoals Kind en Gezin, huisarts, ziekenfonds, CLB. Zo werd door Vermeulen et al. (2013) gestart met een nulmeting van het gebruik van reguliere diensten door personen met een beperking. Hierin wordt aangegeven dat het opnemen van ondersteuning door reguliere diensten inclusie kan bevorderen, en tevens voor meer efficiënte ondersteuning en kostenbesparing kan zorgen. Daarnaast kan het ook de druk op diensten van het VAPH verminderen (Vermeulen et al., 2013). Vermeulen et al. (2013) verwijzen in hun rapport ook naar een eerder rapport van Breda en Gevers (2011), waarin het experiment van het persoonsgebonden budget geëvalueerd werd. Er werd aangegeven dat de reguliere zorg, in dit onderzoek bijvoorbeeld thuiszorg, voor veel personen met een beperking onvoldoende flexibel, intensief en stuurbaar is. Er zou ook de perceptie bestaan dat de reguliere zorg te weinig toegankelijk is voor personen met een beperking. Zorgverleners kijken teveel vanuit het specialistische aanbod naar de zorgvraag, waar het reguliere aanbod misschien voldoende zou kunnen zijn (Breda & Gevers, 2011). Hermans et al. (2016) wijzen op vermaatschappelijking van de zorg waarbij de ondersteuning van personen met een beperking meer in eigen leefomgeving en in de samenleving aangeboden wordt. Gezins- en familieleden en het bredere sociale netwerk kunnen ondersteuning bieden, aangevuld door professionele ondersteuning. Hierbij moet deze professionele ondersteuning aangeboden worden vanuit het reguliere aanbod wanneer dit mogelijk en wenselijk is (Hermans et al., 2016). Het onderzoek van De Coninck et al. (2015) staat iets verder van dit onderzoek aangezien het over kleinschalige groepswoningen voor personen met een beperking ging, maar gaat wel in op het gebruik van reguliere of specialistische zorg. Er wordt gesteld dat inclusiviteit inhoudt dat de zorg voor mensen met een beperking de verantwoordelijkheid is van de hele samenleving, en niet enkel die van specialistische diensten. Van daaruit wordt aangegeven dat reguliere diensten maximaal aangewend moeten worden voor de zorg, en pas nadien naar specialistische diensten ingeschakeld worden als de reguliere zorg onvoldoende is (De Coninck & Kuppens, 2015).

### 2.2.1 Voorgaand onderzoek: Analyse van de behoeften aan en het gebruik van opvoedingsondersteuning door ouders van een kind met een specifieke zorgbehoefte

Dit onderzoek sluit aan op het onderzoek van Hermans et al. (2016): 'Analyse van de behoeften aan en het gebruik van opvoedingsondersteuning door ouders van een kind met een specifieke zorgbehoefte'. Dit onderzoek kwam er naar aanleiding van rol van de reguliere opvoedingsondersteuning voor ouders van een kind met een specifieke zorgbehoefte of beperking, aangezien deze vaak snel toegeleid worden naar specialistische ondersteuning. Het onderzoek bestond uit semigestructureerde interviews bij 22 ouders en twee focusgroepen, die bestonden waren uit professionele begeleiders en beleidsverantwoordelijken vanuit de reguliere en vanuit de handicapspecifieke (specialistische) sector.

Uit het onderzoek blijkt dat er onvoldoende tegemoet gekomen wordt aan de noden van ouders van een kind met een beperking. Er is nood aan meer afstemming van vraag en aanbod op vlak van opvoedingsondersteuning. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen uit het onderzoek van Hermans et al. (2016) gegeven.

#### 1. Inhoud aanbod

Veel vragen van ouders zijn erg vergelijkbaar met die van andere ouders. De opvoedingsvragen en -noden van ouders van een kind met een handicap liggen op verschillende vlakken en zijn van gezin tot gezin verschillend, het gaat bijvoorbeeld om emotionele steun, informatie, advies en begeleiding, ondersteuning met thema's rond school, meer algemene opvoedingsvragen en de zorg-werk-leven balans.

Er wordt voorgesteld om initiatieven inzake opvoedingsondersteuning voor gezinnen met een kind met een beperking te situeren in het breder kader van Kwaliteit van het Gezinsleven en het opvoedingsondersteuningsaanbod voor deze groep te versterken.

#### 2. Vorm aanbod

De gewenste vormen van opvoedingsondersteuning zijn erg divers. Sommige ouders hebben nood aan lotgenotencontact en -ontmoetingen. Daarnaast blijkt dat ouders niet steeds terecht kunnen of willen bij vrienden of familie en dat het versterken van de context rond ouders van een gezin met een kind met een beperking een belangrijke uitdaging is. Er is specifieke aandacht nodig voor kansarme en kwetsbare gezinnen met kinderen met een specifieke zorgbehoefte.

#### 3. Organisatie van het aanbod

##### A. Toegang

- Het is nodig om het aanbod van opvoedingsondersteuning transparanter te maken. Er wordt een informatiesysteem voorgesteld waarin ouders snel hun weg kunnen vinden. Belangrijk is dat hierin zowel het algemene aanbod van reguliere opvoedingsondersteuning als het aanbod van handicapspecifieke (specialistische) diensten samen opgenomen worden.
- Ouders ervaren drempels om ondersteuning te zoeken. Ze denken dat hun vraag niet ernstig genoeg is, ze ervaren hulp vragen als een vorm van falen, ze staan er niet bij stil dat ze hulp kunnen vragen, ... Signalen van ondersteuningsnood of problemen moeten snel genoeg opgevangen worden en er moet samen op zoek gegaan worden naar het meest



passende aanbod. Een bijzondere rol spelen hier de actoren die de meeste ouders bereiken, zoals huisartsen, mutualiteiten, Kind en Gezin, scholen en CLB's.

- Er moet voldoende duidelijk zijn dat het algemene aanbod van opvoedingsondersteuning ook voor gezinnen van kinderen met een beperking toegankelijk is. Er moet expliciet aan ouders aangeven worden dat dit aanbod ook voor hun kinderen toegankelijk is.
- Het aanbod van ondersteuning en de informatieverstrekking is vaak onduidelijk voor deze ouders. De informatie die deze ouders krijgen is vaak gefragmentariseerd, onvolledig of zelfs tegenstrijdig. Het is nochtans erg belangrijk om voldoende geïnformeerd te zijn om zo aangepaste keuzes te maken. Het zoeken van de informatie en ondersteuning vraagt veel energie. Er moet bijgevolg ingezet worden op het beschikbaar stellen van informatie over mogelijke vormen van opvang, vrije tijd, oppas, therapie, begeleiding en behandeling voor kinderen met een beperking en hun gezin.

#### B. Beschikbaarheid aanbod

Het onderzoek bracht ook enkele hiaten in kaart, zoals op vlak van kinderopvang, respijtzorg, de lange wachtlijsten voor thuisbegeleiding en andere specifieke hulpvormen.

#### C. Complementair en op elkaar afgestemd aanbod inclusieve en specifieke initiatieven

- Hermans et al. (2016) geven aan dat veel actoren op het domein van de opvoedingsondersteuning (zowel regulier als specifiek) stellen dat ouders van een kind met een beperking het beste ondersteund worden door handicapspecifieke (specialistische) diensten, aangezien deze over meer ervaring en deskundigheid beschikken over de beperking. Ouders worden dan ook snel doorverwezen naar handicapspecifieke (specialistische) diensten en krijgen vaak geen opvoedingsondersteuning meer door de reguliere diensten.
- Hoewel veel actoren aangeven dat ouders het beste ondersteund worden door handicapspecifieke (specialistische) diensten, stellen Hermans et al. (2016) dit in vraag. Hermans et al. (2016) geven aan dat sommige ouders expliciet kiezen voor inclusieve ondersteuning en zelf de vertaalslag voor hun gezin maken indien nodig. Andere ouders vinden het algemene aanbod erg confronterend en frustrerend, dus willen graag door het handicapspecifieke (specialistische) aanbod ondersteund worden en zo optimaal antwoord krijgen op hun vragen. Ouders van een kind met een beperking moeten dus kunnen kiezen voor ofwel voor het reguliere als het handicapspecifieke (specialistische) aanbod in functie van hun gezin en hun kind volgens Hermans et al. (2016).
- Daarnaast wordt aangegeven dat zowel in de reguliere als specialistische diensten expertise en deskundigheid aanwezig is die nuttig is voor ouders van kinderen met een beperking. Zo is in reguliere diensten veel deskundigheid en expertise aanwezig op vlak van algemene opvoedingsondersteuning, het omgaan met gezinnen in kwetsbare situaties, het netwerkversterkend werken met gezinnen... In de handicapspecifieke (specialistische) diensten is uiteraard veel expertise opgebouwd inzake handicapspecifieke vragen en problemen. De combinatie van de expertise van zowel reguliere als specialistische diensten zou misschien beter tegemoet te kunnen komen aan de ondersteuningsnoden van alle ouders van een kind met een beperking.

- Er wordt gepleit voor meer samenwerking tussen reguliere en specifieke actoren, bijvoorbeeld door:
  - Het gezamenlijk organiseren van opvoedingsondersteuning of activiteiten waarbij in het eerste deel algemene informatie gegeven wordt en in het tweede deel meer informatie gerelateerd aan de beperking wordt gegeven.
  - De kennis en deskundigheid over beperkingen bij medewerkers van de reguliere diensten ondersteunen. Dit kan bijvoorbeeld via coachingstrajecten door de handicapspecifieke (specialistische) diensten.
  - Medewerkers uit zowel de reguliere als specifieke diensten moeten beter op de hoogte zijn van elkaars expertise en deze beter benutten, waarbij vermeden moet worden dat gezinnen constant doorverwezen worden.
  - Er moet voldoende aandacht zijn voor het feit dat niet alle vragen van ouders gerelateerd zijn aan de beperking. Veel vragen van ouders zijn erg vergelijkbaar met die van andere ouders. Door specialistische diensten wordt soms te snel gedacht dat ook deze vragen handicapspecifieke kennis en deskundigheid vereisen en dat deze ouders bijgevolg niet terecht kunnen in het reguliere circuit.
- Vorming professionele hulpverleners  
Hermans et al. (2016) formuleren een aantal aandachtspunten met betrekking tot de vorming van professionele hulpverleners.
  - De periode rond de diagnose is voor veel ouders zwaar, aangezien er veel onzekerheid is en de verwerking emotioneel zwaar kan zijn. Ouders geven vaak aan dat ze het gevoel hebben dat ze niet ernstig genomen worden en de communicatie en verkregen informatie onvoldoende is. Ouders verwachten een open communicatie, empathie, beschikbaarheid en correcte informatie.
  - Ouders verwachten een aantal zaken van hulpverleners, onder meer dat vragen en wensen van ouders ernstig genomen worden, dat de keuzes van ouders gerespecteerd worden, dat niet alleen naar de mogelijkheden maar ook naar de krachten van het kind en het gezin gekeken wordt... Het is dus belangrijk om tijdens vorming van professionals in te zetten op emancipatorisch, krachtgericht en vraaggestuurd werken.

## 2.3 Diensten

Er wordt in de vragenlijststudie aan ouders onder meer gevraagd aan te geven welke diensten ze kennen en van welke diensten ze ondersteuning krijgen. In onderstaande paragraaf wordt een overzicht gegeven van de verschillende diensten en organisaties die voorgelegd worden aan de ouders.

### Huisarts

De huisarts is het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen, zowel op fysiek als mentaal vlak. De huisarts coördineert de benodigde zorg van zijn patiënten (Volksgezondheid, n.d.).

### Ziekenfonds

Ziekenfondsen staan onder andere in voor de tussenkomsten voor medische verzorging, uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid of zwangerschapsverlof. Daarnaast organiseren ze ook geregeld andere diensten zoals thuiszorgdiensten en het uitlenen van medisch materiaal (Vlaanderen, n.d.-f).

Ziekenfondsen beschikken over een Dienst Maatschappelijk Werk (DMW). Deze DMW biedt hulp afgestemd op de zorgbehoeften van de persoon. Ze geven informatie, advies en zorgen voor toegang tot zorg en rechten. DMW evalueren het zelfzorgvermogen. Bij complexe zorgsituaties bieden ze begeleiding en ondersteuning, waarbij hulpdoelen worden opgesteld en opgevolgd. Indien nodig verwijzen ze door naar geschikte hulpverlening (Hermans et al., 2016).

### **Speeltheek**

Spelotheken hebben een uitgebreid gamma van speelgoed, spelmateriaal, aangepaste speel- en ontmoetingsruimtes en, informatie en advies over spelen. Ze staan vooral bekend voor het uitlenen van speelgoed (Vlaams Overleg Spelotheken, n.d.).

### **Babysit**

Een babysitter zorgt tijdelijk voor kinderen in afwezigheid van de ouders. De voornaamste taken zijn toezicht houden, verzorgen van de basisbehoeften van het kind en spelen met de kinderen (Jobbird, n.d.; My Family, n.d.).

### **Oudervereniging/cliëntvereniging**

In Vlaanderen zijn er veel ouder- en cliëntverenigingen, sommige gericht op specifieke groepen, anderen open voor iedereen die in aanraking komt met een beperking. Deze verenigingen behandelen verschillende thema's en bieden informatie en advies via infosessies, vormingen, webinars en praatgroepen. Ze verspreiden folders en delen informatie op hun websites. Naast het geven van informatie, helpen ze mensen verder in hun zoektocht naar diensten en verwijzen hen door naar passende hulpverlening (Hermans et al., 2016). Ook lotgenotencontact, het verbinden van (ouders van) personen met een beperking, is een belangrijk deel van de werking (De ouders, n.d.).

### **Opvoedingswinkel**

Een opvoedingswinkel biedt laagdrempelige ondersteuning aan opvoeders van kinderen tot 24 jaar en zwangere vrouwen. Zowel individueel als in groepsverband kunnen opvoeders er terecht met vragen met betrekking tot opvoeding en voor hulp bij lichte opvoedingsproblemen.

De winkel heeft als doel de ontwikkelingskansen van kinderen te verbeteren, de vaardigheden en draagkracht van opvoeders te versterken, en spanningen, moeilijkheden en draaglast zoveel mogelijk te verminderen. Daarnaast wordt er gestreefd naar het versterken van het sociale netwerk van gezinnen en het bevorderen van structurele oplossingen die armoedebestrijding ondersteunen. Opvoedingsverrijking en lichte ondersteuning staan hierbij centraal (Kind en Gezin, n.d.-c).

### **Huis van het Kind**

Sinds april 2014 is het Vlaams decreet inzake de organisatie van preventieve gezinsondersteuning van kracht, waarna de samenwerkingsverbanden 'Huizen van het Kind' werden opgericht. Een Huis van het Kind is een lokaal netwerk dat alle ondersteunende initiatieven voor gezinnen samenbrengt en een toegankelijke ontmoetings- en ondersteuningsplaats is voor gezinnen, zo dicht mogelijk bij hun leefwereld. Het richt zich op alle kinderen en jongeren, ongeacht hun situatie. In elk Huis van het Kind staan drie pijlers centraal: preventieve gezondheidszorg, opvoedingsondersteuning en activiteiten die ontmoeting en sociale cohesie bevorderen (Opgroeien, n.d.).

Elk Huis van het Kind biedt een uniek aanbod aan diensten voor ouders en kinderen, dat varieert afhankelijk van de betrokken organisaties binnen het samenwerkingsverband en de lokale situatie. Een vast onderdeel van elk Huis van het Kind is een consultatiebureau, maar er kunnen ook andere

organisaties aan verbonden zijn, zoals een opvoedingswinkel, een inloopteam, gemeentelijke diensten voor gezinnen en kinderen, kinderoppasdiensten, kraamzorgdiensten, en spel- en ontmoetingsinitiatieven. De ondersteuning kan bestaan uit laagdrempelige individuele begeleiding, informatie-sessies, vormingsavonden, spelactiviteiten en ontmoetingsmomenten, evenals andere specifieke activiteiten gericht op het versterken van gezinnen en kinderen (Kind en Gezin, n.d.-a).

### **Opvoedingslijn**

De Opvoedingslijn is een gratis en anonieme hulplijn in Vlaanderen die opvoeders ondersteunt bij vragen over opvoeding. Je kunt de Opvoedingslijn telefonisch, via e-mail of via chat benaderen met kleine of grote vragen over allerlei opvoedingssituaties. Het biedt niet alleen een luisterend oor, maar ook advies, informatie en, indien nodig, doorverwijzing naar andere vormen van hulpverlening (Opvoedingslijn, n.d.; Sociale Kaart, n.d.; Vlaanderen, n.d.-e).

### **Kind en Gezin**

Kind en Gezin is actief op vlak van (1) huisbezoeken en basisconsulten, (2) opvoedingsondersteuning, (3) kinderopvang en (4) adoptie (Kind en Gezin, 2024).

Tijdens het eerste luik, de huisbezoeken en basisconsulten, wordt onder meer de ontwikkeling van de kinderen opgevolgd tijdens een tiental consulten (Meerschaert et al., 2004). Dit op bijvoorbeeld fysiek vlak, door middel van een gehoorscreening, oogonderzoek, algemene conditie met een extra focus op de harttonen, heupen en testes (bij jongens)... De motorische, communicatieve, adaptieve en sociale ontwikkeling van de kinderen wordt opgevolgd met het Van Wiechenschema (Luijks, 2017). Er wordt ook preventieve opvoedingsondersteuning geboden tijdens de consulten en opvoedingsondersteuning voor ouders met lichte opvoedingsvragen. Kind en Gezin heeft ook een doorverwijzingsfunctie (Meerschaert et al., 2004).

In een tevredenheidsonderzoek bij ouders naar de diensten van Kind en Gezin wordt een deel voorbehouden voor ouders die afhaakten. Een kleine 5% van de afhakers geeft aan dat het kind een ontwikkelingsprobleem heeft en elders opgevolgd wordt (M.A.S., 2023).

### **CLB**

Het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB) ondersteunt gratis leerlingen, ouders en scholen in het basis- en secundair onderwijs bij leerproblemen (bv. concentratieproblemen, studiemethode), schoolloopbaan (bv. studiekeuze), preventieve gezondheidszorg, (bv. vaccinaties), psychisch en sociaal functioneren (bv. pesten, problemen thuis en faalangst). Hierbij staat de leerling centraal. Iedere school werken samen met een CLB (Vlaanderen, n.d.-b).

### **Kinderopvang/school**

Reguliere opvang gebeurt vaak via groepsopvang of gezinsopvang. Een groepsopvang gaat om een grotere opvang met meerdere begeleiders, ook wel crèche of kinderdagverblijf genoemd. Een gezinsopvang is een kleinschalige opvang, die meestal in de woning van de onthaalouder doorgaat (Kind en Gezin, n.d.-d).

Bij inclusieve kinderopvang worden kinderen met en zonder specifieke ondersteuningsbehoeften structureel samen opgevangen (Kind en Gezin, n.d.-b). Kinderen met een beperking kunnen ook opgevangen worden op plekken die enkel kinderen met een beperking opvangen, zoals therapeutische kinderdagverblijven en dagopvang in MFC's.

Kinderen met een beperking school kunnen schoollopen in een reguliere school. Dit al dan niet met ondersteuning van een leersteuncentrum. Het buitengewoon onderwijs richt zich uitsluitend op leerlingen met een beperking of ernstige gedrags- en leerstoornissen, waar een aangepaste omgeving en programma op maat nodig zijn (Vlaanderen, n.d.-d).

### **Leersteuncentrum**

De leersteuncentra bestaan sinds het Decreet leersteun van september 2023 (Ouders voor inclusie, n.d.). Leersteun bestaat voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften in het gewoon onderwijs (met een GC- IAC- of OV4-verslag) en hun leraren.

Leersteuncentra kunnen leersteun geven vanaf de fase van uitbreiding van zorg. Een school kan deze leersteun aanvragen wanneer aanpassingen in brede basiszorg en verhoogde zorg onvoldoende zijn, wanneer een leerling een individueel aangepast curriculum (IAC) volgt of wanneer een leerling van het secundair onderwijs een OV4-verslag heeft. Door middel van leersteun krijgt de leerling met specifieke onderwijsbehoeften de kans om zich maximaal te ontwikkelen, de leerwinst te versterken, te groeien in zelfstandigheid en volwaardig deel te nemen aan het regulier onderwijs. Daarnaast worden ook de vaardigheden van leraren en scholen versterkt in het ondersteunen van leerlingen met een specifieke onderwijsbehoefte en wordt gewerkt aan het versterken van een inclusieve klaspraktijk en schoolcultuur (Vlaanderen, n.d.-c).

### **CKG**

De Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG) bieden (opvoedkundige) begeleiding aan gezinnen met opvoedings- of gezinsproblemen met kinderen van 0 tot 12 jaar, vooral wanneer de opvoeding moeilijk verloopt of dreigt vast te lopen, maar waarbij kortdurende hulp voldoende perspectief biedt op verbetering. Ze richten zich vooral op situaties waarin ouders hulp zoeken of waarbij de opvoeding tijdelijk vastloopt.

CKG's bieden verschillende vormen van hulp, zoals thuisbegeleiding, ambulante trainingen en korte residentiële opvang. Deze hulp is rechtstreeks toegankelijk, wat betekent dat ouders zelf naar het CKG kunnen stappen. Voor langdurige residentiële opvang is echter goedkeuring van de intersectorale toegangspoort nodig, omdat deze intensievere vorm van hulp nauwgezet wordt beoordeeld en valt onder de niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp (Jeugdhulp, n.d.-a).

### **CAW**

Een Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) geeft hulp op psychosociaal vlak aan personen wiens welzijnskansen bedreigd zijn, door bijvoorbeeld gebeurtenissen in de persoonlijke levenssfeer, criminaliteit of meervoudige kwetsbaarheden door sociale uitsluiting. De hulpvragen kunnen zich op verschillende domeinen situeren, zoals opvoedingsmoeilijkheden, gezondheid, relaties, werk en vrije tijd, wonen, administratie en financiën, juridische vragen en rechten...

De CAW staan in voor een breed onthaal, het gaat om vraagverheldering, die mogelijks kan leiden tot directe hulp en begeleiding. De hulpverlening kan op drie vlakken gegeven worden: algemeen welzijnswerk, forensisch welzijnswerk en crisishulp. De CAW bieden onder meer slachtofferhulp, daklozenopvang, de Jongeren Advies Centra, residentiële opvang voor jongvolwassenen (18 tot 25 jaar), wonen onder begeleiding, schuldbemiddeling en gezinsbegeleiding aan. Indien nodig kan doorverwezen worden (Departement Zorg, n.d.-a; Vlaanderen, n.d.-a).

### **Privé-therapeut**

Een privétherapeut is een gezondheidsprofessional die op zelfstandige basis werkt en gespecialiseerd is in het bieden van therapie en behandeling aan patiënten. Voorbeelden van privétherapeuten zijn logopedisten en kinesisten.

### **Thuisbegeleiding**

Diensten voor thuisbegeleiding bestaan zowel voor personen met een beperking als voor gezinnen met een kind zonder beperking maar met opvoedingsproblemen. Bij kinderen met een beperking kan er opvoedingsbijstand en handicapspecifieke (specialistische) ondersteuning aan een gezin van een kind met een (vermoeden van) beperking gegeven worden door een RTH-dienst. De handicapspecifieke (specialistische) ondersteuning wordt binnen het VAPH aangeboden in de vorm van individuele begeleiding, outreach of groepsbegeleiding. De begeleiding kan verschillende vormen aannemen, afhankelijk van de noden van het kind en het gezin. Thuisbegeleiders voorzien ouders van informatie over de beperking van hun kind, de mogelijkheden op het gebied van onderwijs, therapie en ondersteuning, en praktische zaken zoals administratieve kwesties. Ze volgen de ontwikkeling van het kind op en geven advies over hoe deze ontwikkeling gestimuleerd kan worden, met specifieke aandacht voor opvoedingsvaardigheden. Hierdoor kunnen ouders hun interactie met het kind beter afstemmen op de behoeften.

Thuisbegeleiders bieden niet alleen ondersteuning aan ouders, maar ook aan andere gezinsleden om te helpen omgaan met de beperking van het kind. Ze fungeren bovendien als schakel tussen het gezin en andere diensten, bijvoorbeeld bij het zoeken naar geschikte opvang, onderwijs of dagbesteding (Hermans et al., 2016).

### **MFC**

Een multifunctioneel centrum (MFC) biedt ondersteuning aan personen met een beperking tot 21 jaar (uitzonderlijk verlengbaar tot 25 jaar) die specifieke hulp nodig hebben. Voor deze ondersteuning is een jeugdhulpbeslissing van de intersectorale toegangspoort (ITP) vereist. Het MFC biedt begeleiding, dagopvang en verblijf aan.

1. Begeleiding:
  - Mobiele begeleiding: Psychosociale hulp of ADL-assistentie (activiteiten van het dagelijks leven) in de thuisomgeving of het secundair opvoedingsmilieu.
  - Ambulante begeleiding: Deze begeleiding vindt plaats op de vestigingsplaats van het MFC en is mogelijk als de gebruiker op die dag geen dagopvang of verblijf ontvangt.
2. Dagopvang:
  - Schoolaanvullende dagopvang: Handicapspecifieke opvang buiten schooltijden (zoals voor- en naschoolse opvang) en op schoolvrije dagen. Gericht op het stimuleren van de ontwikkelingskansen en -mogelijkheden van het kind of de jongere.
  - Schoolvervangende dagopvang (dagbesteding): Handicapspecifieke opvang tijdens schooluren voor kinderen en jongeren met een alternatief programma, afgestemd op hun onderwijsbehoeften. Dit kan tijdelijk zijn, bijvoorbeeld voor geschorste leerlingen maar is ook geschikt voor niet-schoolgaande jongeren.
3. Verblijf: Verblijf biedt overnachting, inclusief avond- en ochtendopvang met ontbijt, in een omgeving die is aangepast aan de noden van de jongere. Het aantal nachten varieert per ondersteuningsvraag, en verblijf kan ook tijdens schoolvakanties worden aangeboden (Statistiek Vlaanderen, n.d.; VAPH, n.d.).

MFC's kunnen de drie ondersteuningsfuncties flexibel inzetten en in verschillende combinaties, aangepast aan de noden van een gezin. Er wordt sterk ingezet op contextgericht werken, door het aanbieden van mobiele begeleidingen (bv. thuis, tijdens vrijetijdsbesteding, op school) (Hermans et al., 2016).

### **COS**

Het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) bestaat uit een multidisciplinair team van artsen, psychologen, logopedisten, kinesisten, en een sociale dienst. Er worden onderzoekstrajecten naar ontwikkelingsstoornissen van baby's, peuters en kleuters en onderzoekstrajecten voor prematuur geboren kinderen aangeboden (UZA, n.d.). De focus ligt op het in kaart brengen van de ontwikkeling. Begeleiding of behandelingen vinden er niet plaats (UZ Leuven, n.d.). Het COS geeft wel advies over verdere begeleiding of behandeling en verwijst hiervoor door naar andere diensten en organisaties (Jeugdhulp, n.d.-b).

### **OBC**

Een Observatie- en Behandelcentrum (OBC) helpt kinderen en jongeren bij wie de ontwikkeling stagneert door een complex samenspel van individuele en sociale factoren. Het biedt diagnostiek, behandeling en verblijf aan, waarbij een interprofessioneel team samen met het kind en zijn context onderzoekt wat er speelt en hoe verdere ontwikkeling kan worden bevorderd.

Na de diagnose- of behandelperiode kan het OBC helpen bij het vinden van verdere ondersteuning indien nodig. Het centrum richt zich op kinderen en jongeren van 3 tot 21 jaar, al kunnen deze grenzen worden aangepast op basis van de specifieke noden. De begeleiding kan variëren van enkele maanden tot maximaal twee jaar, met een mogelijke verlenging van één jaar. De hulp wordt afgestemd op maat en kan bestaan uit residentiele opvang/verblijf, individuele begeleiding, therapie en gezinsgerichte zorg. Daarnaast biedt een OBC ook ambulante of mobiele diagnostiek en behandeling aan zonder verblijf in een leefgroep (Jeugdhulp, n.d.-c).

### **CAR**

CAR staat voor Centra voor Ambulante Revalidatie. Ze staan in voor gespecialiseerde multidisciplinaire diagnostiek en behandeling voor personen met ontwikkelingsstoornissen, gehoorstoornissen, stotteren, cerebrale parese (CP) en niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Er worden vooral kinderen en jongeren opgevolgd, maar ook volwassenen met gehoorstoornissen of NAH of personen die stotteren kunnen er terecht.

De diagnostiek en revalidatie gebeurt ambulante door multidisciplinaire teams, waaronder artsen (met uiteenlopende specialisaties), kinesisten, logopedisten, audiologen, ergotherapeuten, psychologen, (ortho-)pedagogen, psychologisch assistenten, sociaal verpleegkundigen en sociaal werkers... De revalidatie wordt afgestemd op de noden van de zorggebruiker en zijn netwerk (Revalidatie, n.d.).

### **Arts/team verbonden aan een ziekenhuis**

Artsen en teams verbonden aan een ziekenhuis omhelzen alle artsen, (para)professionals en teams die in een ziekenhuis werkzaam zijn.

### **CGG**

Een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) biedt medisch-psychiatrische en psychotherapeutische hulp aan mensen met ernstige psychische problemen. Elk CGG heeft verschillende werkingen voor kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen, en is verspreid over meerdere locaties

met teams van psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers. De hulpverlening gebeurt via consultaties, zonder opname of verblijf.

Daarnaast kan een CGG gespecialiseerde zorg bieden, zoals verslavingszorg, suïcidepreventie of forensische hulpverlening. Ook werkt een CGG samen met andere partners aan projecten voor specifieke doelgroepen, zoals psychiatrische zorg in de thuissituatie of projecten rond familiaal geweld. Verder bieden CGG's ondersteuning en advies aan andere zorgorganisaties, zoals jeugdzorg, gevangenissen en woonzorgcentra (Departement Zorg, n.d.-b, n.d.-c).

### **RCA**

Het Referentiecentrum autisme staat in voor het diagnosticeren van personen van alle leeftijden met een vermoeden van een autismspectrumstoornis. Daarvoor worden vaardigheden en beperkingen op verschillende domeinen in een multidisciplinaire setting geëvalueerd (UZ Gent, n.d.; Vlaamse wetenschappelijke vereniging voor jeugdgezondheidszorg, n.d.).

### **Netwerkondersteuning**

Netwerkondersteuning omvat het ondersteunen van het netwerk van personen die extra ondersteuning nodig hebben. Het gaat om het ondersteunen van het natuurlijk netwerk, maar ook om het netwerk uit te bouwen. Een begeleider kan ook ondersteunen door het netwerk te coördineren en te outreachen naar andere diensten die ondersteuning kunnen bieden (Sociale kaart, n.d.).

### **Autisme chat**

De Autisme Chat is gratis en anoniem. Via de chat-gesprekken van Autisme Chat kan je in gesprek gaan met medewerkers over problemen gerelateerd aan ASS. Er is geen geschiedenis van gesprekken voorhanden voor de medewerkers, dus er kan geen traject gelopen worden. De Autisme Chat is er voor personen met (een vermoeden van) ASS en hun directe omgeving, maar is niet bedoeld voor professionelen.

De Autisme Chat is een platform waar je als ouder terecht kunt met vragen en zorgen over ASS, de opvoeding van een kind met ASS, of als je gewoon een luisterend oor nodig hebt. Je kunt er ook terecht voor informatieve vragen, ondersteuning bij het zoeken naar oplossingen, of om een situatie te bespreken en samen na te denken. De chat wordt bemand door medewerkers van vier begeleidingsdiensten voor mensen met autisme, verenigd in de Liga Autisme Vlaanderen. Deze diensten zijn Het Raster vzw, Tanderuis vzw, Wegwijs, en vzw Victor (Liga autisme Vlaanderen, n.d.).

### **Persoonlijk assistent**

Een persoonlijk assistent ondersteunt hulpbehoevende personen in hun dagelijkse activiteiten. De exacte taken variëren per persoon, maar de assistent biedt meestal zowel emotionele als fysieke hulp. Dit kan gaan van hulp bij alledaagse taken, zoals boodschappen doen of rekeningen betalen, tot het aanleren van nieuwe vaardigheden om zelfstandiger te kunnen leven. Persoonlijke assistenten werken met diverse doelgroepen. Ze spelen een belangrijke rol in het leven van hun cliënten, waarbij ze vaak nauw samenwerken met zorgpersoneel om medische behoeften te vervullen. Vaak werken persoonlijk assistenten bij de persoon thuis (Randstad, n.d.).



## 2.4 Onderzoeksvragen

De doelstelling van deze studie is om een zicht te krijgen op (1) de diensten en organisaties waarmee gezinnen met een kind met een (vermoeden van) handicap in contact komen, (2) welke ondersteuning deze diensten al dan niet bieden, (3) welke factoren de beslissingen om al dan niet hulp te bieden en/of door te verwijzen beïnvloeden, (4) hoe handelingsverlegenheid van diensten en organisaties in hun signalerende, ondersteunende en hulpverlenende functie kan worden verminderd en (5) hoe er bruggen gemaakt kunnen worden tussen reguliere en specialistische diensten, zodat ouders door de best passende diensten ondersteund worden. Er werden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Met welke diensten/organisaties komen gezinnen met (jonge) kinderen met een (vermoeden van) handicap in contact?  
Met als bijvragen:
  - a. Zijn deze contactnames en doorverwijzingen uniek of zijn hier bepaalde tendensen in waar te nemen? Kunnen groepen van contactnames en trajecten worden onderscheiden?
  - b. In welke mate hebben factoren (zoals de aard van de beperking en de SES van het gezin) effect op de aanwezige diensten?
  - c. Welke ondersteuning krijgen de gezinnen van deze diensten?
2. Welke casuskenmerken (sociaal-economische status gezin, beperking, zorg van de ouders), beslisserkenmerken (competenties beslisser, attitudes beslisser...) en organisatiekenmerken (welke dienst) zijn van invloed op het capteren van signalen en de beslissing van het bieden van ondersteuning en/of een doorverwijzing?
3. Wat is er nodig om (indien nodig) signalen beter te capteren en/of adequater hulp te bieden?
4. Hoe kunnen er bruggen gemaakt worden tussen reguliere en specialistische diensten, zodat ouders door de best passende diensten ondersteund worden.

## 2.5 Ethische commissie

De Medisch Ethische Commissie van het UZ Brussel gaf goedkeuring voor de vragenlijststudie bij ouders, vignettenstudie bij professionals en focusgroep (EC-2024-002).

## 2.6 Leeswijzer

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, werden drie onderzoeken opgezet. In hoofdstuk 2 wordt een vragenlijststudie bij ouders beschreven, waarin de focus ligt op diensten die gezinnen met jonge kinderen met een (vermoeden van een) beperking ondersteunen, of deze trajecten van gezinnen te groeperen zijn en welke factoren samenhangen met ondersteuningstrajecten. In het derde hoofdstuk wordt een vignettenstudie besproken, waarin professionals een vignet beoordeelden. Hier wordt onderzocht hoe casus-, beslisser- en organisatiekenmerken de signalering van ondersteuningsnoden en de besluitvorming over hulp en doorverwijzing beïnvloeden. In het vierde hoofdstuk presenteren we de

resultaten van de focusgroepenstudie, waarin de leden van de focusgroepen suggesties geven rond een aantal thema's. Er wordt geëindigd met hoofdstuk 5, waarin een conclusie en beleidsaanbevelingen volgen.

## Hoofdstuk 2

### Vragenlijst ouders

Het eerste deel van het onderzoek is de vragenlijststudie bij ouders, op die manier de onderzoeksvraag “Met welke diensten/organisaties komen gezinnen met (jonge) kinderen met een (vermoeden van) handicap in contact?” te beantwoorden.

#### 1 Onderzoeksmethode

Onderzoeksvraag 1 wordt beantwoord met een online vragenlijstonderzoek. Respondenten zijn ouders van een jong (0 tot en met 8 jaar) kind met een (vermoeden van een) handicap die ooit eens VAPH-ondersteuning hebben gehad (zie verder samenstelling steekproef). Een eerste voordeel van het gebruik van online vragenlijsten is dat de verkregen gegevens geautomatiseerd in statistieksoftware ingegeven kunnen worden (Cook et al., 2000; Das et al., 2011). Online vragenlijsten hebben daarnaast als voordeel dat ze goedkoper zijn dan de alternatieve bevragingmethoden (Cook et al., 2000; Couper, 2000; Das et al., 2011; Duffy & Smith, 2005). Een bijkomend voordeel van online vragenlijsten is de snelheid waarmee de data verkregen kunnen worden (Cook et al., 2000; Das et al., 2011; Duffy & Smith, 2005). Daarnaast zijn meer mogelijkheden bij het uitwerken van het design van online vragenlijsten, zonder hierbij de respondenten, interviewers of extra data-analisten te belasten (Cook et al., 2000; Das et al., 2011). Net zoals bij het invullen van papieren vragenlijst kan de respondent de online vragenlijst invullen op het voor hen gewenste ogenblik en tempo (Cook et al., 2000; Das et al., 2011; Duffy & Smith, 2005). Wanneer tijdens de start van het verspreiden van de vragenlijst problemen of onduidelijkheden opduiken, kunnen deze zaken eenvoudig aangepast worden (Das et al., 2011). Een nadeel van online vragenlijsten zijn de verhoogde kans op het afbreken tijdens het invullen van de lijst (Das et al., 2011) en de lagere responscijfers (Shih & Fan, 2008).

##### 1.1 Procedure

De link naar de online vragenlijst werd via een brief (verzonden door het VAPH) bezorgd aan de respondenten. De online vragenlijst is gemaakt met de Qualtrics Survey Tool. De deelnemer kan de vragenlijst thuis invullen en dit duurt ongeveer 20 minuten. De vragenlijst wordt voorafgegaan door een informatiedocument en het invullen van de vragenlijst kan pas na het lezen en goedkeuren van dit informatiedocument.

##### 1.2 Inclusiecriteria en samenstelling steekproef

Het VAPH (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) heeft gegevens van gezinnen die met één van hun diensten in contact kwamen. Gezinnen kwamen in aanmerking voor de steekproef wanneer ze een kind jonger dan 9 jaar hebben met een handicap of vermoeden van een handicap en in 2022 in contact kwamen met een van de diensten van het VAPH. Ongeveer 9000 gezinnen voldeden aan deze voorwaarden. Het VAPH trok een gestratificeerde steekproef van 3098 personen, die allen aangeschreven werden, om met een geschatte response rate van 10% (gebaseerd op eerder onderzoek door het VAPH) een steekproef van ongeveer 300 personen te halen. Bij deze random selectie werd er

wel rekening gehouden met de vertegenwoordiging van de verschillende leeftijdscategorieën en de vier categorieën die het VAPH gebruikte om hun ondersteuning in op te delen, zoals te lezen in tabel 1.

Tabel 1 Steekproeftrekking vragenlijst ouders

		Populatie	Steekproefkader*
0 - 1 jaar	categorie 1	393	280
	categorie 2	239	239
	categorie 3	1	1
	categorie 4	21	21
2 en 3 jaar	categorie 1	1029	280
	categorie 2	679	280
	categorie 3	19	19
	categorie 4	161	161
4 en 5 jaar	categorie 1	1226	280
	categorie 2	927	280
	categorie 3	42	42
	categorie 4	370	280
6 en 7 jaar	categorie 1	1241	280
	categorie 2	770	280
	categorie 3	95	95
	categorie 4	475	280
<b>TOTAAL</b>		<b>7.688</b>	<b>3.098</b>

- CATEGORIE 1: Enkel IMB (Individuele Materiële Bijstand) of IMB en -2 ptn RTH (Rechtstreeks Toegankelijke Hulp) of -2 punten RTH
- CATEGORIE 2: RTH+ 2 punten (met al dan niet IMB bij)
- CATEGORIE 3: PAB (Persoonlijk Assistentie Budget) (met al dan niet IMB bij)
- CATEGORIE 4: MFC lopende overeenkomsten (met al dan niet IMB bij)
- \* de selectie gebeurde ad random

### 1.3 Vragenlijst

Deel 1 (vragenlijstonderzoek ouders): De vragenlijst bestaat uit twee delen, de volledige vragenlijst is als bijlage 1 terug te vinden. In het eerste deel bevragen we algemene gegevens van het kind met (een vermoeden van) een beperking, zoals de leeftijd, het geslacht, of het kind een diagnose heeft, of er een diagnostisch onderzoek lopende is en of er extra medische zorgen zijn. Er werd ook gepolst naar waar het kind opgevangen wordt of school loopt en de redenen voor het gebruik van die vorm van opvang of school. De aangeboden redenen werden onder meer geselecteerd uit Satherley & Norwich (2022) en Teppers et al., (2019).

De sociaal economische status van het gezin werd gemeten met het hoogste opleidingsniveau van het gezin. De nood aan verdere ondersteuning werd gemeten met de schaal 'information' en enkele geselecteerde vragen uit de schaal 'Family & Social Support' uit the Family Needs Survey (Bailey, & Simeonsson, 1988) en de stelling "Ik zou momenteel extra ondersteuning kunnen gebruiken in verband met informatie over financiële ondersteuning". Op deze stellingen kan steeds 'ja', 'misschien' of 'nee' geantwoord. De variabele 'nood aan extra ondersteuning' werd bepaald door de scores op de stellingen over extra ondersteuning op te tellen. Wanneer er 'ja' geantwoord werd op een stelling, werden er 2 punten gescoord, bij 'misschien' 1 en bij 'neen' 0. De ervaren sociale steun wordt gemeten met de schaal 'Sociale Contacten' uit de Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (Veerman et al., 2012). Het gaat om vijf stellingen die van 1 (geldt niet) tot 5 (geldt helemaal) gescoord worden, zoals "Ik heb familieleden of vrienden bij wie ik terecht kunt wanneer er problemen zijn."

In het tweede deel wordt de ondersteuning door diensten onderzocht. Er wordt gevraagd welke diensten de respondent kent, van welke die momenteel ondersteuning krijgt en welke ooit ondersteuning boden. De opsomming van de diensten is gebaseerd op Hermans et al. (2016) met enkele aanpassingen.

Wanneer er ondersteuning gekregen wordt van een specifieke dienst wordt bevraagd hoe frequent deze ondersteuning is, wat deze ondersteuning inhoudt, wanneer de ondersteuning opstartte (en eventueel stopte), hoe de doorverwijzing verliep, of de ondersteuning de eigen keuze was en hoe de aanmelding verliep.

Er wordt daarnaast ook specifiek ingegaan op de diensten van Kind & Gezin. Er wordt bevraagd welke ondersteuning het gezin van Kind en Gezin ontving en wanneer er geen ondersteuning van het consultatiebureau was wordt bevraagd waarom dit zo is. De opties waarom er geen gebruik werd gemaakt van de diensten van Kind en Gezin zijn eveneens gebaseerd op Hermans et al. (2016). Ouders kunnen aangeven dat het gaat om een slechte ervaring, begeleiding van specialistische diensten, onvoldoende kennis bij Kind en Gezin, het niet kennen van Kind en Gezin en praktische redenen.

### 1.4 Analyses

Er wordt gestart met descriptieve statistiek. Nadien werd bekeken of er groepen van trajecten te onderscheiden zijn door middel van clusteranalyse, om zo de onderzoeksvraag "Zijn deze contactnames en doorverwijzingen uniek of zijn hier bepaalde tendensen in waar te nemen? Kunnen groepen van contactnames en trajecten worden onderscheiden?" te beantwoorden. Een clusteranalyse is een methode waarbij onderliggende structuren van een dataset kunnen blootgelegd worden aan de hand van het groeperen van de deelnemers gebaseerd op gelijkenissen in variabelen van deze deelnemers (Laursen & Hoff, 2006). Omdat de gebruikte variabelen in de clusteranalyse enkel uit dichotome

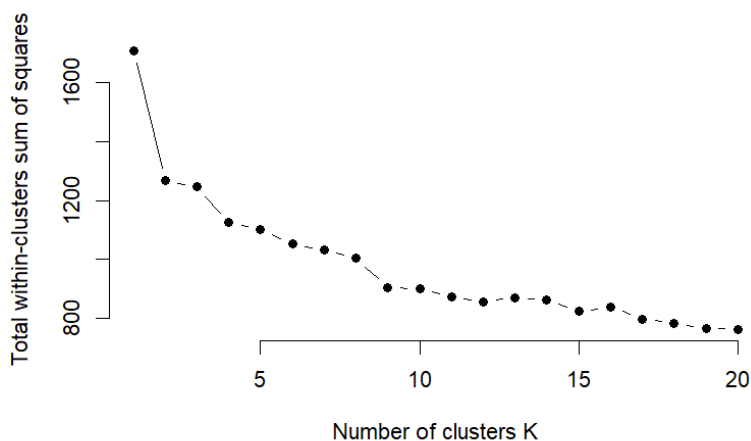
variabelen bestond, werd de k-modes clustering methode gebruikt (Huang, 1998) in plaats van de vaak gebruikte k-means.

Om het aantal groepen (clusters) in de data te bepalen, hebben we gebruik gemaakt van een visuele techniek, een zogenaamd *elbow plot*. Dit is een veelgebruikte methode om te beslissen hoeveel clusters het beste bij de data passen (Saha et al., 2019). In een *elbow plot* wordt een algoritme (in dit geval het k-modes algoritme) meerdere keren uitgevoerd, waarbij telkens een ander aantal clusters wordt getest. Voor elk aantal clusters wordt berekend hoe goed de data is ingedeeld. Dit resultaat wordt weergegeven in een grafiek. Het optimale aantal clusters is zichtbaar als een 'elleboog' in de grafiek: het punt waar de neerwaartse lijn meer horizontaal begint te lopen.

Uit het elbow plot bleek dat 2 clusters het meest logisch waren. Omdat de inhoudelijke verschillen tussen deze clusters beperkt waren (zie verder), werd ook een analyse uitgevoerd met 4 clusters. De analyses en grafieken werden uitgevoerd met R versie 4.3.0.

De volgende te beantwoorden onderzoeksvraag was 'In welke mate hebben factoren (zoals de aard van de beperking en de SES van het gezin) effect op de aanwezige diensten?'. Hiervoor werden chi-kwadraattoetsen en Fisher-Freeman-Halton-toetsen gebruikt om per ondersteuningsmogelijkheid te kijken of er significante verschillen waren tussen de geschatte en werkelijke waarden per cluster. Bij significante resultaten werden post-hoc analyses uitgevoerd met de adjusted residuals. De continue variabelen (zoals leeftijd van het kind, leeftijd bij vermoeden van de diagnose, leeftijd bij diagnose en t-score sociale steun) waren niet-normaal verdeeld. Daarom werden de Mann-Whitney U-test en de Kruskal-Wallis test gebruikt. Voor categorische variabelen werden opnieuw chi-kwadraattoetsen, Fisher Exact-toetsen en Fisher-Freeman-Halton-toetsen toegepast. Alle analyses zijn uitgevoerd in SPSS versie 28.

Figuur 1 Elbow plot aantal cluster vragenlijst ouders



## 2 Resultaten

### 2.1 Beschrijvende resultaten

3098 ouders van kinderen met een (vermoeden van een) beperking werden aangeschreven. Er vulden 334 respondenten de vragenlijst in. In tabel 2 worden de kenmerken van de kinderen beschreven. Die kinderen waren gemiddeld 5 jaar oud op het moment van de bevraging. 62% van hen waren jongens. Bij het eerste vermoeden van een beperking waren ze gemiddeld 1 jaar oud (range 0-6). Bij ongeveer 80% van de kinderen werd een diagnose gesteld, ze waren op dat moment ongeveer 2 jaar oud. Ongeveer de helft van de kinderen heeft volgens de ouders extra medische zorgen nodig.

Tabel 2 Kenmerken van respondenten en kinderen vragenlijst ouders

Variabele		<i>n (%)</i> / <i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Geslacht kind	Jongen	209 (62,6%)	334
	Meisje	125 (37,4%)	
Leeftijd kind	(range 0-9)	5,26 (2,04)	334
Leeftijd kind bij eerste vermoeden beperking	(range 0-6)	1,23 (1,30)	327
Leeftijd kind bij diagnose	(range 0-7)	2,25 (1,82)	260
Kind extra medische zorgen nodig	Ja	170 (50,9%)	334
	Nee	164 (49,1%)	
Hoogst behaalde gezinsdiploma			
-	Geen diploma of diploma lager onderwijs	27 (8,1%)	334
-	Lager secundair onderwijs	40 (12%)	334
-	Hoger secundair onderwijs	93 (27,8%)	334
-	Bachelor diploma	79 (23,7%)	334
-	Universitair diploma	93 (27,8%)	334
-	Missing	2 (0,6%)	334
Eventuele diagnose			
-	Respondent merkt afwijkende ontwikkeling, geen nood diagnose	19 (5,7%)	334
-	Omgeving merkt andere ontwikkeling, geen nood diagnose	4 (1,2%)	334
-	Omgeving merkt andere ontwikkeling, diagnostisch onderzoek lopende	8 (2,4%)	334
-	Respondent merkt andere ontwikkeling, diagnostisch onderzoek lopende	36 (10,8%)	334
-	Diagnose gesteld	267 (79,9%)	334

267 van de 334 kinderen kregen een diagnose. Indien een diagnose gesteld was of een vermoeden van een diagnose was, werd aan de ouders gevraagd welke deze was. Voor één kind konden verschillende diagnoses gegeven worden.

Tabel 3 Diagnose kinderen vragenlijst ouders

Beperking	Vermoeden van diagnose	Diagnose	<i>N</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>N</i>
- ASS	19 (5,7%)	133 (39,7%)	334
- Verstandelijke beperking of algemene achterstand	7 (2,1%)	51 (15,2%)	334
- Fysieke beperking	8 (2,4%)	44 (13,1%)	334
- Genetische ziekte	3 (0,9%)	86 (25,7%)	334
- Zintuiglijke beperking	1 (0,3%)	26 (7,8%)	334
- Epilepsie	1 (0,3%)	13 (3,9%)	334
- ADHD	9 (2,7%)	21 (6,3%)	334
- Spraak-taal stoornis	2 (0,6%)	8 (2,4%)	334
- Andere (gedragsstoornis, tumor, longproblemen, eetstoornis, gehechtheidsstoornis)	0 (0%)	14 (4,2%)	334

Er werd tevens aan ouders gevraagd waar hun kinderen overdag verblijven. Het grootste deel van de kinderen, 36,5%, liep school in het buitengewoon onderwijs.

Tabel 4 Wijze van opvang/onderwijs vragenlijst ouders

Wijze van opvang/onderwijs	<i>n (%)</i>	<i>N</i>
- Thuis	36 (10,8%)	334
- Reguliere opvang	21 (6,3%)	334
- Inclusieve opvang	3 (0,9%)	334
- Therapeutische opvang/MFC/dagopvang	30 (9%)	334
- Buitengewoon onderwijs	122 (36,5%)	334
- Regulier onderwijs	43 (12,9%)	334
- Regulier onderwijs met leersteun	78 (23,4%)	334

Wanneer door middel van meerkeuze-vragen gevraagd werd waarom ouders voor die vorm van opvang of onderwijs kozen, is het vaakst voorkomende antwoord (51%) over alle vormen heen dat dit de beste optie voor hun kind is. Ouders konden via 'andere' ook nog aanvullingen doen, op basis hiervan werd de extra optie 'medische redenen' toegevoegd aan tabel 5. De antwoorden worden per vorm van opvang of onderwijs weergegeven. Er werd een opdeling gemaakt in 'thuis', specialistisch (buitengewoon onderwijs, MFC, therapeutische opvang, dagopvang), regulier met extra ondersteuning (inclusieve opvang, regulier onderwijs met leersteun) en regulier zonder ondersteuning (reguliere opvang). Ouders konden meerdere antwoordmogelijkheden aanduiden. De 36 kinderen die thuis opgevangen worden zijn gemiddeld 4,5 jaar oud (range 1-8, SD 2,19) dus het gaat niet overwegend over kinderen op voorschoolse leeftijd.



Tabel 5 Reden keuze van opvang/onderwijs vragenlijst ouders

Reden keuze van opvang/onderwijs	<i>n (%)</i>	<i>N</i>
<b>Thuis</b>		<b>36</b>
- Tijd spenderen met kind	6 (16,7%)	
- Geen opvang nodig	3 (8,3%)	
- Sluit best aan bij noden kind	11 (30,6%)	
- Informele opvang thuis	4 (11,1%)	
- Formele opvang thuis	1 (2,9%)	
- Geen plaats in de gewenste vorm	8 (22,2%)	
- Praktische redenen	3 (8,3%)	
- Financiële redenen	0 (0%)	
- Geen vertrouwen in andere opvangvormen	1 (2,8%)	
- Nodige ondersteuning kan niet geboden worden in andere opvangvormen	9 (25%)	
- Omwille van opbouw naar andere opvangvorm	3 (8,3%)	
- Medische redenen	5 (13,9%)	
<b>Specialistisch</b>		<b>152</b>
- Sluit best aan bij noden kind	92 (60,5%)	
- Praktische redenen	2 (1,3%)	
- Nodige ondersteuning kan niet geboden worden in andere vormen	53 (34,9%)	
- Aangeraden door een professional	53 (34,9%)	
- Voorbereiding op het latere leven	23 (15,1%)	
- Therapie kan doorgaan tijdens opvang/schooluren	58 (38,2%)	
- Geen toegang regulier onderwijs wegens weigering	1 (0,7%)	
- Medische redenen	1 (0,7%)	
<b>Regulier</b>		<b>64</b>
- Sluit best aan bij noden kind	25 (39,1%)	
- Geen plaats in de gewenste opvangvorm	2 (3,1%)	
- Praktische redenen	19 (29,7%)	
- Voorbereiding op het latere leven	20 (31,3%)	
- Aangeraden door een professional	9 (14,1%)	
- Contact met kinderen zonder beperking	14 (21,9%)	
- Contact met kinderen uit de nabije buurt	15 (23,4%)	
<b>Regulier met ondersteuning</b>		<b>82</b>
- Sluit best aan bij noden kind	37 (45,1%)	
- Geen plaats in de gewenste opvangvorm	6 (7,3%)	
- Praktische redenen	22 (26,8%)	
- Voorbereiding op het latere leven	27 (32,9%)	
- Aangeraden door een professional	22 (26,8%)	
- Contact met kinderen zonder beperking	30 (36,6%)	
- Contact met kinderen uit de nabije buurt	19 (23,2%)	
- Reeds op school voor diagnose	6 (7,3%)	

Er werd tevens bevraagd wat de nood is aan verdere ondersteuning aan de hand van enkele geselecteerde vragen uit the Family Needs Survey (Bailey, & Simeonsson, 1988), met aanvulling van “Ik zou momenteel extra ondersteuning kunnen gebruiken in verband met informatie over financiële ondersteuning” en een open optie, “andere”. De open optie werd kwalitatief verwerkt.

De stellingen waren geformuleerd als: “Ik zou momenteel extra ondersteuning kunnen gebruiken in verband met...” De stellingen werden in tabel 6 gerangschikt volgens het percentage van ouders dat ‘Ja’ antwoordde. De stelling waarop de meeste (76%) ouders “ja” antwoordden was: “Ik zou momenteel extra ondersteuning kunnen gebruiken in verband met informatie over diensten die mijn kind in de toekomst mogelijks zal gebruiken”, ook “Ik zou momenteel extra ondersteuning kunnen gebruiken in verband met informatie over financiële ondersteuning” werd door 74% van de ouders met “ja” beantwoord. Daarna volgen “Ik zou momenteel extra ondersteuning kunnen gebruiken in verband met informatie over hoe ik met het gedrag van mijn kind om kan gaan” (66%) en “Ik zou momenteel extra ondersteuning kunnen gebruiken in verband met informatie over diensten die momenteel beschikbaar zijn” (65%). Een tiental personen verkozen de vragen niet te beantwoorden, vandaar het wijzigende aantal respondenten (N).

Tabel 6 Nood aan verdere ondersteuning vragenlijst ouders

Variabele	Ja	Misschien	Nee	N
Informatie diensten toekomst beschikbaar	245 (75,86%)	44 (13,62%)	34 (10,53%)	323
Informatie financiële ondersteuning	237 (73,60%)	44 (13,67%)	41 (12,73%)	322
Informatie omgaan gedrag kind	213 (65,54%)	57 (17,54%)	55 (16,92%)	325
Informatie diensten momenteel beschikbaar	210 (64,62%)	60 (18,46%)	55 (16,92%)	325
Informatie hoe zaken aanleren kind	203 (62,65%)	66 (20,37%)	55 (16,98%)	324
Informatie tijd voor mezelf vinden	185 (57,45%)	62 (19,25%)	75 (23,29%)	322
Informatie gezinsactiviteiten	170 (52,12%)	59 (18,44%)	91 (28,44%)	320
Informatie problemen bespreken en oplossen	167 (52,03%)	66 (20,56%)	88 (27,41%)	321
Informatie hoe spelen en praten met kind	147 (45,51%)	64 (19,81%)	112 (34,67%)	323
Informatie over beperking kind	148 (45,40%)	62 (19,02%)	116 (35,58%)	326
Informatie elkaar steunen moeilijke momenten	135 (42,06%)	65 (20,25%)	121 (37,69%)	321
Informatie groeien en ontwikkelen kind	127 (39,08%)	78 (24%)	120 (36,92%)	325
Informatie uitleggen beperking aan anderen	123 (38,44%)	77 (24,06%)	120 (37,5%)	320

Ouders gaven bij de open vraag aan dat extra ondersteuning rond opvang en onderwijs van de kinderen welkom was. Het gaat dan bijvoorbeeld om informatie bij onderwijs aan huis en ondersteuning op school. Ondersteuning bij het omgaan met wachtlijsten, bijvoorbeeld van ondersteunende diensten of buitengewoon onderwijs, wordt ook genoemd. Heel wat ouders vermelden dat er nood is aan een overkoepelende dienst die hen wegwijs kan maken in het hulpverleningslandschap voor hun kind met een beperking. Zo wordt gevraagd naar hulp bij wat er mogelijk is aan terugbetaling, waar aan diagnostiek kan worden gedaan, op welke ondersteuning ouders recht hebben, ontspanningsmogelijkheden en hobby's voor een kind met een beperking. Er wordt geopperd dat een soort zorgloket waar mensen met vragen rond hun kind met een beperking terecht kunnen, en ook één systeem waarin alle gegevens staan zodat deze bij nieuwe aanvragen niet steeds opnieuw moeten ingevuld en

verzameld worden, wordt voorgesteld. Ook administratief geven ouders aan ondersteuning nodig te hebben, bijvoorbeeld bij het invullen van aanvragen. Meer ondersteuning om in contact te komen met andere ouders van kinderen met een beperking werd ook vernoemd. Als laatste wordt inhoudelijke ondersteuning gevraagd, bijvoorbeeld in verband met omgaan met probleemgedrag en incontinentie.

Daarnaast werd de ervaren sociale steun gemeten, aan de hand van de schaal 'Sociale Contacten' uit de Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (Veerman et al., 2012). Het gaat om vijf stellingen die van 1 (geldt niet) tot 5 (geldt helemaal) gescoord worden (voorbeeldstelling: "Ik heb familieleden of vrienden bij wie ik terecht kan wanneer er problemen zijn."). De totaalscore is de som van de scores op de vijf stellingen. Deze totaalscore wordt omgezet naar een T-score, met een gemiddelde 50 en standaarddeviatie van 10. De T-score in dit onderzoek was 49,81, dus deze score is gemiddeld.

Tabel 7 Ervaren sociale steun vragenlijst ouders

Variabele		M (SD)	N
Contact buurt	(range 1-5)	3,10 (1,41)	334
Contact vrienden en familie	(range 1-5)	4 (1,20)	334
Hulp buurt	(range 1-5)	2,27 (1,45)	334
Hulp vrienden en familie	(range 1-5)	3,71 (1,39)	334
Steun vrienden en familie	(range 1-5)	3,66 (1,41)	334
T-score totale schaal	(range 20-69)	49,81 (16,36)	334

Nadien werd nagegaan welke diensten de ouders kennen, waaruit blijkt dat een OBC (4,52%), RCA (9,04%), netwerkondersteuning (10,84%) en de opvoedingslijn (11,14%) het minst gekend zijn. Het meest gekend bleken de huisarts (98,19%), het ziekenfonds (93,37%), het CLB (91,57%) en Kind en Gezin (90,66%). De diensten worden in tabel 8 in volgorde van gekendheid weergegeven.

Tabel 8 Gekende diensten vragenlijst ouders

Dienst	n (%)	N
Huisarts	326 (98,19%)	332
Ziekenfonds	310 (93,37%)	332
CLB	304 (91,57%)	332
Kind en Gezin	301 (90,66%)	332
Kinderopvang/school	280 (84,34%)	332
Privé-therapeut	246 (74,10%)	332
Thuisbegeleiding	218 (65,66%)	332
COS	201 (60,54%)	332
Arts/team verbonden aan een ziekenhuis	191 (57,53%)	332
Huis van het Kind	186 (56,02%)	332
Babysit	159 (47,89%)	332
MFC	130 (39,16%)	332
Speeltheek	129 (38,86%)	332
CAR	129 (38,86%)	332
CAW	125 (37,65%)	332
Leersteuncentrum	117 (35,24%)	332
Persoonlijk assistent	91 (27,41%)	332
CGG	82 (24,70%)	332
Oudervereniging/cliëntvereniging	69 (20,78%)	332
CKG	59 (17,78%)	332
Opvoedingswinkel	54 (15,27%)	332
Opvoedingslijn	37 (11,14%)	332
Autisme chat	47 (14,16%)	332
Netwerkondersteuning	36 (10,84%)	332
RCA	30 (9,04%)	332
OBC	15 (4,52%)	332

In onderstaande tabel is te zien van welke diensten de gezinnen ooit ondersteuning ontvingen, of nog steeds krijgen. Huisartsen (62,7%), kinderopvang/school (58,1%) en thuisbegeleiding (51,1%) werden het vaakst genoemd.

Tabel 9 Diensten ontvangen ondersteuning vragenlijst ouders

Dienst	n (%)	N
Huisarts	208 (62,7%)	332
Kinderopvang/school	192 (58,1%)	332
Thuisbegeleiding	172 (51,8%)	332
Kind en Gezin	162 (48,8%)	332
CLB	156 (47%)	332
Ziekenfonds	154 (46,4%)	332
COS	135 (40,7%)	332
Arts/team verbonden aan een ziekenhuis	117 (35,2%)	332
MFC	80 (24,1%)	332
CAR	77 (23,2%)	332
Leersteuncentrum	64 (19,3%)	332
Babysit	41 (12,2%)	332
Persoonlijk assistent	29 (8,7%)	332
Speeltheek	22 (6,6%)	332
Huis van het Kind	20 (6%)	332
CKG	14 (4,2%)	332
Oudervereniging/cliëntvereniging	10 (3%)	332
Netwerkondersteuning	8 (2,4%)	332
Geen van bovenstaande	8 (2,4%)	332
CAW	7 (2,1%)	332
Autisme chat	6 (1,8%)	332
CGG	5 (1,5%)	332
RCA	5 (1,5%)	332
Opvoedingswinkel	3 (0,9%)	332
OBC	3 (0,9%)	332
Opvoedingslijn	1 (0,3%)	332

## 2.2 Clusteranalyse

Er werd een clusteranalyse uitgevoerd waarbij gekeken werd of de ondersteuning die de gezinnen vroeger en momenteel kregen in verschillende groepen ingedeeld kan worden. Uit de elbow plot blijkt twee clusters een adequaat aantal. Wanneer de kenmerken van deze twee clusters opgelijst worden (tabel 10), blijken de respondenten verdeeld in een groep die veel ondersteuning krijgt en een groep die weinig ondersteuning krijgt. Door middel van chi-kwadraat testen en Fisher Exact tests wordt per ondersteuningsmogelijkheid bekeken of er een significant verschil is tussen de clusters. In de tabel worden de geschatte waarde per cluster en de werkelijke waarde per cluster gepresenteerd. De verwachte waarde voor iedere cluster wordt in onderstaande tabellen tussen haakjes gegeven. De verwachte waarde in een chi-kwadraattoets is wat je zou verwachten als er geen verband of verschil is tussen de categorieën die onderzocht worden. De verwachte waarden worden vergeleken met de waargenomen waarden (in de steekproef). De chi-kwadraattest bepaalt of de verschillen groot genoeg zijn om significant te zijn (in de tabellen aangeduid met een asterisk). Wanneer een variabele vaker voorkwam dan verwacht, werd die in het blauw aangeduid. Variabelen die minder voorkwamen dan verwacht, werden in rood aangeduid.

In Cluster 1 (veel ondersteuning) krijgen 140 gezinnen ondersteuning van de huisarts, dit is significant meer dan de verwachte 104,6. In cluster 2 (weinig ondersteuning) is dit 68, significant minder dan de verwachte 103,4. Ditzelfde patroon, meer dan verwacht in cluster 1 (veel ondersteuning) en minder in cluster 2 (weinig ondersteuning), zien we ook voor het ziekenfonds, de speeltheek, babysit, oudervereniging/clientvereniging, Kind en gezin, CLB, kinderopvang/school, leersteuncentrum, privé-therapeut, thuisbegeleiding, MFC, COS, arts/team verbonden aan ziekenhuis en persoonlijk assistent. Er bleek geen significant verschil tussen het verwachte aantal en het eigenlijke aantal per cluster voor de volgende diensten; opvoedingswinkel, Huis van het Kind, Opvoedingslijn, CKG, CAW, OBC, CAR, CGG, RCA, netwerkondersteuning, Autisme Chat. Als laatste was er een groep ouders die aangaf geen enkele van de diensten ondersteuning te krijgen. Dit aantal was significant kleiner dan verwacht in cluster 1 (veel ondersteuning), aangezien daar geen enkele ouder dit aangaf. In cluster 2 (weinig ondersteuning) was dit significant meer dan verwacht.

Tabel 10 Ondersteuning van diensten tijdens traject (2 clusters) vragenlijst ouders

Ondersteuning van	Cluster		Chi-kwadraat/Fisher Exact
	1: Veel ondersteuning	2: Weinig ondersteuning	
	N=167	N=165	
Huisarts	140 (104,6)*	68 (103,4)*	64,43*
Ziekenfonds	114 (77,5)*	40 (76,5)*	64,67*
Speeltheek	18 (11,1)*	4 (10,9)*	9,36*
Babysit	36 (20,6)*	5 (20,4)*	26,32*
Oudervereniging/cliëntvereniging	10 (5)*	0 (5)*	10,19*
Opvoedingswinkel	2 (1,5)	1 (1,5)	0,32
Huis van het Kind	12 (10,1)	8 (9,9)	0,80
Opvoedingslijn	0 (0,5)	1 (0,5)	1,02
Kind en Gezin	110 (81,5)*	52 (80,5)*	39,20*
CLB	114 (78,5)*	42 (77,5)*	61,06*
Kinderopvang/school	127 (97,1)*	66 (95,9)*	44,31*
Leersteuncentrum	44 (32,2)*	20 (31,8)*	10,79*
CKG	8 (7)	6 (7)	0,27
CAW	6 (3,5)	1 (3,5)	3,59
Privé-therapeut	122 (83)*	43 (82)*	73,32*
Thuisbegeleiding	125 (86,5)*	47 (85,5)*	71,46*
MFC	55 (40,2)*	25 (39,8)*	14,35*
COS	102 (67,9)*	33 (67,1)*	58,04*
OBC	3 (1,5)	0 (1,5)	2,99
CAR	43 (38,7)	34 (38,3)	1,23
Arts/team verbonden aan een ziekenhuis	93 (58,9)*	24 (58,1)*	61,56*
CGG	4 (2,5)	1 (2,5)	1,79
RCA	1 (2,5)	4 (2,5)	1,86
Netwerkondersteuning	5 (4)	3 (4)	0,49
Autisme chat	2 (3)	4 (3)	0,70
Persoonlijk assistent	23 (14,6)*	6 (14,4)*	10,70*
Geen van bovenstaande	0 (4)*	8 (4)*	8,30*

Nadien werd bekeken of per cluster bepaalde variabelen significant van elkaar verschillen aan de hand van Mann-Whitney U, chi-kwadraat, Fisher Exact testen.

Gezinnen waarvan het kind een diagnose kreeg, komen significant vaker voor in de cluster met veel ondersteuning en minder in de cluster met weinig ondersteuning dan verwacht. Ook kinderen met een genetische ziekte en extra medische zorgen zijn oververtegenwoordigd in de cluster met veel ondersteuning en ondervertegenwoordigd in het tweede cluster (weinig ondersteuning) t.o.v. de verwachte waarde.

Tabel 11 Kenmerken kinderen deel 1 (2 clusters) vragenlijst ouders

Kenmerk	Cluster		
	1: veel ondersteuning N=167	2: weinig ondersteuning N=165	Chi-square/ Fisher Exact
Geslacht: jongen	98 (104,1)	109 (102,9)	1,93
Diagnose: ja	143 (135,3)*	126 (133,7)*	4,63*
ASS	59 (66,4)	73 (65,6)	2,75
Verstandelijke/algemene achterstand	21 (25,7)	30 (25,3)	2,01
Fysieke beperking	27 (22,1)	17 (21,9)	2,48
Genetische ziekte	57 (43,3)*	29 (42,7)*	11,85*
Zintuiglijke beperking	14 (13,1)	12 (12,9)	0,14
Epilepsie	6 (6,5)	7 (6,5)	0,09
ADHD	10 (10,6)	11 (10,4)	0,06
Spraak-/taalstoornis	3 (4)	5 (4)	0,54
Andere (PTSS, gehechtheid, eetstoornis, tumor, longproblemen, NAH)	8 (7)	6 (7)	0,27
Extra medische zorgen	97 (84,8)*	71 (83,5)*	7,52*
Manier van opvang of school			5,05
- Specialistisch (buitengewoon, MFC, dagopvang, creche specifiek beperking)	82 (76)	69 (75)	
- Regulier	27 (32,2)	37 (31,8)	
- Regulier ondersteuning (bv. inclusieve kinderopvang, onderwijs met leersteun)	44 (40,7)	37 (40,3)	
- Thuis	14 (18,1)	22 (17,9)	

Er worden in tabel 12 Mann-Whitney U tests beschreven die werden uitgevoerd op de scores van de twee clusters. De Mann-Whitney U-test is een statistische toets die wordt gebruikt om te vergelijken of twee onafhankelijke groepen verschillen en werd gekozen omdat de gegevens niet normaal verdeeld waren. De test rangschikt alle scores van laag naar hoog, ongeacht tot welke groep ze behoren. Vervolgens worden de gemiddelde rangorden van beide groepen vergeleken en wordt bekeken of deze significant verschillen van elkaar. De gemiddelde rangorde is dus een maat die aangeeft hoe hoog de scores van een groep gemiddeld liggen ten opzichte van de scores van andere groepen, nadat alle waarden in één gezamenlijke lijst gerangschikt zijn. Het verschil in gemiddelde rangscore voor de leeftijd van de diagnose en het eerste vermoeden van diagnose van de beperking van het kind tussen de clusters was significant. De kinderen uit het cluster met weinig ondersteuning waren gemiddeld ouder op het moment van het vermoeden en de diagnose dan de kinderen uit het eerste (veel ondersteuning) cluster. Het gezinsdiploma ligt gemiddeld lager in de cluster waarin weinig gekregen wordt. In de eerste cluster (veel ondersteuning) is er significant meer sociale steun, zijn meer diensten betrokken en kent het gezin ook meer diensten.



Tabel 12 Kenmerken kinderen deel 2 (2 clusters) vragenlijst ouders

	Cluster 1 (n=167)	Cluster 2 (n=165)	
	Gemiddelde rangscore	Gemiddelde rangscore	Z-waarde
Leeftijd kind	161,27	171,79	-1,01
Leeftijd diagnose	120,71*	140,43*	-2,12*
Leeftijd vermoeden	145,56*	180,77*	-3,43*
Sociale steun	179,07*	153,78*	-2,42*
Aantal diensten betrokken traject	244,96*	87,09*	-15,06*
Aantal diensten kennen	212,81*	119,63*	-8,86*
Aantal diensten waarvan ondersteuning gewenst, nooit gekregen	161,82	171,24	-1,12
Nood aan extra ondersteuning	156,56	169,80	-1,27
Gezinsdiploma	190,61*	141,24*	-4,84*

Omdat de inhoudelijke meerwaarde van deze twee groepen eerder beperkt is, wordt ook de volgende knik in de elbow plot, vier clusters, in tabel 13 gegoten. Door middel van chi-kwadraat testen en Fisher-Freeman-Halton testen wordt per ondersteuningsmogelijkheid bekeken of er een significant verschil is tussen de geschatte waarde per cluster en de werkelijke waarde.

Gezinnen in cluster 1 kregen significant vaker ondersteuning van een huisarts, ziekenfonds, speeltheek, Huis van het Kind, Kind en Gezin, CLB, en van de kinderopvang en/of school van hun kind dan verwacht. Ze kregen dan weer minder ondersteuning van een privé-therapeut, het COS, een arts en/of team verbonden aan een ziekenhuis en een persoonlijk assistent dan verwacht. We kunnen dus stellen dat dit gezinnen zijn die voornamelijk **reguliere ondersteuning** krijgen.

Gezinnen uit cluster 2 kregen significant minder ondersteuning van een huisarts, het ziekenfonds, speeltheek, babysit, oudervereniging en/of cliëntvereniging, Kind en Gezin, een CLB, kinderopvang en/of school, een leersteuncentrum, privé-therapeut, thuisbegeleiding, MFC, COS, arts/team verbonden aan het ziekenhuis dan verwacht. Ze gaven ook vaker dan verwacht aan dat ze van geen van alle vernoemde diensten ondersteuning ontvingen. Deze groep kan omschreven worden als een groep waarin **weinig ondersteuning** gekregen wordt.

In het derde cluster kregen gezinnen meer ondersteuning van hun huisarts, ziekenfonds, babysit, oudervereniging/cliëntvereniging, Kind en Gezin, CLB, kinderopvang en/of school, een leersteuncentrum, privé-therapeut, thuisbegeleiding, COS, OBC, arts/team verbonden aan ziekenhuis en persoonlijk assistent dan verwacht. Deze gezinnen ontvangen zowel **specialistische als reguliere ondersteuning**.

Als laatste volgt er de vierde cluster. Gezinnen in dit cluster kregen minder ondersteuning dan verwacht van Kind en Gezin, het CLB en leersteuncentrum. Ze krijgen vaker ondersteuning van hun huisarts, een ziekenfonds, privé-therapeut, thuisbegeleiding, MFC, COS, een arts/team verbonden aan een ziekenhuis

en een persoonlijk assistent dan verwacht. Dit zijn dus gezinnen die voornamelijk **specialistische ondersteuning** ontvangen.

Tabel 13 Ondersteuning van diensten tijdens traject (4 clusters) vragenlijst ouders

Ondersteuning van	Cluster				Chi-kwadraat/ Fisher-Freeman- Halton Exact
	1: reguliere ondersteuning N=79	2: weinig ondersteuning N=120	3: specia- listische en reguliere ondersteuning N=80	4: specialistische onder- steuning N=53	
Huisarts	61 (49,5)*	35 (75,2)*	70 (50,1)*	42 (33,2)*	92,01*
Ziekenfonds	48 (36,6)*	18 (55,7)*	52 (37,1)*	36 (24,6)*	75,13*
Speeltheek	10 (5,2)*	1 (8)*	9 (5,3)	2 (3,5)	14,62*
Babysit	11 (9,8)	1 (14,8)*	19 (9,9)*	10 (6,5)	26,57*
Oudervereniging/cliënt- vereniging	1 (2,4)	0 (3,6)*	9 (2,4)*	0 (1,6)	17,92*
Opvoedingswinkel	1 (0,7)	1 (1,1)	1 (0,7)	0 (0,5)	1,08
Huis van het Kind	10 (4,8)*	4 (7,2)	5 (4,8)	1 (3,2)	8*
Opvoedingslijn	0 (0,2)	1 (0,4)	0 (0,2)	0 (0,2)	2,24
Kind en Gezin	56 (38,5)*	31 (58,6)*	66 (39)*	9 (25,9)*	98,60*
CLB	57 (37,1)*	25 (56,4)*	60 (37,6)*	14 (24,9)*	87,25*
Kinderopvang/school	64 (45,9)*	37 (69,8)*	59 (46,5)*	33 (30,8)	62,14*
Leersteuncentrum	14 (15,2)	14 (23,1)*	31 (15,4)*	5 (10,2)*	27,38*
CKG	3 (3,3)	6 (5,1)	4 (3,4)	1 (2,2)	0,93
CAW	4 (1,7)	0 (2,5)	2 (1,7)	1 (1,1)	6,02
Privé-therapeut	20 (39,3)*	28 (59,6)*	70 (39,8)*	47 (26,3)*	130,10*
Thuisbegeleiding	40 (40,9)	35 (62,2)*	60 (41,4)*	37 (27,5)*	48,80*
MFC	14 (19)	15 (28,9)*	16 (19,3)	35 (12,8)*	62,29*
COS	13 (32,1)*	25 (48,8)*	61 (32,5)*	36 (21,6)*	97,06*
OBC	0 (0,7)	0 (1,1)	3 (0,7)*	0 (0,5)	5,53*
CAR	21 (18,3)	26 (27,8)	21 (18,6)	9 (12,3)	2,23
Arts/team verbonden aan een ziekenhuis	13 (27,8)*	16 (42,3)*	57 (28,2)*	31 (18,7)*	95,59*
CGG	2 (1,2)	0 (1,8)	2 (1,2)	1 (0,8)	3,71
RCA	2 (1,2)	2 (1,8)	1 (1,2)	0 (0,8)	1,25
Netwerkondersteuning	1 (1,9)	2 (2,9)	5 (1,9)	0 (1,3)	5,06
Autisme chat	2 (1,4)	3 (2,2)	0 (1,4)	1 (1)	2,19
Persoonlijk assistent	0 (6,9)*	6 (10,5)	14 (7)*	9 (4,6)*	21,89*
Geen van bovenstaande	0 (1,9)	8 (2,9)*	0 (1,9)	0 (1,3)	10,62*

Nadien werd bekeken of per cluster bepaalde variabelen significant van elkaar verschillen aan de hand van Kruskal-Wallis, chi-kwadraat en Fisher-Freeman-Halton testen. Hieruit blijkt dat gezinnen met een kind met ASS meer dan verwacht terug te vinden zijn in het tweede cluster (weinig ondersteuning). Ouders van kinderen met een genetische ziekte en kinderen die extra medische noden hadden, werden minder vaak dan verwacht teruggevonden in de tweede cluster (weinig ondersteuning), en vaker in de vierde (specialistische ondersteuning). Een combinatie van beperkingen, bv. verstandelijke beperking en ASS, werd minder vaak dan verwacht gezien in de vierde cluster (specialistische ondersteuning). In de vierde cluster (specialistische ondersteuning) werden er meer gezinnen waarvan de kinderen specialistisch opgevangen worden (buitengewoon onderwijs, dagopvang, MFC...) gezien, terwijl kinderen die regulier onderwijs of opvang krijgen vaker in de tweede cluster (weinig ondersteuning) ingedeeld worden dan verwacht. Gezinnen waarvan de kinderen school lopen in het regulier onderwijs met extra ondersteuning of inclusieve kinderopvang werden vaker dan verwacht in zowel de eerste (reguliere ondersteuning) als derde cluster (zowel specialistische als reguliere ondersteuning) opgemerkt, terwijl deze gezinnen minder vertegenwoordigd zijn in de vierde cluster. Kinderen die thuis verblijven werden minder dan verwacht gezien in de eerste cluster (reguliere ondersteuning), en vaker dan verwacht in de tweede (weinig ondersteuning).

Tabel 14 Kenmerken kinderen deel 1 (4 clusters) vragenlijst ouders

Kenmerk	Cluster				Chi-kwadraat/Fisher-Freeman-Halton Exact
	1: reguliere ondersteuning	2: weinig ondersteuning	3: specialistische en reguliere ondersteuning	4: specialistische ondersteuning	
Geslacht: jongen	50 (49,3)	83 (74,8)	47 (49,9)	27 (33)	5,78
Diagnose: ja	68 (64)	89 (97,3)	67 (64,8)	45 (42,9)	5,88
ASS	36 (31,4)	54 (47,7)	30 (31,8)	12 (21,1)*	9,14*
Verstandelijke/algemene achterstand	12 (12,1)	22 (18,4)	11 (12,3)	6 (8,1)	1,64
Fysieke beperking	8 (10,5)	11 (15,9)	16 (10,6)	9 (7)	2,48
Genetische ziekte	17 (20,5)	16 (31,1)*	25 (20,7)	28 (13,7)*	31,88*
Zintuiglijke beperking	9 (6,2)	8 (9,4)	5 (6,3)	4 (4,2)	1,90
Epilepsie	3 (3,1)	4 (4,7)	3 (3,1)	3 (2,1)	0,82
ADHD	4 (5)	8 (7,6)	6 (5,1)	3 (3,4)	0,5
Spraak-/taalstoornis	0 (1,9)	5 (2,9)	2 (1,9)	1 (1,3)	3,35
Andere (diagnose: PTSS, gehechtheid, eetstoornis, tumor, longproblemen, NAH)	5 (3,3)	2 (5,1)	3 (3,4)	4 (2,2)	5,6
Extra medische zorgen	36 (40)	45 (60,7)*	48 (40,5)	39 (26,8)*	23,07*
Manier van opvang of school					30,39*
- Specialistisch (buitengewoon, MFC, dagopvang, creche specifiek beperking)	37 (35,9)	47 (54,6)	34 (36,4)	33 (24,1)*	
- Regulier	13 (15,2)	31 (23,1)*	12 (15,4)	8 (10,2)	
- Regulier met ondersteuning (bv. inclusieve kinderopvang, onderwijs met leersteun)	26 (19,3)*	23 (29,3)	28 (19,5)*	4 (12,9)*	
- Thuis	3 (8,6)*	19 (13)*	6 (8,7)	8 (5,7)	

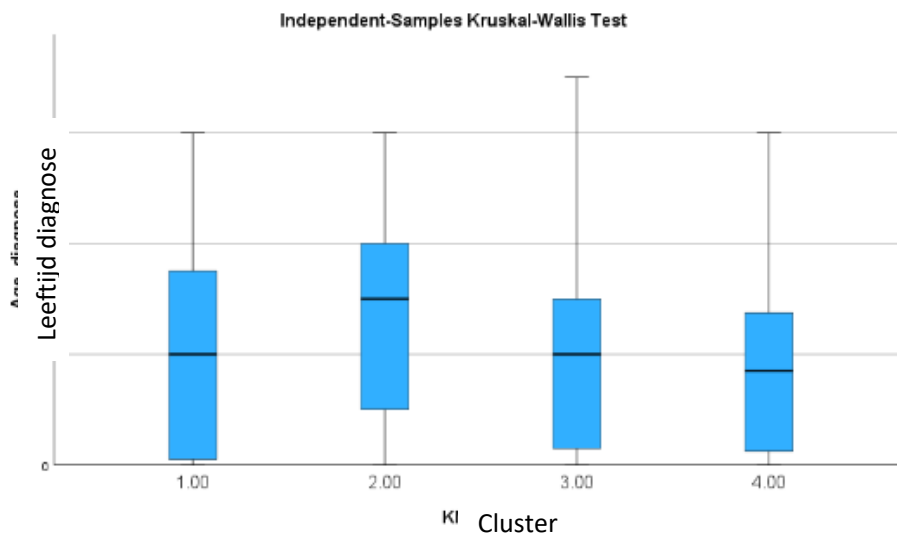
Er worden in tabel 15 Kruskal Wallis tests beschreven die werden gebruikt om de associatie van een specifieke variabele met een cluster na te gaan. Wanneer de Kruskal Wallis test significant is, wordt dit aangeduid met een asterix. Dit wil zeggen gemiddelde rangscore verschilt tussen de clusters. Om na te gaan tussen welke clusters deze verschillen zich bevinden, worden nadien post-hoc tests uitgevoerd.

Tabel 15 Kenmerken kinderen deel 2 (4 clusters) vragenlijst ouders

	Cluster 1 (n=79)	Cluster 2 (n=120)	Cluster 3 (n=80)	Cluster 4 (n=53)	
	Gemiddelde rangscore	Gemiddelde rangscore	Gemiddelde rangscore	Gemiddelde rangscore	Kruskal Wallis test
Leeftijd kind	178,08	165,81	167,14	149,84	2,81
Leeftijd diagnose	128,22	149,60	119,90	108,63	10,8*
Leeftijd vermoeden	180,66	186,87	135,96	124,43	26,4*
Sociale steun	173,63	149,45	187,56	162,70	8,27*
Aantal diensten betrokken (vroeger en nu)	182,29	69,77	265,13	213,11	223,3*
Aantal diensten kennen	167,86	115,37	220,86	198,19	65,75*
Aantal diensten waarvan er ondersteuning gewenst was, nooit gekregen	145,39	181,19	158,53	176,74	12,24*
Extra ondersteuning	163,59	165,49	142,09	188,82	7,99*
Gezinsdiploma	148,05	139,74	200,59	200,65	30,95*

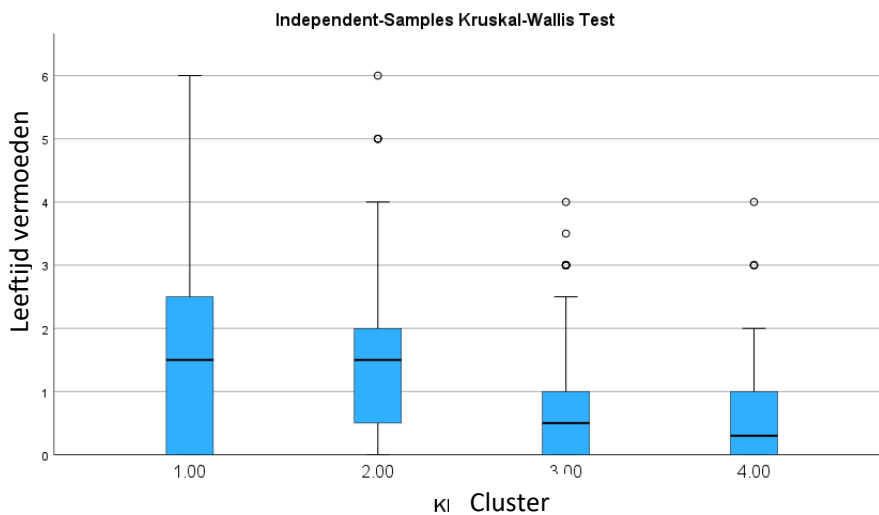
Het verschil in gemiddelde rangscore voor de leeftijd van de diagnose van de beperking van het kind tussen de clusters was significant. Om na te gaan tussen welke clusters er verschillen zijn, werd post-hoc de Dunn's test uitgevoerd. Er bleek een significant verschil tussen de gemiddelde rangscores van het 2de en 4de cluster. De kinderen uit het tweede cluster waren gemiddeld ouder op het moment van de diagnose dan kinderen uit het vierde cluster.

Figuur 2 Leeftijd diagnose per cluster



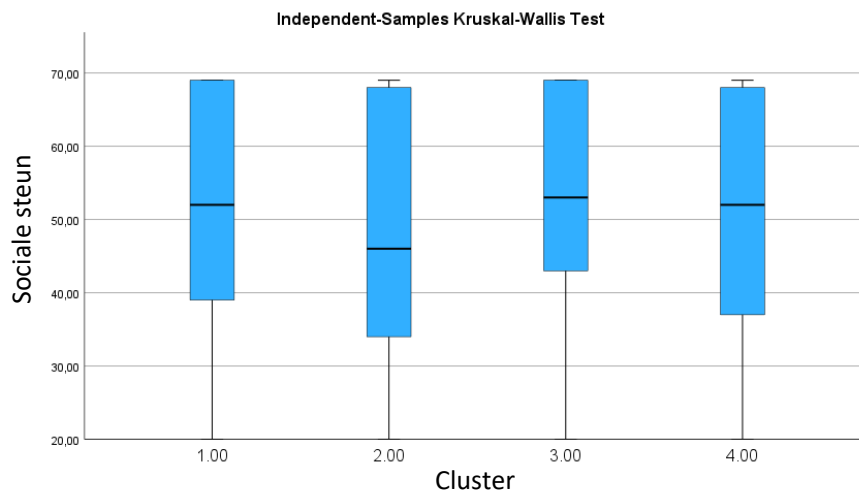
Ook het verschil in gemiddelde rangscore voor de leeftijd van het eerste vermoeden van een beperking was significant. Een post-hoc Dunn's test wees op significant hogere gemiddelde rangscores voor de leeftijd waarop een beperking vermoed werd bij kinderen uit cluster 1 in vergelijking met kinderen uit cluster 3 ( $p=0,003$ ) en kinderen uit cluster 4 ( $p=0,004$ ), net als een hogere gemiddelde rangscore van kinderen uit cluster 2 in vergelijking met kinderen uit cluster 3 ( $p=0,001$ ) en cluster 4 ( $p<0,001$ ). Kinderen in de eerste twee clusters waren dus gemiddeld ouder wanneer er een beperking vermoed werd dan kinderen in de clusters 3 en 4.

Figuur 3 Leeftijd vermoeden van beperking per cluster



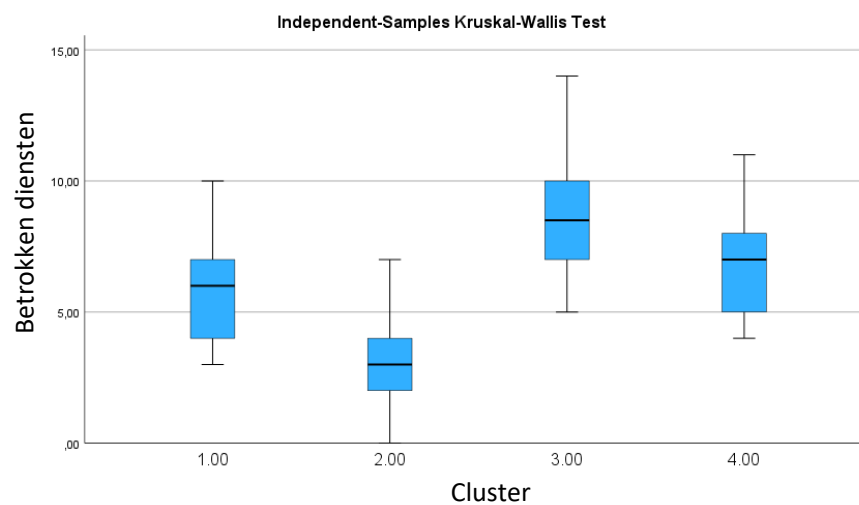
Er bleek ook een significant verschil in de gemiddelde rangscore voor de ervaren sociale steun van de respondent per cluster. Post-hoc Dunn's wees op een significant verschil tussen cluster 2 en 3 ( $p=0,034$ ). De gemiddelde rangscore van de ervaren sociale steun lag lager in cluster 2 dan in cluster 3. Lagere scores staan voor minder ervaren sociale steun.

Figuur 4 Sociale steun per cluster



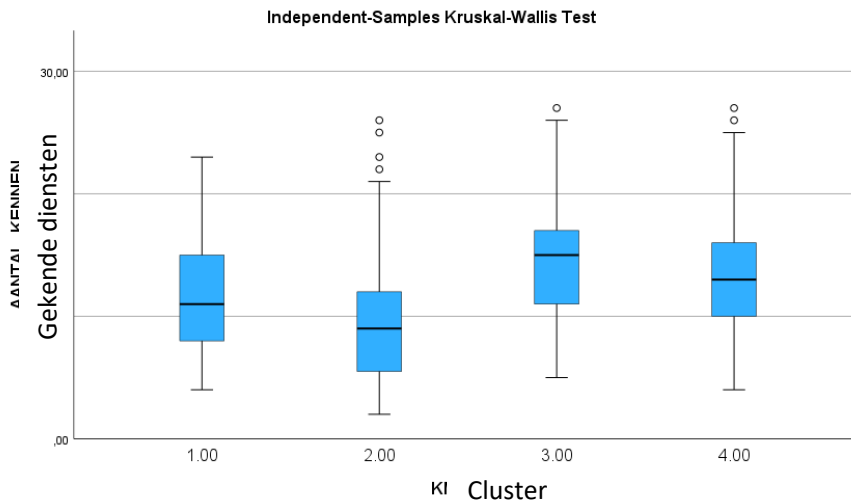
De clusters verschillen ook significant in het aantal verschillende diensten die gezinnen ondersteunen. De post-hoc Dunn's test wees erop dat de gemiddelde rangscore van aantal betrokken diensten voor gezinnen in cluster 2 significant lager was dan deze van gezinnen in cluster 1 ( $p < 0,001$ ), 3 ( $p < 0,001$ ) en 4 ( $p < 0,001$ ). De gemiddelde rangscore voor gezinnen in cluster 3 was significant hoger dan die van gezinnen in cluster 1 ( $p < 0,001$ ), 2 ( $p < 0,001$ ) en 4 ( $p = 0,013$ ).

Figuur 5 Betrokken diensten tijdens traject per cluster



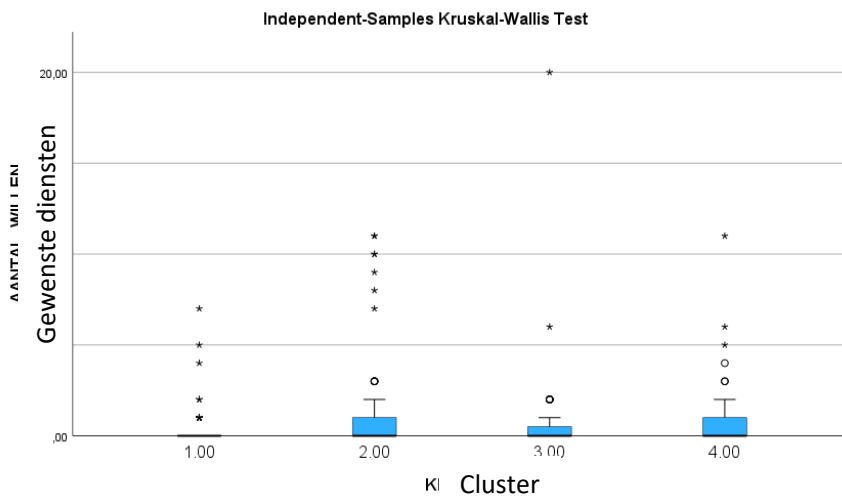
De post-hoc Dunn's test toonde dat de gemiddelde rangscore van aantal gekende diensten voor gezinnen in cluster 2 significant lager lag dan gemiddelde rangscore van de gezinnen in cluster 1 ( $p < 0,001$ ), 3 ( $p < 0,001$ ) en 4 ( $p < 0,001$ ). De gemiddelde rangscore voor gezinnen in cluster 3 bleek significant hoger dan die van gezinnen in cluster 1 ( $p < 0,001$ ), 2 ( $p < 0,001$ ) en 4 ( $p = 0,013$ ).

Figuur 6 Aantal gekende diensten per cluster



Een post-hoc Dunn's test wijst op een significant verschil tussen het aantal diensten waarvan de respondenten ondersteuning wilden, maar nooit kregen. Dit aantal was significant hoger in cluster 2 in vergelijking met cluster 1 ( $p=0,007$ ).

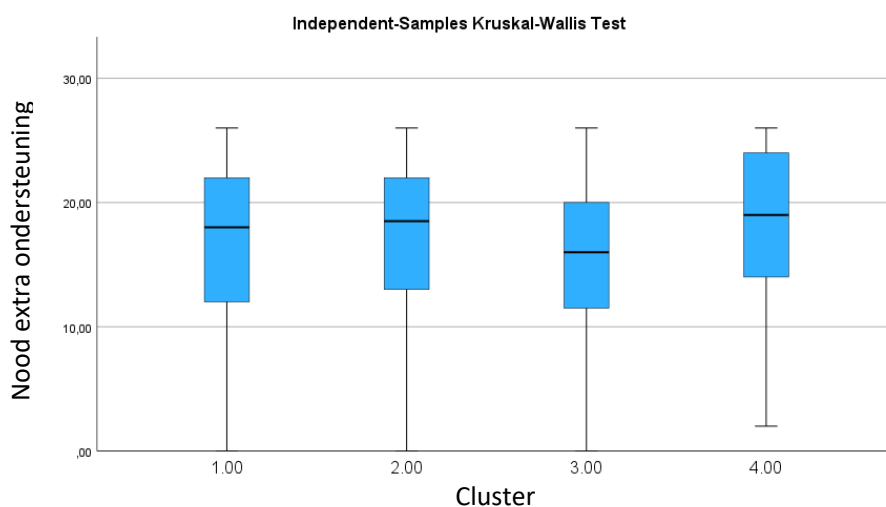
Figuur 7 Aantal diensten gewenste maar niet gekregen ondersteuning per cluster



De nood aan extra ondersteuning werd bepaald door de scores op de stellingen over extra ondersteuning op te tellen. Wanneer er 'ja' geantwoord werd op een stelling, werden er 2 punten gegeven, bij 'misschien' 1. Er bleek hier met een post-hoc Dunn's test enkel een significant verschil tussen clusters 3 en 4. De gemiddelde rangorde van respondenten uit cluster 3 was significant lager dan deze in cluster 4 ( $p=0,031$ ).



Figuur 8 Nood aan extra ondersteuning per cluster



Er werden verschillende Mann Whitney U testen uitgevoerd om post-hoc de associatie tussen gezinsdiploma en cluster te bekijken. Gezinnen in het tweede cluster (weinig ondersteuning) hadden de laagste gemiddelde rangorde op vlak van gezinsdiploma's. De gemiddelde rangorde van gezinnen in zowel het eerste als het tweede cluster was significant lager dan deze van gezinnen in het derde ( $p < 0,001$ ) en vierde cluster ( $p < 0,001$ ).

### 2.3 Ontbrekende begeleiding Kind en Gezin

In dit onderzoek wordt extra aandacht besteed aan de ondersteuning van de gezinnen met een kind met een (vermoeden van een) beperking door Kind en Gezin. Er werd nagegaan of gezinnen met een kind met een (vermoeden van een) beperking ook ondersteuning krijgen van reguliere diensten. Een voorbeeld bij uitstek van een reguliere dienst zijn de diensten aangeboden door Kind en Gezin omwille van hun groot bereik. In 2022 had 91.2% van alle Vlaamse kinderen minstens 1 contact met het aanbod van Kind en Gezin tijdens hun eerste drie levensmaanden (Agentschap Opgroeien, 2023).

Wanneer gezinnen aangaven dat ze geen begeleiding kregen van Kind en Gezin, werd de reden hiervan gevraagd. Er kon ook in een open vraag aanvullende informatie gegeven worden. 200 ouders gaven aan dat het gezin geen ondersteuning van Kind en Gezin krijgt, om andere reden dan ouder dan 2,5 jaar oud zijn. Ouders konden meerdere redenen aangeven waarom ze geen ondersteuning kregen van Kind en Gezin (zie tabel 16).

Tabel 16 Reden ontbrekende ondersteuning Kind en Gezin

Reden ontbrekende ondersteuning Kind en Gezin	<i>n</i> (%)	<i>N</i>
- Elders voldoende opvolging	137 (68,5%)	200
- Onvoldoende kennis van de beperking	104 (52%)	200
- Praktische redenen	22 (11%)	200
- Negatieve ervaring	29 (14,5%)	200
- Kind en Gezin ongekend	10 (5%)	200

Uit de open vraag bleek tevens dat langsgaan bij Kind en Gezin door sommige ouders als confronterend gezien werd, aangezien ze geconfronteerd werden met afwijken van de gemiddelde ontwikkeling van hun kind. Wanneer ouders in een open vraag kunnen aangeven waarom ze geen ondersteuning krijgen, geven enkele ouders aan dat ze niet meer door Kind en Gezin worden opgevolgd, maar Kind en Gezin wel een belangrijke rol speelde in de diagnosestelling: “Dankzij hen heb ik het opgemerkt dat mijn kind verder zorg nodig had.”

Er werd tevens nagegaan of er kenmerken van kinderen en gezinnen samenhangen met de redenen van ontbrekende ondersteuning. Voor de volledige steekproef werd een kruistabel opgemaakt per reden van ontbrekende ondersteuning, terug te vinden in tabellen 17 tot en met 21. Ouders die aangaven elders voldoende opvolging te hebben, hebben in vergelijking met gezinnen die deze reden niet opgaven, significant vaker een kind dat extra medische zorgen nodig heeft, werden minder vaak opgedeeld in de cluster met weinig ondersteuning en meer in de cluster met specialistische ondersteuning, hadden minder vaak een kind met ASS en hadden vaker een kind met een fysieke beperking dan verwacht.

Wanneer de reden ‘onvoldoende kennis van de beperking van het kind’ gegeven wordt, is er enkel een significant verschil op vlak van de beperking die het kind heeft. Kinderen met een fysieke beperking zijn ondervertegenwoordigd, terwijl de kinderen met een beperking omwille van genetische ziekte oververtegenwoordigd zijn t.o.v. de verwachte waarden.

Wanneer een kind omwille van praktische redenen geen ondersteuning van Kind en Gezin kreeg, kwamen kinderen met medische zorgen en fysieke beperking vaker voor dan verwacht, net zoals gezinnen die ingedeeld werden in de cluster die vooral specialistische zorg kregen.

Gezinnen die geen ondersteuning kregen van Kind en Gezin omwille van negatieve ervaringen, kwamen vaker voor in de cluster specialistische zorg dan verwacht. Daarnaast hadden de kinderen vaker ADHD of een diagnose in de categorie ‘andere’ dan verwacht.

Als laatste konden gezinnen aangeven dat ze geen ondersteuning kregen van Kind en Gezin omdat ze deze dienst niet kenden. Gezinnen waarvan de kinderen de diagnose ASS hadden, gaven deze reden vaker op dan verwacht.

Tabel 17 Kenmerken ontbrekende ondersteuning K&G: voldoende opvolging elders

	Voldoende opvolging elders		Chi- kwadraat/Fishe r-Freeman- Halton Exact
	Nee	Ja	
Medische zorgen: ja	89 (100,3)*	81 (69,7)*	6,29*
School/opvang			3,36
- Gespecialiseerd	95 (89,7)	57 (62,3)	
- Regulier	32 (37,7)	33 (26,3)	
- Met extra ondersteuning/inclusief	47 (48,4)	34 (33,6)	
- Thuis	23 (21,2)	13 (14,8)	
Clusters: 2			1,84
1: Veel ondersteuning	92 (98,1)	75 (68,9)	
2: Weinig ondersteuning	103 (96,9)	62 (68,1)	
Clusters: 4			34,27*
1: reguliere ondersteuning	51 (46,4)	28 (32,6)	
2: weinig ondersteuning	81 (70,5)*	39 (49,5)*	
3: specialistische en reguliere ondersteuning	51 (47,0)	29 (33,0)	
4: specialistische ondersteuning	12 (31,1)*	41 (21,9)*	
ASS	94 (78,4)*	39 (54,6)*	12,49*
Verstandelijke beperking	36 (30,1)	15 (20,9)	3,35
Fysieke beperking	18 (26,0)*	26 (18,0)*	6,84*
Genetische ziekte	48 (50,7)	38 (35,3)	0,48
Zintuigelijke beperking	11 (15,3)	15 (10,7)	3,24
Epilepsie	6 (7,7)	7 (5,3)	0,92
ADHD	11 (12,4)	10 (8,6)	0,40
Andere diagnose	7 (8,3)	7 (5,7)	0,48

Tabel 18 Kenmerken ontbrekende ondersteuning K&amp;G: onvoldoende kennis

	Onvoldoende kennis		Chi- kwadraat/Fishe r-Freeman- Halton Exact
	Nee	Ja	
Medische zorgen: ja	109 (117,1)	61 (52,9)	3,65
School/opvang			1,71
- Gespecialiseerd	102 (104,7)	50 (47,3)	
- Regulier	42 (44,1)	22 (19,9)	
- Met extra ondersteuning/inclusief	61 (56,5)	21 (25,5)	
- Thuis	25 (24,8)	11 (11,2)	
Clusters: 2			0,04
1: Veel ondersteuning	116 (115,2)	51 (51,8)	
2: Weinig ondersteuning	113 (113,8)	52 (51,2)	
Clusters: 4			3,56
1: reguliere ondersteuning	57 (54,5)	22 (24,5)	
2: weinig ondersteuning	83 (82,8)	37 (37,2)	
3: specialistische en reguliere ondersteuning	58 (55,2)	22 (24,8)	
4: specialistische ondersteuning	31 (36,6)	22 (16,4)	
ASS	96 (91,6)	37 (41,4)	1,14
Verstandelijke beperking	40 (35,1)	11 (15,9)	2,57
Fysieke beperking	37 (30,3)*	7 (13,7)*	5,48*
Genetische ziekte	49 (59,2)*	37 (26,8)*	7,63*
Zintuigelijke beperking	17 (17,9)	9 (8,1)	0,16
Epilepsie	9 (9,0)	4 (4,0)	0,001
ADHD	16 (14,5)	5 (6,5)	0,56
Andere diagnose	10 (9,6)	4 (4,4)	0,05

Tabel 19 Kenmerken ontbrekende ondersteuning K&amp;G: praktische redenen

	Praktische redenen		Chi- kwadraat/Fisher-Freeman- Halton Exact
	Nee	Ja	
Medische zorgen: ja	154 (158,8)*	16 (11,2)*	4,49*
School/opvang			3,85
- Gespecialiseerd	145 (142)	7 (10)	
- Regulier	61 (59,8)	3 (4,2)	
- Met extra ondersteuning/inclusief	74 (76,6)	8 (5,4)	
- Thuis	32 (33,6)	4 (2,4)	
Clusters: 2			3,01
1: Veel ondersteuning	152 (155,9)	15 (11,1)	
2: Weinig ondersteuning	158 (154,1)	7 (10,8)	
Clusters: 4			11,86*
1: reguliere ondersteuning	77 (73,8)	2 (5,2)	
2: weinig ondersteuning	114 (112,0)	6 (8,0)	
3: specialistische en reguliere ondersteuning	75 (74,7)	5 (5,3)	
4: specialistische ondersteuning	44 (49,5)*	9 (3,5)*	
ASS	128 (124,2)	5 (8,8)	2,87
Verstandelijke beperking	48 (47,6)	3 (3,4)	0,05
Fysieke beperking	37 (41,1)*	7 (2,9)*	7,16*
Genetische ziekte	80 (80,3)	6 (5,7)	0,03
Zintuiglijke beperking	23 (24,3)	3 (1,7)	1,12
Epilepsie	11 (12,1)	2 (0,9)	1,70
ADHD	20 (19,6)	1 (1,4)	0,12
Andere diagnose	13 (13,1)	1 (0,9)	0,01

Tabel 20 Kenmerken ontbrekende ondersteuning K&amp;G: negatieve redenen

	Negatieve redenen		Chi- kwadraat/Fish- er-Freeman- Halton Exact
	Nee	Ja	
Medische zorgen: ja	155 (155,2)	15 (14,8)	0,01
School/opvang			2,24
- Gespecialiseerd	142 (138,8)	10 (13,2)	
- Regulier	58 (58,4)	6 (5,6)	
- Met extra ondersteuning/inclusief	74 (74,9)	8 (7,1)	
- Thuis	31 (32,9)	5 (3,1)	
Clusters: 2			1,95
1: Veel ondersteuning	156 (152,4)	11 (14,6)	
2: Weinig ondersteuning	147 (150,6)	18 (14,4)	
Clusters: 4			7,80*
1: reguliere ondersteuning	76 (72,1)	3 (6,9)	
2: weinig ondersteuning	108 (109,5)	12 (10,5)	
3: specialistische en reguliere ondersteuning	75 (73,0)	5 (7,0)	
4: specialistische ondersteuning	44 (48,4)*	9 (4,6)*	
ASS	121 (121,5)	12 (11,5)	0,032
Verstandelijke beperking	47 (46,6)	4 (4,4)	0,05
Fysieke beperking	42 (40,2)	2 (3,8)	1,09
Genetische ziekte	78 (78,5)	8 (7,5)	0,06
Zintuiglijke beperking	21 (23,7)	5 (2,3)	3,96
Epilepsie	12 (11,9)	1 (1,1)	0,02
ADHD	16 (19,2)*	5 (1,8)*	6,47*
Andere diagnose	9 (12,8)*	5 (1,2)*	13,47*

Tabel 21 Kenmerken ontbrekende ondersteuning K&amp;G: K&amp;G ongekend

	Ongekend		
	Nee	Ja	Chi- kwadraat/Fish- er-Freeman- Halton Exact
Medische zorgen: ja	167 (164,9)	3 (5,1)	1,80
School/opvang			2,96
- Gespecialiseerd	147 (147,4)	5 (4,6)	
- Regulier	64 (62,1)	0 (1,9)	
- Met extra ondersteuning/inclusief	79 (79,5)	3 (2,5)	
- Thuis	34 (34,9)	2 (1,1)	
Clusters: 2			3,79
1: Veel ondersteuning	165 (162,0)	2 (5,0)	
2: Weinig ondersteuning	157 (160,0)	8 (5,0)	
Clusters: 4			3,94
1: reguliere ondersteuning	78 (76,6)	1 (2,4)	
2: weinig ondersteuning	113 (116,4)	7 (3,6)	
3: specialistische en reguliere ondersteuning	79 (77,6)	1 (2,4)	
4: specialistische ondersteuning	52 (51,4)	1 (1,6)	
ASS	126 (129,0)*	7 (4,0)*	3,92*
Verstandelijke beperking	51 (49,50)	0 (1,5)	1,86
Fysieke beperking	43 (42,7)	1 (1,3)	0,09
Genetische ziekte	85 (83,4)	1 (2,6)	1,34
Zintuiglijke beperking	25 (25,2)	1 (0,8)	0,07
Epilepsie	13 (12,6)	0 (0,4)	0,42
ADHD	19 (20,4)	2 (0,6)	3,29
Andere diagnose	13 (13,6)	1 (0,4)	0,87

### 3 Conclusie

In hoofdstuk 2 worden de resultaten van de vragenlijststudie bij ouders van jonge kinderen met een (vermoeden van een ) beperking gepresenteerd, om zo een zicht te krijgen op de diensten waarmee zij in contact komen. 334 ouders vulden de vragenlijst in. Hun kinderen waren gemiddeld 5 jaar. 260 hadden een diagnose (zie tabel 3) die gemiddeld op 2,25 jaar werd vastgesteld. Er kan dus opgemerkt worden dat de diagnose gemiddeld vrij vroeg gegeven werd. De jonge leeftijd van diagnose is mogelijk beïnvloed door de manier van steekproefverzameling. Enkel ouders van kinderen die reeds in aanraking kwamen met het VAPH werden geselecteerd. Ongeveer de helft van de respondenten had een bachelor- of universitair diploma. De ervaren sociale steun was gemiddeld. Ze hadden een hoge nood aan ondersteuning met betrekking tot meer informatie over diensten die het kind mogelijks in de toekomst zou kunnen gebruiken en informatie over financiële ondersteuning.

De gezinnen werden op basis van de diensten waarmee ze tijdens hun traject mee in contact kwamen aan de hand van clusteranalyse opgedeeld in verschillende groepen. Uit de elbow plot bleek dat 2 clusters, één met veel ondersteuning en één met weinig, het meest ideale aantal was. De inhoudelijke meerwaarde van deze twee clusters bleek echter beperkt. Om deze reden werd ook de optie van 4 clusters uitgewerkt, waarbij we de volgende clusters bekwamen: gezinnen die voornamelijk ondersteund werden door diensten uit de (1) reguliere ondersteuning, (2) weinig ondersteuning (3) specialistische en reguliere ondersteuning en (4) specialistische ondersteuning. Er werd bekeken of bepaalde factoren samenhangen met in welke cluster een gezin ingedeeld werd.

De gezinnen uit cluster 1 kregen voornamelijk reguliere ondersteuning, zoals van de huisarts, Kind en Gezin, CLB... Dit zijn gezinnen die vooral terugvallen op algemene, laagdrempelige ondersteuning en weinig gebruik maken van specialistische hulp.

Gezinnen die werden ingedeeld in het tweede cluster kregen opvallend weinig ondersteuning van zowel reguliere als specialistische diensten. Gezinnen waarvan het kind ASS heeft werden vaker dan verwacht in deze groep ingedeeld. Ouders van kinderen met een genetische ziekte en kinderen die extra medische noden hadden, werden minder vaak dan verwacht teruggevonden in het tweede cluster. Wanneer medische ondersteuning opgestart wordt, lijkt er doorverwezen te worden naar specialistische hulpverlening en worden deze gezinnen minder in de tweede cluster gevonden. De gediagnosticeerde kinderen waren op het ogenblik van hun diagnose het oudste van de vier clusters, er was een significant verschil met de vierde, specialistische, cluster. Mogelijks is dit gerelateerd aan het feit dat de kinderen in deze groep vaker ASS en minder vaak sneller diagnoseerbare beperkingen zoals een genetische ziekte hebben. Een andere piste is dat ze later gediagnosticeerd worden doordat er minder hulpverlening bij deze gezinnen betrokken is. De gezinnen in dit tweede cluster gaven de sociale steun die ze ervaren de laagste score van de vier clusters, er was een significant verschil met de gezinnen uit de derde cluster (reguliere en specialistische ondersteuning). Zowel het aantal diensten dat zij kennen en het aantal diensten waarvan zij tijdens hun hulpverleningstraject gebruik van maken, is significant lager dan in de andere clusters. Dit cluster bevat relatief meer gezinnen met kinderen in regulier onderwijs zonder extra ondersteuning en gezinnen waarvan de kinderen thuis blijven overdag. De gezinnen die in dit cluster werden ingedeeld hadden het laagste opleidingsniveau, wat als een maat voor SES kan gezien worden. Dit opleidingsniveau was significant lager dan dat van de gezinnen in het derde en vierde cluster. Gezinnen in cluster 2 ontvangen opvallend weinig ondersteuning en hebben minder toegang tot zowel reguliere als specialistische diensten.



Gezinnen in het derde cluster (zowel reguliere als specialistische ondersteuning) maken gebruik van een breed palet aan diensten, zowel regulier (bijvoorbeeld huisarts, ziekenfonds, Kind en Gezin, kinderopvang/school) als specialistisch (bijvoorbeeld privé-therapeuten, COS, arts/teams verbonden aan een ziekenhuis en persoonlijk assistenten). Bij de gezinnen die in het derde cluster ingedeeld waren, waren gemiddeld significant meer diensten betrokken dan bij de andere clusters, ze kregen dus van meer diensten ondersteuning tijdens hun traject. Deze gezinnen lijken dus de weg naar zowel reguliere als specialistische hulpverlening goed te vinden en hebben toegang tot diverse vormen van ondersteuning.

Als laatste is er cluster 4, waarin voornamelijk specialistische ondersteuning verkregen wordt. Deze gezinnen maken minder gebruik van een aantal reguliere diensten (bijvoorbeeld Kind en Gezin, CLB) en vaker gebruik van specialistische diensten zoals privé-therapeuten, MFC, COS, ziekenhuisteam en persoonlijk assistenten. De kinderen van de gezinnen in dit cluster hadden vaker genetische aandoeningen of extra medische noden. Wanneer kinderen extra medische noden of een complexe diagnose lijken deze gezinnen dus vaker de weg te vinden naar specialistische ondersteuning. De kinderen worden vaker opgevangen in specialistische opvang of het buitengewoon onderwijs. Samenvattend ontvangen gezinnen in dit cluster dus voornamelijk specialistische ondersteuning.

Opleidingsniveau, wat als een maat voor SES kan gezien worden, blijkt in cluster 1 (reguliere ondersteuning) en cluster 2 (weinig ondersteuning) significant lager dan in het derde (reguliere en specialistische ondersteuning) en vierde cluster (specialistische ondersteuning). In het tweede cluster zien we het laagste gemiddeld opleidingsniveau. Dit wijst er op dat lager geschoolde gezinnen met een lage SES minder hun weg lijken te vinden in de hulpverlening, wat wijst op een ongelijkheid in toegang tot hulpverlening.

Een organisatie waar in principe veel gezinnen met jonge kinderen mee in contact komen, is Kind en Gezin. Daarom werd er extra ingegaan op het al-dan-niet krijgen van ondersteuning van Kind en Gezin. Hoewel de meeste Vlaamse kinderen tijdens de voorschoolse periode in contact komen met Kind en Gezin, zijn er gezinnen met een kind met een (vermoeden van een) beperking die geen gebruik maken van hun ondersteuning. De meest voorkomende reden was dat hun kinderen elders voldoende opgevolgd werden (68% van de ouders). Ouders die aangaven elders voldoende opvolging te hebben, hebben vaker een kind met extra medische noden of een fysieke beperking. Zij maken vaker deel uit van de cluster met specialistische ondersteuning en minder van de cluster met weinig ondersteuning. Ouders van kinderen met ASS zijn in deze groep (elders voldoende opvolging) ondervertegenwoordigd.



## Hoofdstuk 3

### Vignettenstudie professionals

#### 1 Methode

Om de onderzoeksvraag “Welke casuskenmerken (SES gezin, aard beperking, zorg van de ouders, ....), beslisserkenmerken (organisatie, competenties beslisser, denkkader beslisser, attitudes beslisser, ...) en organisatiekenmerken (bv. welke dienst) zijn van invloed op het capteren van signalen en de beslissing van het bieden van ondersteuning en/of een doorverwijzing?” te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van een vignettenstudie. Deze vignettenstudie beoogt dus inzicht te geven in de factoren die van invloed zijn op het opmerken van signalen en het besluit om ondersteuning te bieden of door te verwijzen. Het besluit om door te verwijzen of hulp te bieden kan worden gezien als een tweestaps beslissingsproces. Een eerste stap is de detectie en herkennen van de signalen. De tweede stap betreft de beslissing van de te nemen actie (niets doen, doorverwijzen, zelf hulp bieden....) (Vanderfaeillie et al., 2018). Dit besluitvormingsproces wordt beïnvloed door kenmerken van de casus, de beslisser en de organisatie (Baumann et al., 2013).

De onderzoeksvraag zal worden onderzocht met een vignettenonderzoek bij verschillende groepen professionelen (medewerkers Kind en Gezin, medewerkers kinderopvang, medewerkers kleuteronderwijs, medewerkers MFC's, medewerkers CLB's en huisartsen en pediaters). Er werd een vignet geconstrueerd, waarvan enkele casuskenmerken van de vignetten werden gemanipuleerd (bv. aard beperking, SES-gezin, leeftijd kind, ...). Respondenten vullen per vignet een aantal vragen in waarmee we de mogelijkheid om signalen te capteren en factoren van invloed op de beslissing tot verlenen van hulp binnen de eigen dienstverlening of een doorverwijzing in kaart zullen brengen.

#### 1.1 Inclusiecriteria en samenstelling steekproef

De vragenlijst werd ingevuld door personen die op professioneel vlak geregeld met kleuters in aanraking komen. Het betreft medewerkers van Kind & Gezin (verpleegkundige consultatiebureau, arts consultatiebureau, psycho-pedagogisch medewerker, sociaal werker, gezinsondersteuner), medewerkers van de kinderopvang (kinderbegeleider groepsopvang, onthaalouder, inclusiecoach, pedagogisch ondersteuner, verantwoordelijke), medewerkers in het kleuteronderwijs (kleuterleerkracht, kinderverzorger, zorgleerkracht, zorgcoördinator), medewerkers van MFC's (arts, begeleider/opvoeder, paramedicus, orthopedagoog/psycholoog), medewerkers in CLB's (verpleegkundige, arts, psycho-pedagogisch medewerker), huisartsen en pediaters. Er wordt gestreefd naar een totaal van 300 deelnemers voor dit vignettenonderzoek.

#### 1.2 Vignetten

Een vignet is een kort, zorgvuldig opgebouwde omschrijving van een persoon, object of situatie (Atzmüller & Steiner, 2010). Dit kan bijvoorbeeld om een tekst gaan, waarvan gevraagd wordt aan participanten om hierover vragen te beantwoorden (Hughes & Huby, 2012). Zo kunnen onder meer probleemsituaties beschreven worden, en geven de antwoorden van de respondenten onder meer inzicht in hun overtuigingen en beoordelingen van deze situaties (Skilling & Stylianides, 2020). Door het

gebruiken van deze vignetten waarin verschillende mogelijke verklarende factoren worden gebruikt, kunnen de effecten van deze factoren op de beoordeling van de respondenten in kaart gebracht worden (Atzmüller & Steiner, 2010). Vignetten die gebruikt worden in kwantitatief onderzoek zijn vaak opgebouwd uit twee delen, een vignet en een bijhorende vragenlijst (Skilling & Stylianides, 2020). De vragenlijst kan bestaan uit gesloten en open vragen (Hughes & Huby, 2012). Om de interne validiteit van de vignetten te garanderen werden de vignetten voorgelegd aan een expertgroep, de stuurgroep. De leden van de stuurgroep hebben voldoende kennis en ervaring met de in de vignetten beschreven problematiek om de interne validiteit van de vignetten te garanderen (Hughes & Huby, 2012). De stuurgroep oordeelde tevens dat de vragen horende bij de vignetten voldoende helder waren (Hughes & Huby, 2012).

Alle bevroegde professionals kregen een vignet voorgelegd over een meisje van 2,5 jaar dat symptomen vertoont van een eetproblematiek. Deze symptomen werden gebaseerd op de Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) (Wardle et al., 2001) en werden bewust ambigu gehouden, zodat de eventuele invloed van de gemanipuleerde variabelen duidelijk zou worden. Het basisvignet was:

“Lina is een peuter van ongeveer 2,5 jaar oud. Ze eet vaak traag, het tempo van eten neemt ook af tijdens de maaltijd. Ze geeft snel aan dat ze genoeg heeft. Eén maaltijd duurt meestal iets meer dan een half uur. Ze weigert voedsel dat ze niet kent en besluit al voor ze het proefde dat ze het niet lust. Ze eet maar een beperkt aantal soorten groenten en fruit.”

Daarnaast kregen de professionals gemanipuleerde informatie over (1) de ontwikkeling, (2) de sociaal-economische status van het gezin en (3) de bezorgdheid van de ouders. De professionals kregen voor alle drie de factoren at random één van beide opties toegevoegd aan hun vignet.

(1) Met betrekking tot de ontwikkeling, kreeg de helft van de respondenten een aanvulling op hun vignet dat liet uitschijnen dat het kind in de casus gemiddeld ontwikkelde: “Lina zei haar eerste woordjes wanneer ze ongeveer één jaar was en spreekt momenteel in 3-a-4-woordzinnen. Ze kan vlot lichaamsdelen aanduiden, bijvoorbeeld haren, ogen, mond, handen, buik en voeten.” De andere helft van de respondenten kreeg een aanvulling die wees op een ontwikkelingsachterstand: “Lina voelt jonger aan in interactie. Ze was 20 maanden oud wanneer ze haar eerste woordjes zei. Momenteel gebruikt ze nog geen driewoordzinnen. Wanneer haar gevraagd wordt een aantal lichaamsdelen (haren, ogen, mond, handen, buik en voeten) aan te wijzen, lukt haar dat voor vier lichaamsdelen.”

(2) De sociaal-economische status (SES) werd gemanipuleerd door het beroep van de ouders te vermelden in het vignet. De helft van de respondenten kreeg een vignet met een gezin van lage SES (“Lina’s moeder is huismoeder, haar vader is werkzoekend”), het andere deel kreeg een vignet met een gezin met een gemiddelde SES (“Lina’s moeder is leerkracht, haar vader werkt voor een multinational”).

(3) Als laatste werd ook ‘of de ouders zich zorgen maken’ gemanipuleerd. De helft van de professionals kregen een vignet met ouders die zich wel degelijk zorgen maakten (“De ouders maken zich zorgen om Lina”), bij de andere helft was dit niet het geval (“De ouders maken zich geen zorgen om Lina”).

Respondenten vullen per vignet een aantal vragen in waarmee we de mogelijkheid om signalen te capteren en factoren van invloed op de beslissing tot verlenen van hulp binnen de eigen dienstverlening of een doorverwijzing in kaart zullen brengen. Er werd gepolst naar de volgende zaken:

## Beslisserfactoren:

- Geslacht respondent
- Leeftijd respondent
- Opleidingsniveau respondent
- Diploma respondent
- Migratieachtergrond
- Aantal jaar ervaring in huidige functie

Enkele stellingen die van 1 (helemaal niet van toepassing) naar 4 (helemaal wel van toepassing) gescoord worden;

- Ik heb in mijn persoonlijke omgeving ervaring met kinderen met (een vermoeden van) een beperking.
- Ik heb professionele ervaring in het ondersteunen van kinderen met (een vermoeden van) een beperking en/of hun gezinnen.
- Ik heb professionele ervaring in het herkennen van een beperking bij kinderen.
- Ik heb ervaring in het diagnosticeren van een beperking bij kinderen.
- Ik voel mij zelfzeker in het delen van mijn bezorgdheden over het vermoeden van een specifieke ondersteuningsbehoefte bij een kind.
- Ik voel mij zelfzeker in het ondersteunen van kinderen met (een vermoeden van) een beperking en/of hun gezinnen.
- Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden.

## Organisatiefactoren

- - Sector in dewelke de respondent werkzaam is en functie

Op basis van het vignet worden enkele bijkomende vragen gesteld, waar de afhankelijke variabelen op gebaseerd zullen worden:

- Is er een bezorgdheid over het gedrag van het kind in de casus? (op basis van het vignet, op een vierpuntschaal)
- Wat er met deze bezorgdheid zou gedaan worden
- Op welke vlakken er nood aan ondersteuning is, zowel voor het gezin als voor de professional zelf (op een vierpuntschaal per gebied van ondersteuning, dus (1) informatie en voorlichting, (2) praktische of instrumentele ondersteuning, (3) emotionele steun, (4) sociale steun en zelfhulp, (5) advies en training, (6) ontwikkeling opvolgen en (7) diagnostiek)
- Indien er een ondersteuningsnood is, kan er binnen uw organisatie ondersteund worden? (ja/nee-vraag)
- Indien er doorverwezen moet worden, naar welke organisatie is dit?

## 2 Analyses

Er zal gestart worden met een beschrijvende analyses om de antwoorden van deel 1 en deel 2 in kaart te brengen. Nadien worden verschillende lineaire regressies uitgevoerd om na te gaan of casuskenmerken, beslisserskenmerken en organisatiekenmerken geassocieerd zijn met de afhankelijke variabelen. Antwoorden op Likertschalen zijn als continue variabelen beschouwd. Variabelen op categorisch niveau (diploma en dienst) werden dummy-gecodeerd, waarbij de grootste groep als referentie gebruikt werd. Er wordt gebruik gemaakt de forward stepwise methode van SPSS 29.

De eerste afhankelijke variabele is de bezorgdheid van de professional over de casus. De onafhankelijke variabelen zijn:

- casusfactor: lage SES
- casusfactor: achterstand
- casusfactor: ongerust
- beslisserfactor: geslacht
- beslisserfactor: leeftijd
- beslisserfactor: diploma
- beslisserfactor: (para)medisch beroep
- beslisserfactor: migratieachtergrond
- beslisserfactor: persoonlijke ervaring beperking
- beslisserfactor: professionele ervaring beperking
- beslisserfactor: professionele ervaring herkennen
- beslisserfactor: ervaring diagnosticeren
- beslisserfactor: zelfzeker delen vermoedens
- beslisserfactor: zelfzeker ondersteunen
- beslisserfactor: beste specialistische hulpverlening
- organisatorfactor: dienst (Kind en Gezin, CLB, kleuteronderwijs, kinderopvang, huisarts/pediater, MFC)

Bij de tweede lineaire regressie was de ondersteuningsnood die de professional inschat voor het gezin in het vignet de afhankelijke variabele. Er werd gevraagd aan de professionals om aan te geven of het gezin waarvan ze het vignet lazen geholpen zou zijn met ondersteuning op vlak van informatie en voorlichting, praktische/instrumentele ondersteuning, emotionele steun, sociale steun en zelfhulp, advies en training, ontwikkeling opvolgen en diagnostiek. Er werd een gemiddelde genomen van de scores op deze zeven vragen, wat gezien werd als de ingeschatte ondersteuningsnood. De Cronbach's Alpha van deze samengestelde variabele is 0,706.

Als derde werd een gelijkaardige afhankelijke variabele gebruikt als bij de tweede lineaire regressie, maar deze keer gebaseerd op de ondersteuning die de professional zelf aangeeft nodig te hebben wanneer die met de casus aan de slag zou gaan. Er werd aan de professionals gevraagd wat diens ondersteuningsnooden waren op de 7 domeinen wanneer hij/zij zelf met de casus van het vignet aan de

slag zou moeten. Ook hier werd een samengestelde variabele gemaakt, waarvan de Cronbach's alpha 0,82 was.

Als laatste werd bij elk van de 7 domeinen gevraagd of de professional zou doorverwijzen naar een externe dienst. Het aantal keer dat er zou doorverwezen worden is de afhankelijke variabele bij de laatste lineaire regressie.

### 3 Resultaten

#### 3.1 Beschrijvende resultaten

401 respondenten namen deel aan het onderzoek. Hun kenmerken worden beschreven in onderstaande tabel. Het gaat voornamelijk om vrouwen. De respondenten zijn gemiddeld 43 jaar en hebben 13 jaar ervaring in hun functie. Zo'n 5% heeft een migratieachtergrond. Het merendeel haalde als hoogste diploma een professionele bachelor (48,4%). Een universitair diploma (41,1%) komt ook vaak voor als hoogste diploma. 125 personen werkten voor Kind en Gezin, 49 voor een CLB, 34 in het kleuteronderwijs, 75 in de kinderopvang, 66 waren arts (huisarts of pediater) en 51 werkten in een MFC.

Er werd ook gepolst naar de ervaring in de persoonlijke omgeving met kinderen met een beperking, de professionele ervaring in het ondersteunen van kinderen met een beperking en/of hun gezin, het herkennen of diagnosticeren van een beperking en hoe zelfzeker de respondenten zich voelen in het delen van vermoedens van een specifieke ondersteuningsbehoefte en het ondersteunen van kinderen met een beperking en/of hun gezin. Als laatste werd gevraagd of de respondenten van mening zijn dat kinderen met een beperking het beste ondersteund worden in specialistische hulpverlening.

Tabel 22 Kenmerken van de respondenten: vignettenstudie

Variabele		<i>n (%) / M (SD)</i>	<i>N</i>
Geslacht respondent	Man	27 (6,7%)	401
	Vrouw	373 (93%)	
	Anders	1 (0,2%)	
Leeftijd	(range 21-70)	43,02 (10,72)	401
Ervaring (in jaren)	(range 0-41)	13,26 (11,09)	401
Migratieachtergrond	Ja	20 (5%)	401
	Nee	381 (95%)	401
Hoogst behaalde diploma			401
-	Lager secundair onderwijs	3 (0,7%)	
-	Hoger secundair onderwijs	39 (9,7%)	
-	Professionele bachelor	194 (48,4%)	
-	Universitair diploma	165 (41,1%)	
Dienst			400
-	Kind en Gezin	125 (31,2%)	
	Verpleegkundige consultatiebureau	87	
	Arts consultatiebureau	9	
	Psycho-pedagogisch medewerker	10	
	Sociaal werker	9	
	Gezinsondersteuner	10	

- CLB	49 (12,2%)	
Verpleegkundige	4	
Arts	5	
Psycho-pedagogisch medewerker	24	
Maatschappelijk werker	7	
Andere	9	
- Kleuteronderwijs	34 (8,5%)	
Kleuterleerkracht	18	
Kinderverzorgster	2	
Zorgleerkracht/-coördinator	10	
Andere	4	
- Kinderopvang	75 (18,7%)	
Kindbegeleider groepsopvang	13	
Onthaalouder	12	
Inclusiecoach	6	
Pedagogisch verantwoordelijke verbonden aan groepsopvang	21	
Pedagogisch verantwoordelijke verbonden aan onthaalouders	12	
Andere	11	
- Arts	66 (16,6%)	
Huisarts	25	
Pediater	36	
Andere	5	
- MFC	51 (12,7%)	
Arts	1	
Begeleider	13	
Paramedicus	18	
Orthopedagoog/psycholoog	9	
Maatschappelijk werker	4	
Coördinator	4	
Andere	2	
Persoonlijke omgeving ervaring kinderen met beperking		401
- Helemaal niet van toepassing	65 (16,2%)	
- Eerder niet van toepassing	91 (22,7%)	
- Eerder wel van toepassing	121 (30,2%)	
- Helemaal wel van toepassing	124 (30,9%)	
Professionele ervaring ondersteunen kinderen met beperking en/of gezin		401
- Helemaal niet van toepassing	18 (4,5%)	
- Eerder niet van toepassing	81 (20,2%)	
- Eerder wel van toepassing	144 (35,9%)	
- Helemaal wel van toepassing	158 (39,4%)	



Professionele ervaring herkennen beperking		401
- Helemaal niet van toepassing	15 (3,7%)	
- Eerder niet van toepassing	70 (17,5%)	
- Eerder wel van toepassing	197 (49,1%)	
- Helemaal wel van toepassing	119 (29,7%)	
Professionele ervaring diagnosticeren beperking		401
- Helemaal niet van toepassing	153 (38,2%)	
- Eerder niet van toepassing	153 (33,7%)	
- Eerder wel van toepassing	67 (16,7%)	
- Helemaal wel van toepassing	46 (11,5%)	
Zelfzeker delen vermoeden specifieke ondersteuningsbehoefte		401
- Helemaal niet van toepassing	10 (2,5%)	
- Eerder niet van toepassing	67 (16,7%)	
- Eerder wel van toepassing	220 (54,9%)	
- Helemaal wel van toepassing	104 (25,9%)	
Zelfzeker ondersteunen kinderen met beperking en/of gezin		401
- Helemaal niet van toepassing	16 (4%)	
- Eerder niet van toepassing	103 (25,7%)	
- Eerder wel van toepassing	194 (48,4%)	
- Helemaal wel van toepassing	88 (21,9%)	
Overtuiging kinderen met beperking best binnen specialistische hulpverlening ondersteund		401
- Helemaal niet van toepassing	15 (3,7%)	
- Eerder niet van toepassing	60 (15%)	
- Eerder wel van toepassing	222 (55,4%)	
- Helemaal wel van toepassing	104 (25,9%)	

Er werden de professionals enkele stellingen voorgelegd, die los van het vignet werden beantwoord. Eén hiervan was "Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden". Omdat er vermoed werd dat de antwoorden op deze stelling zouden verschillen afhankelijk van de dienst waar de respondenten werkzaam werden, werd een Kruskal-Wallis test gebruikt die de stelling en dienst bekeek. Er bleek een significant verschil te zijn in de gemiddelde rangorde per dienst.

Post-hoc Dunn's wees op een significant verschil tussen professionals uit de kinderopvang en het kleuteronderwijs ( $p=0,018$ ), MFC ( $p=0,001$ ), Kind en Gezin ( $p<0,001$ ) en huisartsen/pediateren ( $p<0,001$ ). De gemiddelde rangscore bij deze personen die in de kinderopvang werkten lag lager, wat erop wees dat ze het minder eens waren met de stelling "Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden". De groep huisartsen en pediateren had een significant hogere rangscore dan professionals uit de CLB ( $p=0,039$ ) en zoals reeds vermeld personen in de kinderopvang ( $p<0,001$ ), wat wijst op hogere scores op de stelling en het er dus meer eens mee zijn.

Tabel 23 Overtuiging ondersteuning kinderen beperking best specialistische hulpverlening en dienst

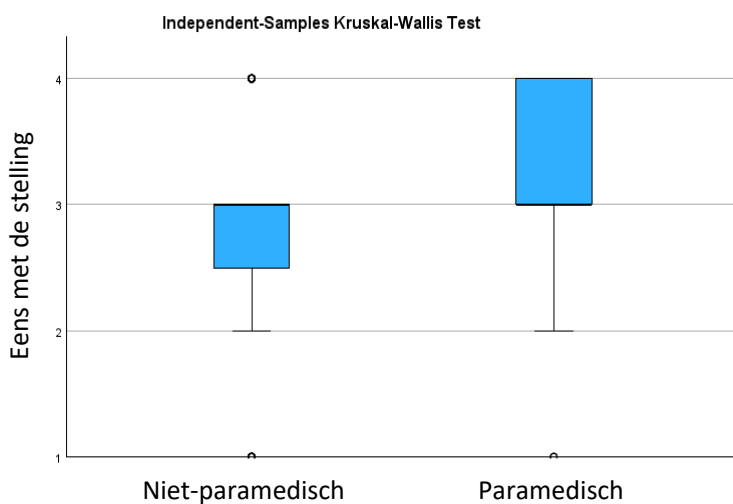
	Kind en Gezin	CLB	Kleuter- onderwijs	Kinder- opvang	Arts	MFC	Kruskal Wallis test
	Gem. rangscore	Gem. rangscore	Gem. rangscore	Gem. rangscore	Gem. rangscore	Gem. rangscore	
Best specialistische hulpverlening	216,87	180,54	207,71	137,89	239,70	216,1	42,71*

Omdat er door het beeld van de artsen gedacht werd dat hun antwoord mogelijks aan de medische opleiding gelinkt is, is er over de diensten heen een opdeling gemaakt in (para)medische beroepen (zoals artsen, verpleegkundigen, logopedisten, kinesisten) en niet (para)medische beroepen. Personen die een (para)medisch beroep uitoefenden, hadden een hogere gemiddelde rangscore dan de groep niet-paramedici, zoals te lezen in tabel 24 en figuur 9. Ze waren het dus meer eens met de stelling.

Tabel 24 Overtuiging ondersteuning kinderen beperking best specialistische hulpverlening en (para)medici

	Niet-(para)medisch	Paramedisch	Kruskal Wallis test
	Gem. rangscore	Gem. rangscore	
Best specialistische hulpverlening	175,36	224,32	22,047*

Figuur 9 Overtuiging ondersteuning kinderen beperking best specialistische hulpverlening en (para)medici



Er werden de respondenten enkele vragen gebaseerd op de casus voorgelegd. De eerste was “Indien bovenstaande omschrijving een casus zou zijn waar u professioneel tijdens uw dienstverlening mee te maken krijgt, in welke mate bent u dan bezorgd om het gedrag van het kind?” Nadien werd gevraagd te beoordelen of het gezin geholpen zou zijn met ondersteuning op een aantal domeinen. Er werd ook gevraagd of de professional, indien die zelf aan de slag zou gaan met de casus, ondersteuning zou

kunnen gebruiken om te ondersteunen op diezelfde domeinen. In tabel 25 wordt de beoordeling van de vignetten, over de casussen heen gegeven. In de lineaire regressies die volgen bij 3.2, wordt dieper ingegaan op samenhang met factoren (bv. kenmerken van de vignetten) en de beoordeling door professionals op deze vlakken. De inhoud van tabel 25 opgesplitst per vignet is in bijlage 4 terug te vinden.

Tabel 25 Lineaire regressie ondersteuningsnood gezin vignettenstudie

Variabele	<i>n (%)</i> / <i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Bezorgdheid over casus		401
- Helemaal niet bezorgd	23 (5,7%)	
- Eerder niet bezorgd	173 (43,1%)	
- Eerder wel bezorgd	182 (45,4%)	
- Zeker wel bezorgd	23 (5,7%)	
Gezin geholpen informatie en voorlichting		401
- Helemaal niet	20 (5%)	
- Eerder niet	77 (19,2%)	
- Eerder wel	215 (53,6%)	
- Zeker wel	89 (22,2%)	
Gezin geholpen praktische/instrumentele ondersteuning		401
- Helemaal niet	66 (16,5%)	
- Eerder niet	153 (38,2%)	
- Eerder wel	152 (37,9%)	
- Zeker wel	30 (7,5%)	
Gezin geholpen emotionele steun		401
- Helemaal niet	12 (3%)	
- Eerder niet	37 (9,2%)	
- Eerder wel	162 (40,2%)	
- Zeker wel	190 (47,4%)	
Gezin geholpen sociale steun en zelfhulp		401
- Helemaal niet	47 (11,7%)	
- Eerder niet	120 (29,9%)	
- Eerder wel	177 (44,1%)	
- Zeker wel	57 (14,2%)	
Gezin geholpen advies en training		401
- Helemaal niet	24 (6%)	
- Eerder niet	75 (18,7%)	
- Eerder wel	198 (49,4%)	
- Zeker wel	104 (25,9%)	
Gezin geholpen ontwikkeling opvolgen		401
- Helemaal niet	12 (3%)	
- Eerder niet	41 (10,2%)	
- Eerder wel	160 (39,9%)	
- Zeker wel	188 (46,9%)	

Gezin geholpen diagnostiek		401
- Helemaal niet	73 (18,2%)	
- Eerder niet	156 (38,9%)	
- Eerder wel	110 (27,4%)	
- Zeker wel	62 (15,5%)	
Professional nood ondersteuning informatie en voorlichting		397
- Helemaal niet	44 (11,1%)	
- Eerder niet	104 (26,2%)	
- Eerder wel	186 (46,9%)	
- Zeker wel	63 (15,9%)	
Professional nood praktische/instrumentele ondersteuning		396
- Helemaal niet	61 (15,4%)	
- Eerder niet	123 (31,1%)	
- Eerder wel	171 (43,2%)	
- Zeker wel	41 (10,4%)	
Professional nood ondersteuning emotionele steun bevorderen		396
- Helemaal niet	67 (16,9%)	
- Eerder niet	115 (29%)	
- Eerder wel	138 (34,8%)	
- Zeker wel	76 (19,2%)	
Professional nood ondersteuning sociale steun en zelfhulp bevorderen		395
- Helemaal niet	61 (15,4%)	
- Eerder niet	133 (33,7%)	
- Eerder wel	163 (41,3%)	
- Zeker wel	38 (9,6%)	
Professional nood advies en training		396
- Helemaal niet	36 (9,1%)	
- Eerder niet	89 (22,5%)	
- Eerder wel	198 (50%)	
- Zeker wel	73 (18,4%)	
Professional nood ondersteuning ontwikkeling opvolgen		394
- Helemaal niet	49 (12,4%)	
- Eerder niet	108 (27,4%)	
- Eerder wel	150 (38,1%)	
- Zeker wel	87 (22,1%)	
Professional nood ondersteuning diagnostiek		392
- Helemaal niet	92 (23,5%)	
- Eerder niet	118 (30,1%)	
- Eerder wel	102 (26%)	
- Zeker wel	80 (20,4%)	

---

205 professionals gaven aan dat ze eerder wel of zeker wel bezorgd waren. Hen werd gevraagd wat ze met deze bezorgdheid zouden doen, door het aanduiden van stellingen. De professionals konden meerdere stellingen aankruisen. De eerste stelling “Ik zou deze bezorgdheid verder uitklaren aan de hand van extra gegevens over dit gezin, over dit kind en/of de ondersteuning die er in dit gezin al is geweest” werd door de helft van deze 205 professionals aangeduid. De stelling “Ik zou deze bezorgdheid verder bespreken met het gezin” werd door 74% aangeduid. De laatste stelling “Ik zou in verband met deze bezorgdheid overleggen met iemand (bijvoorbeeld iemand uit mijn team)” werd ook door de helft van de 205 professionals aangeduid. De inhoud van tabel 26 weergegeven per vignet is in bijlage 4 terug te vinden. De bezorgdheid bespreken met het gezin is consequent de meest gekozen actie, ongeacht het vignet dat de professionals lazen. Het verder uitklaren van de bezorgdheid aan de hand van extra gegevens lijkt meer gekozen te worden in complexere situaties, zoals een achterstand of ouderlijke bezorgdheid. Het percentage ligt tussen 25% (vignet 1, geen achterstand, hoge SES, geen ouderlijke bezorgdheid) en 68% (vignet 6, achterstand, hoge SES en ouderlijke bezorgdheid).

Tabel 26 Gevolg bezorgdheid vignettenstudie

Variabele	n (%)
Gevolg bezorgdheid (bij eerder wel en zeker bezorgd)	205
- Verder uitklaren extra gegevens gezin	102 (50,2%)
- Bezorgdheid bespreken gezin	151 (73,7%)
- Overleggen (bv. binnen team)	104 (50,7%)

### 3.2 Lineaire regressies

Er werden vier verschillende lineaire regressies opgebouwd om na te gaan welke variabelen samenhangen met de volgende afhankelijke variabelen: bezorgdheid die de professional inschat, de ingeschatte ondersteuningsnood van het gezin, de ondersteuningsnood van de professional en de doorverwijzing.

De onafhankelijke variabelen, waarvan we nagaan of ze samenhangen met de afhankelijke, waren telkens:

- - casusfactor: lage SES
- - casusfactor: achterstand
- - casusfactor: ongerust
- - beslisserfactor: geslacht
- - beslisserfactor: leeftijd
- - beslisserfactor: diploma
- - beslisserfactor: (para)medisch beroep
- - beslisserfactor: migratieachtergrond
- - beslisserfactor: persoonlijke ervaring beperking
- - beslisserfactor: professionele ervaring beperking
- - beslisserfactor: professionele ervaring herkennen

- - beslissfactor: ervaring diagnosticeren
- - beslissfactor: zelfzeker delen vermoedens
- - beslissfactor: zelfzeker ondersteunen
- - beslissfactor: beste specialistische hulpverlening
- - organisatorfactor: dienst

De categorische variabelen diploma en dienst moesten gehercodeerd worden om in de regressie-analyse te worden gebruikt. Dit werd door middel van dummy-codering gedaan. Dit betekent dat elke categorie wordt omgezet in een aparte variabele, en één van deze categorieën wordt gekozen als referentiecategorie. De andere categorieën worden dan afzonderlijk vergeleken met deze referentiecategorie.

Voor de categorische variabele 'diploma' werd bijvoorbeeld 'bachelor' als referentiecategorie gekozen omdat dit de grootste categorie was. Dit betekent dat de andere categorieën ('lager secundair onderwijs, 'hoger secundair onderwijs' en 'universiteit') apart worden gecodeerd als nieuwe variabelen, waarbij wordt aangegeven of iemand wel of niet tot die categorie behoort. Dit maakt het mogelijk om te onderzoeken hoe elk diploma afwijkt van de referentiecategorie.

Hetzelfde geldt voor de variabele 'dienst': de referentiecategorie was de grootste groep, "Kind en Gezin". De andere diensten, 'kleuteronderwijs', 'kinderopvang' 'huisarts/pediater', 'CLB' en 'MFC', werden afzonderlijk gecodeerd en vergeleken met deze referentie. Deze aanpak zorgt ervoor dat we de invloed van elke categorie op de resultaten kunnen bekijken

Wanneer uit de analyse blijkt dat één van de dummy-gecodeerde variabelen (bijvoorbeeld 'CLB') significant is, betekent dit dat er een verschil is tussen die specifieke categorie en de referentiecategorie (bijvoorbeeld 'Kind en Gezin'). Omdat de oorspronkelijke variabele dienst meerdere categorieën bevat, worden alle andere dummy-gecodeerde variabelen die hieruit voortkomen ('kleuteronderwijs', 'kinderopvang' 'huisarts/pediater', 'MFC') ook in de analyse worden opgenomen.

### **Lineaire regressie bezorgdheid professionals**

Om te onderzoeken welke factoren bijdragen aan de bezorgdheid van professionals, werd een lineaire regressieanalyse uitgevoerd.

De afhankelijke variabele in deze analyse was bezorgdheid, en we hebben gekeken naar meerdere onafhankelijke variabelen, waaronder casusfactoren ('SES gezin', 'achterstand' en 'bezorgdheid ouders'), beslissfactoren (zoals 'leeftijd professional', 'persoonlijke ervaring met een beperking'...), en organisatorische kenmerken (de dienst waarvoor iemand werkt). De regressie werd opgebouwd via een forward stepwise methode, waarbij alleen significante voorspellers in het finale model werden opgenomen.

De uiteindelijke regressie laat zien dat twee factoren significant bijdragen aan de voorspelling van de bezorgdheid van professionals:

#### **1. Casusfactor: achterstand**

Als in het vignet een achterstand gesimuleerd werd, rapporteerden professionals een hogere mate van bezorgdheid. De bijbehorende regressiecoëfficiënt ( $B=0,684$ ) geeft aan dat de bezorgdheid gemiddeld 0,684 punten hoger is wanneer een achterstand wordt gesimuleerd, terwijl andere factoren constant blijven. Dit effect is statistisch significant ( $p<0,001$ ).

## 2. Casusfactor: ongerustheid ouders

Professionals rapporteren ook meer bezorgdheid als de ouders in het vignet ongerust zijn. De regressiecoëfficiënt ( $B=0,120$ ) geeft aan dat bezorgdheid gemiddeld 0,120 punten hoger is wanneer ouders ongerustheid tonen, terwijl andere factoren constant blijven. Ook dit effect is statistisch significant ( $p=0,046$ ).

Het regressiemodel als geheel is significant ( $F(2, 398) = 67,29, p < 0,001, R^2 = .25$ ) en verklaart 25% van de variantie in de bezorgdheid. Dit wil zeggen dat 25% van de variantie van de afhankelijke variabele 'bezorgdheid' kan worden verklaard door de onafhankelijke variabelen opgenomen in het model.

Tabel 27 Lineaire regressie bezorgdheid vignettenstudie

Effect	B	SE	95% CI		$\beta$	p
			LL	UL		
Constant	2,106	0,052	2,003	2,208	-	<0,001
Achterstand	0,684	0,060	0,566	0,802	0,494	<0,001
Ongerust	0,120	0,060	0,002	0,238	0,087	0,046

## Lineaire regressie ingeschatte ondersteuningsnood gezin

Voor deze analyse onderzochten we welke factoren samenhangen met de ingeschatte ondersteuningsnood van het gezin beschreven in het vignet, zoals beoordeeld door professionals. De afhankelijke variabele is een samengestelde maat voor de ondersteuningsnood, gebaseerd op 7 verschillende items in de vragenlijst. Er werd een gemiddelde genomen van de scores op deze zeven vlakken waarop ondersteuning nodig kan zijn, wat gezien werd als de ingeschatte ondersteuningsnood. Op deze zeven vlakken kon geantwoord worden van 1 (helemaal niet) tot en met 4 (zeker wel).

De significant bevonden voorspellers zijn:

### 1. Casusfactor: ongerustheid ouders

Wanneer ouders in het vignet ongerustheid uiten, wordt een hogere ondersteuningsnood ingeschat ( $B=0,217, p < 0,001$ ).

### 2. Casusfactor: ontwikkelingsachterstand

Wanneer de informatie in het vignet op een achterstand wees, leidt dit ook tot een hogere ingeschatte ondersteuningsnood ( $B=0,193, p < 0,001$ ).

### 3. Beslissersfactor: overtuiging dat specialistische hulpverlening beter is.

Professionals die sterker geloven dat kinderen met een beperking het beste ondersteund worden in specialistische hulpverlening, schatten een hogere ondersteuningsnood in ( $B=0,081, p=0,016$ ).

### 4. Organisatiefactor: dienst (CLB)

Respondenten die voor een CLB werken, schatten de ondersteuningsnood lager in dan de referentiegroep (Kind en Gezin) ( $B=-0,181, p=0,024$ ). De andere diensten (zoals kleuteronderwijs, kinderopvang, huisartsen/pediateren en MFC) lieten geen significante verschillen zien ten opzichte van Kind en Gezin.

Het uiteindelijke model is significant ( $F(8, 392) = 7,48, p < 0,001, R^2 = .13$ ) en verklaart slechts 13% van de variantie in de ingeschatte ondersteuningsnood. Dit betekent dat het model slechts een beperkt deel van de verschillen in ondersteuningsnood verklaart. Andere, niet-gemeten factoren verklaren 87% van de variantie.

Tabel 28 Lineaire regressie ondersteuningsnood gezin vignettenstudie

Effect	B	SE	95% CI		$\beta$	p
			LL	UL		
Constant	2,393	0,118	2,161	2,626	-	<0,001
Ongerust	0,217	0,047	0,124	0,310	0,217	<0,001
Achterstand	0,193	0,047	0,100	0,286	0,193	<0,001
Stelling: specialistische hulpverlening	0,081	0,034	0,015	0,148	0,135	0,016
CLB (ref. K&G)	-0,181	0,080	-0,338	-0,024	-0,118	0,024
Kleuteronderwijs (ref. K&G)	-0,064	0,091	-0,243	0,115	-0,035	0,485
Kinderopvang (ref. K&G)	-0,016	0,072	-0,158	0,125	-0,013	0,821
Huisarts/pediater (ref. K&G)	0,049	0,072	-0,093	0,190	0,036	0,497
MFC (ref. K&G)	0,115	0,078	-0,039	0,269	0,077	0,142

### Lineaire regressie ondersteuningsnood professional

Professionals werden gevraagd naar de mate van ondersteuning die zij nodig zouden hebben op 7 domeinen wanneer ze zelf met de casus uit het vignet aan de slag zouden gaan.

De afhankelijke variabele is een samengestelde maat voor de ondersteuningsnood voor de professional zelf, gebaseerd op zeven verschillende items in de vragenlijst. Op deze zeven vlakken kon geantwoord worden van 1 (helemaal niet) tot en met 4 (zeker wel). Ook hier werd een gemiddelde genomen van de scores op deze zeven vlakken waarop ondersteuning nodig kan zijn voor de professionals zelf. Een lineaire regressieanalyse werd uitgevoerd om te onderzoeken welke factoren deze ondersteuningsnoden voorspellen. Dit resulteert in:

1. Casusfactor: achterstand van het kind  
Wanneer een kind een achterstand heeft, ervaren professionals een hogere ondersteuningsnood ( $B = 0,295, p < 0,001$ ).
2. Casusfactor: ongerustheid van de ouders:  
Professionals rapporteren ook meer ondersteuningsnoden als ouders in het vignet ongerust zijn ( $B = 0,191, p = 0,001$ ).
3. Beslissfactor: opleiding van de professional  
Professionals met een masterdiploma hebben een lagere ondersteuningsnood in vergelijking met de referentiegroep (professionals met een bachelordiploma) ( $B = -0,218, p = 0,007$ ).



4. Beslissfactor: ervaring met het herkennen van beperkingen  
Meer ervaring in het herkennen van beperkingen hangt samen met een lagere ondersteuningsnood ( $B = -0,104$ ,  $p = 0,015$ ).
5. Organisatiefactoren: dienst  
Medewerkers uit een CLB rapporteren minder ondersteuningsnoden in vergelijking met de referentiecategorie Kind en Gezin ( $B = -0,245$ ,  $p = 0,030$ ).

Het model was statistisch significant ( $F(11, 385) = 6,67$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,14$ ) en verklaarde 14% van de variantie in de ondersteuningsnoden. Hoewel het model statistisch significant is, verklaart het slechts een beperkt deel van de variantie in de ondersteuningsnoden. Dit betekent dat er waarschijnlijk andere factoren zijn die niet in het model zijn opgenomen maar ook een rol spelen.

Tabel 29 Lineaire regressie ondersteuningsnood professional vignettenstudie

Effect	B	SE	95% CI		beta	p
			LL	UL		
Constant	2,759	0,135	2,494	3,024	-	<0,001
Achterstand	0,295	0,060	0,177	0,412	0,232	<0,001
Ongerust	0,191	0,060	0,074	0,309	0,151	0,001
CLB (ref. K&G)	-0,245	0,113	-0,467	-0,024	-0,127	0,030
Kleuteronderwijs (ref. K&G)	-0,173	0,117	-0,404	0,058	-0,075	0,141
Kinderopvang (ref. K&G)	-0,060	0,091	-0,239	0,120	-0,036	0,514
Huisarts/pediater (ref. K&G)	0,183	0,109	-0,032	0,398	0,107	0,095
MFC (ref. K&G)	0,134	0,104	-0,071	0,339	0,070	0,198
Lager secundair ond. (ref. bachelor)	0,144	0,352	-0,548	0,836	0,020	0,683
Hoger secundair ond. (ref. bachelor)	-0,061	0,108	-0,275	0,152	-0,029	0,571
Universiteit (ref. bachelor)	-0,218	0,080	-0,376	-0,060	-0,169	0,007
Prof. erv. herkennen beperking	-0,104	0,043	-0,189	-0,020	-0,129	0,015

### Lineaire regressie doorverwijzing

Professionals werd gevraagd of zij bij elk van de 7 domeinen in de casus uit het vignet zouden doorverwijzen naar een externe dienst. Het totale aantal doorverwijzingen werd geanalyseerd als afhankelijke variabele in een lineaire regressie. Een lineaire regressieanalyse werd uitgevoerd om na te gaan welke factoren geassocieerd waren met de afhankelijke variabele doorverwijzingen. Dit resulteert in:

1. Casusfactor: ongerustheid van de ouders  
Professionals verwijzen significant vaker door wanneer de ouders in het vignet ongerust zijn ( $B = 0,668, p < 0,001$ ).
2. Casusfactor: achterstand van het kind  
Een gesimuleerde achterstand bij het kind verhoogt de kans op doorverwijzing door de professional ( $B = 0,701, p < 0,001$ ).
3. Beslissfactor: ervaring met het herkennen van beperkingen  
Meer ervaring in het professioneel herkennen van beperkingen is geassocieerd met minder doorverwijzingen naar externe diensten ( $B = -0,273, p = 0,026$ ).

Het regressiemodel was statistisch significant ( $F(3, 397) = 10,3, p < 0,001, R^2 = 0,072$ ) en verklaarde 7,2% van de variantie in het aantal doorverwijzingen. De verklaarde variantie is laag, wat betekent dat een groot deel van het doorverwijzingsgedrag niet wordt verklaard door de factoren in dit model.

Tabel 30 Lineaire regressie doorverwijzingen vignettenstudie

Effect	B	SE	95% CI		$\beta$	p
			LL	UL		
Constant	3,858	0,409	3,055	4,662	-	<0,001
Ongerust	0,668	0,192	0,290	1,046	0,168	<0,001
Achterstand	0,701	0,192	0,323	1,079	0,177	<0,001
Stelling: professionele ervaring herkennen bep.	-0,273	0,122	-0,514	-0,108	-0,119	0,026

## 4 Conclusie

Om de onderzoeksvraag “Welke casuskenmerken, beslisskerkenmerken en organisatiekenmerken zijn van invloed op het capteren van signalen en de beslissing van het bieden van ondersteuning en/of een doorverwijzing?” te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van een vignettenstudie. Deze vignettenstudie geeft inzicht in de factoren die van invloed zijn op het opmerken van signalen, de ingeschatte ondersteuningsnood van gezinnen en professionals en of er nood is aan doorverwijzing. Dit vignettenonderzoek werd voorgelegd aan verschillende groepen professionelen (medewerkers K&G,

medewerkers kinderopvang, medewerkers kleuteronderwijs, medewerkers MFC's, medewerkers CLB's en huisartsen en pediaters). Er werd een vignet geconstrueerd, waarvan enkele casuskenmerken werden gemanipuleerd. Respondenten vulden per vignet vragen in waarmee we de mogelijkheid om signalen te capteren en factoren van invloed op de beslissing tot verlenen van hulp binnen de eigen dienstverlening of een doorverwijzing in kaart brengen. Alle bevraagde professionals kregen een vignet voorgelegd over een meisje van 2,5 jaar met symptomen van een eetproblematiek. Daarnaast kregen de professionals gemanipuleerde informatie over (1) de ontwikkeling van het kind, (2) de sociaal-economische status van het gezin en (3) de bezorgdheid van de ouders. De professionals kregen voor alle drie de factoren at random één van beide opties toegevoegd aan hun vignet.

Ongeveer vierhonderd (401) respondenten namen deel aan het onderzoek. Het gaat voornamelijk om vrouwen. De respondenten zijn gemiddeld 43 jaar en hebben 13 jaar ervaring in hun functie. Het merendeel haalde als hoogste diploma een professionele bachelor (48,4%). Een universitair diploma (41,1%) komt ook vaak voor als hoogste diploma. 125 personen werkten voor Kind en Gezin, 49 voor een CLB, 34 werkten in het kleuteronderwijs, 75 in de kinderopvang, 66 waren arts (huisarts of pediater) en 51 werkten in een MFC.

De professionals kregen ook enkele stellingen voorgelegd, waarmee de attitudes van professionals (een beslisserkenmerk) werden gemeten. Eén hiervan was "Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden". Personen die in de kinderopvang werkzaam waren, waren het minder eens met de stelling, terwijl de groep huisartsen en pediaters het vaker eens was met deze stelling. Wanneer de professionals worden opgedeeld in twee groepen: de para-medische beroepsgroepen en professionals met een niet-paramedische opleiding, blijkt dat professionals uit de (para)medische beroepsgroep het meer eens waren met de stelling.

Door middel van lineaire regressie werd bekeken of casuskenmerken, beslisserkenmerken en organisatiekenmerken een invloed hadden op de bezorgdheid van de professionals over de casus, de ingeschatte nood aan ondersteuning van het gezin geschetst in de casus, de nood aan ondersteuning voor zichzelf mochten ze met de casus aan de slag gaan en intentie van doorverwijzing. De casuskenmerken 'achterstand' en 'ongerustheid van de ouders', waren in iedere lineaire regressie significant. Professionals waren meer bezorgd, schatten de nood aan ondersteuning voor zichzelf en het gezin hoger in en zouden vaker doorverwijzen wanneer het kind een achterstand heeft en wanneer de ouders ongerust zijn. Dit suggereert dat professionals de signalen in het vignet opmerken, daar meer bezorgd om zijn, de ondersteuningsnood voor het gezin en zichzelf als hoger inschatten en vooral extra hulp inschakelen in situaties die als zorgwekkend worden ervaren. Het is positief dat er voornamelijk casusfactoren geassocieerd zijn met de afhankelijke variabelen. De beslissersfactor 'overtuiging dat specialistische hulpverlening beter is', hangt samen met een hogere ingeschatte ondersteuningsnood van het gezin. Professionals die geloven dat specialistische hulpverlening beter is, schatten de ondersteuningsnood hoger in. Dit zou mogelijks kunnen leiden tot een voorkeur voor doorverwijzing naar specialistische zorg.

De organisatie van de professional was niet geassocieerd met de bezorgdheid om de casus. Medewerkers van een CLB schatten de nood aan ondersteuning voor het gezin en zichzelf minder hoog in dan de referentiegroep medewerkers werkzaam bij Kind en Gezin. Dit is mogelijks te wijten aan de leeftijd van het kind in het vignet, dat net 2,5 jaar oud was. Dit is een leeftijdsgroep die net binnen de doelgroep van de CLB's valt, waardoor CLB-medewerkers mogelijks minder ervaring hebben met kinderen van 2,5 jaar oud of bij deze leeftijdsgroep misschien een wat afwachtende houding aannemen. Daarnaast moet ook opgemerkt worden dat enkele diensten meer vertegenwoordigd waren in de

steekproef dan andere. Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met de kleine groepsgroottes voor sommige diensten. Deze kleine groepsgroottes zou de representativiteit in het gedrag kunnen brengen.

Deze bevindingen impliceren dat professionals gevoelig zijn voor casusfactoren zoals achterstand en ouderlijke ongerustheid. We stellen echter vast dat geregeld ook persoonlijke en organisatorische kenmerken een rol spelen. Hoewel de regressiemodellen significant zijn, verklaren zij slechts een deel van de variantie (tussen 7% en 25%). Dit suggereert dat andere, niet-gemeten factoren ook een belangrijke rol spelen bij de inschattingen van professionals. Zeker het model dat doorverwijzingen voorspelt heeft een opvallend kleine verklaarde variantie. Dit suggereert dat we belangrijke factoren rond al-dan-niet doorverwijzen niet in beeld hebben.

## Hoofdstuk 4

### Focusgroepen

Als laatste werden twee focusgroepen georganiseerd om de onderzoeksvragen: “Wat is er nodig om (indien nodig) signalen beter te captureren en/of adequater hulp te bieden?” en “Hoe kunnen er bruggen gemaakt worden tussen reguliere en specialistische diensten, zodat ouders door de best passende diensten ondersteund worden?” te beantwoorden. Een focusgroep bestaat idealiter uit 4 tot 12 personen. Eigen aan een focusgroep zijn de dynamische interacties binnen deze groep (Slocum, 2006). Binnen een focusgroep is het mogelijk elkaar aan te vullen en op deze manier tot bevindingen te komen die in individuele gesprekken niet aan de oppervlakte zouden komen (Krueger & Casey, 2000).

In de focusgroepen worden thema's besproken die in de literatuurstudie, vragenlijststudie bij ouders en vignettenstudie bij professionals aan bod kwamen. Er werden twee focusgroepen georganiseerd. Tijdens de eerste focusgroep waren zeven personen aanwezig die de volgende diensten vertegenwoordigden:

- Agentschap Opgroeien, preventieve gezinsondersteuning K&G
- vzw Merlijn
- Katholiek Onderwijs Vlaanderen
- COS UZ Brussel
- Fiola vzw
- GO! Onderwijs, buitengewoon onderwijs
- Katholiek Onderwijs Vlaanderen

Tijdens de tweede focusgroep waren zes personen aanwezig uit de volgende organisaties:

- Agentschap Opgroeien, gezinsbeleid
- Stijn vzw
- Kannel vzw: Vraagwijzer
- Huize ter Loo
- Leersteuncentrum Anwerpen Plus
- COS UZ Brussel

Op basis van de literatuurstudie, vragenlijststudie en vignetten studie werden enkele in het oog springende thema's bepaald, namelijk toegang tot hulp, signalering en reguliere ondersteuning.

## 1 Thema 1: toegang hulp

### 1.1 Subthema 1: hulpverleningslandschap

In Hermans et al. (2016) waarin opvoedingsondersteuning voor gezinnen met kinderen met een beperking centraal staat, wordt erop gewezen dat het aangewezen is de toegang (zowel regulier als specialistisch) tot het aanbod transparanter te maken. Het aanbod van ondersteuning en dienstverlening is voor ouders vaak onduidelijk. Informatie die ze hierover krijgen is gefragmentariseerd, onvolledig en tegenstrijdig.

In de vragenlijststudie bij ouders werd via enkele stellingen gevraagd waarover ze meer ondersteuning zouden kunnen gebruiken. Ze gaven aan extra ondersteuning te kunnen gebruiken op vlak van informatie over diensten die hun kind in de toekomst mogelijk zou kunnen gebruiken (76%), financiële ondersteuning, omgaan met het gedrag van hun kind en momenteel beschikbare diensten (65%). In de open vragen rapporteren ouders dat ze nood hebben aan een overkoepelende dienst die hen zou kunnen ondersteunen bij het zoeken naar ondersteuning. Eén ouder verwoordt dit als: *“Graag 1 overkoepelende dienst waar ouders van kinderen met een (vermoeden van) een beperking terecht kunnen voor alle vragen wat betreft de opties voor administratieve hulp, hulpmiddelen vanuit de overheid. Geen versnippering meer in de globale ondersteuning. Het is een kluwen en een hels werk om alles uit te zoeken en bij te houden en er kruipt enorm veel energie in. Broodnodige energie om te kunnen overleven. En ik ben dan nog hoogopgeleid, wat moet dit dan niet zijn voor ouders die minder kennis hebben van de zaken.”*

Aan de focusgroepen werden hierover de volgende vragen voorgelegd: *“Is het voor professionals voldoende duidelijk waar welke informatie te vinden is en naar wie er doorverwezen kan worden? Op welke manier kan het hulpverleningslandschap voor ouders verduidelijkt worden? Een overkoepelende dienst of andere loketvormen? Zijn er andere manieren om aan deze nood om wegwijs gemaakt te worden in het hulpverleningslandschap tegemoet te komen?”*

Of het hulpverleningslandschap voor de professionals zelf voldoende duidelijk is lijkt af te hangen van de dienst waarvoor professionals werkzaam zijn. Specialistische diensten geven aan dat ze het idee hebben voldoende kennis te hebben: *“Ik heb het gevoel dat specialistische diensten hun weg wel lijken te vinden en doorverwijzen wanneer nodig,”* al blijft deze kennis bij sommige diensten wel beperkt tot de beperking waar deze dienst zich op richt en zijn de kleinere lokale initiatieven of diensten niet steeds gekend. De personen die verbonden zijn aan reguliere diensten geven aan dat ze de algemene en grote lijnen wel kennen, en eveneens de kleinere en lokale specialistische initiatieven niet kennen. Ook professionals uit reguliere diensten wijzen op de versnippering van het hulpverleningslandschap. Ze zijn ook niet steeds op de hoogte van wanneer kinderen met een vermoeden van een beperking kunnen ondersteund worden door een specialistische dienst. Een professional uit de reguliere diensten geeft aan niet te weten dat deze ondersteuning ook kan zonder een effectieve diagnose: *“We dachten dat we moesten wachten tot een diagnose voor er doorverwezen wordt, waardoor er tijd verloren gaat.”* Er wordt aangegeven dat het kennen van het volledige hulpverleningslandschap niet nodig is voor de reguliere diensten: *“We kunnen niet van reguliere diensten verwachten dat ze alle kennis hebben. Er moet wel een basiskennis zijn en ze moeten in staat zijn door te verwijzen.”*

De leden van de focusgroepen wijzen erop dat er een grote portie geluk te pas komt bij het doorverwezen worden naar de gepaste ondersteuning. Een respondent zegt: *“Context is een van de belangrijkste variabelen, ook bij de hulpverleners. Ben je al ooit een kind met een beperking*

tegengekomen? Is er in uw omgeving een kind met een beperking? Professionals met deze ervaring hebben vaak meer kennis over waar ouders terecht kunnen.” Daarnaast wordt opgemerkt dat specifieke diensten sneller doorverwijzen: “Als ik kijk naar van waar kinderen worden aangemeld merk je verschillen. Dan merk je dat kinderen van bepaalde ziekenhuizen, bepaalde locaties van Kind en Gezin of bepaalde CLB’s doorverwezen worden.” Ook de ervaring van de dienst zelf wordt aangehaald: “Ook hoe lang een dienst al bestaat speelt mee in kennis, maar ook in ondersteund worden en eventueel doorverwijzen worden.” De respondenten rapporteren dat een diagnose een toegangsticket is voor ondersteuning: “Ouders die snel een diagnose krijgen, die worden sneller naar specialistische hulpverlening doorverwezen. Wanneer er een vermoeden van een beperking is, verloopt dit minder vlot.” Deze zaken worden als problematisch gezien: “Op dit moment hangt er te veel af van wie een kind en ouder tegenkomen tijdens hun traject. Wat er opgenomen wordt hangt af van wie het pad kruist van een gezin.” Er wordt ook gewezen op het belang van snel genoeg ondersteuning opstarten: “Hoe vroeger gezinnen terecht komen bij hulpverlening, hoe sneller ze bediend worden. Jongere kinderen krijgen vaak voorrang. Er moet een bepaalde basiskennis zijn over wat er bestaat in het landschap om vroeg genoeg te kunnen doorverwijzen.” Dit blijkt niet evident omdat dit vaak erg lokaal bepaald is. “Dit maakt het voor de doorverwijzers moeilijk om te weten waar je kan naar doorverwijzen. Dit maakt dat je als ouder geluk moet hebben met wie je pad doorkruist, wat jammer is.” Kortom, het krijgen van doorverwijzingen is afhankelijk van geluk hebben met de ervaring en kennis van de professionals en dienst die het pad kruisen van de gezinnen.

Er worden enkele voorstellen gedaan voor het vereenvoudigen van het hulpverleningslandschap voor ouders. De eerste is een centrale dienst waar je met alle vragen terecht kan en die eventueel kan doorverwijzen. Er wordt opgemerkt dat een Vlaanderen-brede dienst moeilijk is, omdat de organisatie van de hulp regionaal bepaald is en dit geregeld ook wijzigt. Er wordt dan ook gewezen op het belang van meer regionale centralisatie. Het grote voordeel is dat zijn aanspreekpunt op zichzelf zou staan, niet verbonden aan een specifieke dienst. De vragen waarmee ouders zitten, zijn immers niet steeds gebonden aan de oorspronkelijke aanmelding, waardoor een meer centrale dienst met ruime kennis van reguliere en specialistische hulpverlening aangewezen is.

Een tweede is een brugfiguur, die mogelijks gekoppeld is aan de centrale dienst: “Telkens opnieuw je verhaal doen als ouder vraagt veel energie. Terwijl er zoveel verwerking speelt. Telkens opnieuw moet er gehoopt worden dat de professional die je treft de knowhow heeft om je correct door te verwijzen. Wanneer je dan uiteindelijk doorverwezen wordt, sta je voor een gesloten deur want er zijn lange wachtlijsten. Sommige ouders worden hier moedeloos van. Een brugfiguur kan hier mogelijks de opening vinden die ouders niet meer vinden.” Er wordt bij een brugfiguur gedacht aan een persoon die aanwezig is op alle scharniermomenten in het leven en die kan toeleiden naar specifieke vormen van hulpverlening: “Oudere jongeren met een beperking geven soms aan: “Ik mis iemand die met mij de weg mee gaat, die erbij is op transitie momenten.” Er worden ook enkele nadelen genoemd, zoals het feit dat een brugfiguur slechts af en toe zou opduiken in het leven, maar daarom niet perse op de momenten waarop de nood aan ondersteuning het grootst is. Daarnaast is het verloop in de hulpverlening zo groot, waardoor de idee van één brugfiguur geen eenvoudig gegeven is. Het zou dan veeleer gaan om een dienst die als brugfiguur fungeert.

Een derde voorstel dat naar voor geschoven wordt is bij alle professionals waarmee jonge kinderen in contact komen de kennis over het hulpverleningslandschap vergroten, zodat zij gericht kunnen doorverwijzen wanneer dit nodig is. Belangrijk is om dan ook duidelijk te maken bij welke reguliere diensten kinderen met (een vermoeden van) een beperking terecht kunnen.

Ten slotte zou er van de reeds betrokken professionals kunnen verwacht worden dat ze de brug maken naar andere diensten. De professionals en diensten, ook reguliere, nemen deze verantwoordelijkheid op. Het voordeel is dat deze professional/diensten reeds gekend zijn bij de ouders. Nadelen zijn dat er mogelijk sprake is van handelingsverlegenheid en warme overdracht soms moeilijk is.

Door de respondenten werden in deze context een aantal good practices genoemd:

- Trajectcoaches: binnen specialistische diensten zijn er vaak trajectcoaches die zorgen voor warme overdrachten. Een trajectcoach volgt het traject op van aanmelding tot het afronden van de ondersteuning bij de dienst als procesbegeleider.
- Ook de Dienst OndersteuningsPlan (DOP) voor meerderjarige personen met een beperking wordt genoemd als interessant voorbeeld. Een DOP maakt een ondersteuningsplan op samen met een persoon met een beperking. Er wordt eerst nagegaan welke ondersteuning binnen het sociaal netwerk kan gevonden worden, maar er wordt ook gekeken welke andere diensten ondersteuning kunnen bieden wanneer de steun van het sociaal netwerk onvoldoende is.
- De loketfunctie van vzw Fiola, waarbij ouders na het afronden van een traject nog maximaal acht keer per jaar contact op kan opnemen met Fiola om een vraag te bespreken wordt naar voor geschoven als good practice. Ook na het afronden van de hulpverlening blijft de dienst zo betrokken en kan die doorverwijzen indien nodig. Meerdere diensten geven aan dat ze na afronding van traject het engagement aangaan dat ze nog beschikbaar zijn bij vragen, als een soort anker waarop teruggevallen van worden.
- Er werd in twee regio's Hotspot ondersteuning opgestart in kader van de piloten rechtstreeks toegankelijke hulpverlening van het VAPH, dit zijn Vlaams-Brabant en Brussel (met locaties in Brussel, Halle, Diest en Asse) en Antwerpen (Turnhout, Antwerpen, Brasschaat en Mechelen). In deze Hotspots bundelden verschillende specialistische organisaties hun kennis. Personen met een beperking en hun informeel en professioneel netwerk kunnen er gratis terecht met handicapspecifieke vragen. De ondersteuning kan bestaan uit een eenmalig adviesgesprek, maar kan ook bijvoorbeeld een individueel traject zijn.
- De infoloketten van gebruikersverenigingen, die personen met een (vermoeden van een) beperking vertegenwoordigen, komen ook ter sprake als good practice. Sommige gebruikersverenigingen richten zich op alle personen met een beperking en hun context, anderen op een specifieke doelgroep. Bij een informatieloket kunnen personen met een (vermoeden van) een beperking en hun context terecht met vragen rond ondersteuning, administratie en het aanbod van zowel reguliere als specialistische diensten. De infoloketten die zich richten op deze vragen zijn deze van de volgende gebruikersorganisaties: Dito (Wegwijzer), FOVIG, Hersenletsel Liga vzw, Kannot + vzw (Vraagwijzer).
- Er wordt gewezen op de interessante pilootprojecten 'zorg en ondersteuning op lokaal niveau' en 'vroegdiagnostiek'. Deze pilootprojecten zetten in op de uitbouw van de Huizen van het Kind als fysieke plek voor alle kinderen en gezinnen. Er kan toegankelijke zorg en ondersteuning op maat gegeven worden en er wordt ingezet op laagdrempelige vroegdiagnostiek. Kennis en expertise vanuit verschillende diensten kan er samengebracht worden.
- Ten slotte worden ook de Centra voor Inclusieve Kinderopvang (CIK) genoemd. Zij richten zich voornamelijk op inclusieve kinderopvang, maar de laatste jaren nemen ze door het stijgende aantal vragen ook een rol op bij ruimere hulpvragen, los van de kinderopvang.



## 1.2 Subthema 2: toegang tot hulp voor ouders met een lage SES

Wanneer we a.d.h.v. onze vragenlijststudie de trajecten van gezinnen in kaart brengen, vinden we vier groepen van trajecten. Een eerste groep met vooral reguliere ondersteuning, een tweede met erg weinig ondersteuning, een derde met zowel reguliere als specialistische ondersteuning en een vierde met vooral specialistische ondersteuning. Wanneer we de kenmerken van de vier groepen analyseren, blijkt dat gezinnen met een lage SES (gemeten via opleidingsniveau) vaker voorkomen in de tweede cluster, waarin weinig ondersteuning gekregen wordt. In de vignettenstudie bij professionals werd de SES van de gezinnen gemanipuleerd in de vignetten, door het aanpassen van de werksituatie. Er blijkt geen samenhangt te zijn tussen de SES van het vignet en de bezorgdheid van de professional, de inschatting van de ondersteuningsnood van het gezin, de eigen ondersteuningsnood (deze van de professionals zelf wanneer ze met de casus aan de slag gaan) en in de mate waarin de professionals zouden doorverwijzen. Het lijkt er dus niet op dat hulpverleners minder vaak inschatten dat er ondersteuning of doorverwijzing nodig is bij gezinnen met een lage SES.

De focusgroep werd deze vragen voorgelegd: “We stellen vast dat gezinnen met een lage SES minder snel hun weg lijken te vinden in de hulpverlening, terwijl er geen verschil lijkt te zijn in ingeschatte ondersteuningsnood door professionals. We lijken hier met een kloof te zitten tussen inschattingen aan nood van doorverwijzing en (ingaan op) doorverwijzing. Is dit iets wat herkend wordt? Hoe zouden verbeteringen om deze groep te bereiken eruitzien?”

Er wordt opgemerkt dat dit in strijd is met de oververtegenwoordiging van kinderen met een lage SES in het buitengewoon onderwijs. Een aantal diensten geeft aan dat ze inderdaad gezinnen met een lage SES minder lijken te bereiken, maar dit is niet bij iedereen zo. Er wordt wel opgemerkt dat het ingaan op doorverwijzingen lastig kan zijn voor deze gezinnen. De verkregen hulp is niet enkel gerelateerd aan (de beschikbaarheid van) het aanbod, ze is tevens gerelateerd aan de mogelijkheden van de ouders en inspanningen geleverd door de ouders om het beschikbare aanbod te verwerven. Een respondent zei: “Het hangt af van hoe hard een gezin zelf achter zorg aan kan gaan. Wanneer het engagement of kennis ontbreekt bij een gezin, of de context rond het gezin ontbreekt zien we een grote ongelijkheid.” Ook hier zou ondersteuning voor ouders om het hulpverleningslandschap te verduidelijken mogelijk helpend zijn, om zo meer zicht te krijgen op de diensten die mogelijk ondersteuning kunnen bieden: “Wat wij horen is dat ouders de weg niet vinden, dat meer centralisatie hier zou vergemakkelijken.” Naast het mogelijk minder zelf initiatief nemen na een doorverwijzing, wordt er ook aangehaald dat de hulpvraag of het signaleren van problemen misschien minder is bij gezinnen met een lagere SES: “De vraag is of ouders van een jong kind al een hulpvraag hebben? Ik kan mijn inbeelden dat hoger opgeleide ouders sneller met een hulpvraag zitten, ze stellen vast, maken zich ongerust”. Ouders verwijzen dan soms naar de eigen geschiedenis: “Wij zijn ook niet de snelsten, deden ook maar beroeps.” Daarnaast wordt gewezen op mogelijk een cultureel andere achtergrond bij gezinnen met een lage SES. Dit laatste kan resulteren in taalbarrières en mogelijk zelfs een andere kijk op kindontwikkeling en ondersteuning.

Er worden een aantal suggesties gedaan om ook gezinnen met een lage SES voldoende te bereiken. Als eerste wordt gewezen op voldoende en begrijpbaar uit te leggen wat er geadviseerd wordt. Een respondent zegt: “Er wordt soms te weinig bij stil gestaan om bij advies voor doorverwijzing de tijd te nemen om uit te leggen naar waar er specifiek doorverwezen wordt, wat die zaken net inhouden. We merken als je dit heel goed uitlegt en meegeeft wat de winst kan zijn, ouders vaak wel bereid zijn om deze stap te zetten.” Er wordt ook aangeraden meer aanklappend te zijn, door ouders bijvoorbeeld op vaste intervallen te spreken: “Ouders moeten willen doorverwezen worden. Het is een proces om de

beperking van je kind te verwerken. Ze laten hulp niet steeds toe. Omdat we ouders vaak zien, kunnen we korter op de bal spelen. We zien ouders vaak en kunnen zo sneller anticiperen.” Er wordt wel aangegeven dat de prestatiegebonden financiering het contacteren van moeilijk bereikbare gezinnen bemoeilijkt: “Om aanklampend te kunnen werken, is de manier waarop de huidige financiering verloopt moeilijk. Aan gesloten deuren staan, heel veel pogingen doen om bij ouders binnen te geraken zet financiële druk, in een prestatiegebonden financiering. Dit zijn contacten die niet geregistreerd kunnen worden.” Als voorstel wordt gedaan dat er een financiële beloning zou kunnen zijn voor het bereiken van kwetsbare gezinnen, om ruimte te geven aan het aanklampend werken. Daarnaast speelt het idee om specialistische diensten meer aanwezig maken in diensten waar de meeste gezinnen mee in aanraking komen, zoals de Huizen van het Kind. Diensten die gekend zijn worden gemakkelijker vertrouwd. Dit wordt ook in het kader van de GIO-trajecten genoemd, die later uitgebreider aan bod komen. Ouders komen op een laagdrempelige manier in contact met specialistische diensten, die zo minder afschrikkend lijken. Ook het belang van begrip voor de situatie waarin ouders zich bevinden is belangrijk; “Als in een gezin met een lage SES de stress al hoog is en daarbij nog de stress komt van de diagnose, dat is enorm zwaar. Dan is er vaak de ruimte niet meer om ook nog met doorverwijzingen aan de slag te gaan.” Sommige diensten geven aan met toestemming van de ouders zelf contact op te nemen met de diensten waar ze naar doorverwijzen. Anderen wijzen op het verminderen van de empowerment van ouders op die manier, maar zien wel een interessante piste in de aanmelding samen doen.

De complexiteit van het hulpverleningslandschap wordt ook genoemd als bemoeilijkende factor. Het gaat dan bijvoorbeeld om diensten en hun werking kunnen vinden en begrijpen. De ideeën die eerder genoemd werden om het landschap transparanter te maken en ondersteuning om mensen hierin wegwijs te maken worden opnieuw genoemd. Maar ook de administratie die met een aanmelding gepaard gaat kan ingewikkeld zijn. Er wordt dan ook aangeraden om deze te vereenvoudigen of ondersteuning te bieden wanneer vereenvoudigen niet mogelijk is. De stijgende digitalisering kan ook het bereiken van de doelgroep met een lage SES bemoeilijken, bijvoorbeeld omdat ze minder geletterd zijn, geen toegang tot een computer hebben of omdat er sprake is van een taalbarrière. Wanneer het inzetten van tolken nodig is, wordt aangeraden een officiële tolk te vragen en geen informele tolk. Wanneer iemand uit het netwerk van de ouders tolkt gaan er vaak nuances verloren, speelt het sociaal wenselijke mee en kan je cultuursensitiviteit verliezen bij letterlijke vertalingen. Als laatste wordt gewezen op het inzetten op connectie tussen ouders en hulpverleners, zodat er vertrouwen en een gezamenlijk doel komt.

### **Ondersteunen doorverwijzingen alle ouders**

Er wordt door de focusgroepen ook dieper ingegaan op het ondersteunen van doorverwijzingen voor alle ouders, los van de SES-kenmerken. Diagnostische centra geven therapie-advies, die ook in verslagen staan, waarover uitleg wordt gegeven. Het idee is dat ouders hiermee aan de slag gaan en zelf contact opnemen. Dit vraagt wel wat van ouders. Eerst moeten ze de inhoud van het verslag verwerken en wanneer er de nood is om aan de slag te gaan met de adviezen moeten ze zelf uitzoeken met wie en hoe ze contact kunnen opnemen: “Nu moeten ouders gaan zoeken waar ze terecht kunnen.” Dit zelf contact opnemen is niet altijd even vanzelfsprekend: “We merken zeker verschil in ouders, hoe mondig en draagkrachtig ze zijn” en “Er zijn heel veel ouders die hier niet toe geraken, die de mogelijkheden niet hebben om zelf de contacten te gaan leggen. Als dit niet verder opgevolgd wordt blijven die in de kou staan”

Als good practice worden de GIO-trajecten genoemd door de respondenten, waardoor ouders maar ook reguliere diensten op een laagdrempelige manier in aanraking komen met diensten van het VAPH. Bij

GIO worden kinderen op een overgangsmoment, bv. de start bij de kinderopvang of de overgang van de kleuterklas naar de lagere school, extra ondersteund. Het gaat dan om kinderen in het regulier onderwijs of de reguliere opvang, tot en met het eerste leerjaar. Door het GIO-traject wordt er een brug gemaakt tussen reguliere en specialistische diensten, wat voor ouders vaak de eerste kennismaking is met specialistische diensten.

## **2 Thema 2: signalering**

### **2.1 Subthema 1: alertheid signalen en handelingsverlegenheid**

In eerder Vlaams onderzoek (Hermans et al., 2016) naar opvoedingsondersteuning voor gezinnen van kinderen met een beperking blijkt dat ouders drempels ervaren om ondersteuning te zoeken (vragen worden als niet ernstig genoeg gezien, vorm van falen). Er wordt benadrukt dat het belangrijk is om signalen dus goed op te vangen en adequaat te reageren, zeker door actoren zoals huisartsen, mutualiteiten, Kind en Gezin, CLB's en scholen. In de literatuurstudie in het huidig rapport bleek dat ouders van kinderen met een beperking een scala aan ondersteuningsnoden hebben. De ouders willen ondersteund worden in het zelf kunnen en wensen niet dat professionals het op deze vlakken overnemen (Beresford et al., 2007). Wanneer in het vragenlijstonderzoek gevraagd wordt op welke vlakken ouders ondersteuning nodig hebben, antwoordt 66% van de ouders 'ja' op de stelling "Ik zou meer ondersteuning kunnen gebruiken op vlak van informatie over hoe ik met het gedrag van mijn kind om kan gaan".

Er werden de volgende vragen gesteld aan de focusgroep: "Is er genoeg alertheid voor signalen voor ondersteuningsnoden van ouders van kinderen met een beperking? Wordt er snel genoeg ondersteuning aangeboden of doorverwezen, of is hier sprake van handelingsverlegenheid? Is het aanbod specifiek genoeg, gericht op de ondersteuningsnood?"

Er wordt gesteld dat de handelingsverlegenheid vermoedelijk te maken heeft met onvoldoende kennis. Wanneer professionals van reguliere diensten zich bekwaamer voelen inzake de beperking en meer kennis hebben over een beperking en specialistische diensten voor deze beperking, zou dit kunnen leiden tot minder handelingsverlegenheid: "Dat wat je niet kent, maakt je onzeker." Ook hier wordt een grotere centralisatie van diensten en het hulpverleningslandschap gezien als een oplossing. Grotere centralisatie zou leiden tot een minder ingewikkeld landschap dat minder complex is voor professionals. Er wordt met veel interesse gekeken naar projecten waarin reguliere en specialistische diensten samenwerken: "Hoe kunnen we een mindset creëren bij alle lagen van de hulpverlening en ouders, naar een meer inclusieve mindset? Dat gebeurt door samen zaken te doen," en "Samen dit proces lopen, dat is goud waard." Samen trajecten lopen en zo via het olievlek-principe deze kennis verspreiden lijken veel beter te werken dan een bijscholing. Ook hier wordt gewezen op het belang van integratie, dat alle actoren samen zorgdragen voor een kind en gezin, ongeacht de sector waartoe die behoren.

Als good practice wordt een project rond inclusief onderwijs vermeld. In Merksem hebben verschillende kleuterscholen zich verenigd en worden zij ondersteund door vzw Merlijn, om het inclusief onderwijs te versterken. Dit is een erg mooi traject voor alle actoren.

Naar aanleiding van de tweede good practice wordt ook het thema van inclusie en inclusief onderwijs aangehaald, waardoor het een plaats kreeg in dit onderdeel. Een erg belangrijke voorwaarde voor geslaagd inclusief onderwijs is de mindset, zoals "Wij kunnen onszelf ook aanpassen aan kinderen met

een beperking en dit heeft een positieve invloed op meerdere kinderen in de klas.” is een heel andere insteek dan: “Dit kind hoort hier niet, het moet naar gespecialiseerde hulp.” Er wordt ook gewezen op leerkrachten die het water aan de lippen hebben, waardoor een kind met een beperking in de klas soms erg moeilijk te ondersteunen is: “Leerkrachten worden vaak te weinig bijgestaan, dit helpt niet om een inclusieve mindset te creëren.” Het slagen van een inclusief traject hangt nu van heel wat toevallig factoren, zoals de mindset van de school en leerkracht, de ervaring, maar ook van de zwaarte van de klas, wat jammer is. Ook de CLB’s zouden versterkt en meer performant moeten worden. Het onderwijs meer inclusief maken zou ook voor het makkelijker oppikken van signalen en doorverwijzen kunnen zorgen: “Als we het onderwijs inclusiever maken, dat we daar systemen inbouwen waardoor het oppikken van signalen en toe leiden naar hulp eenvoudiger zou worden”

## **2.2 Subthema 2: signalering bezorgdheid**

In de studie met professionals blijkt dat vignetten waarbij een achterstand gesimuleerd werd, wel degelijk vaker opgemerkt worden door de respondenten. Toch zijn er respondenten (49 van de 209) die aangeven dat ze zich geen of amper zorgen maken (helemaal niet of eerder niet bezorgd) wanneer ze een vignet voorgelegd krijgen waarin signalen van een eetproblematiek gegeven worden, samen met een simulatie van een achterstand.

Aan de focusgroep werd gevraagd: “Dit vignet lijkt zorgwekkend, we stellen vast dat ongeveer 1/4 deel van de respondenten dit niet als zorgwekkend ziet. Behoort de signaleringsfunctie tot hun job? In welke mate behoort het bieden van ondersteuning en/of doorverwijzen tot hun opdracht? Indien dit gezien wordt als hun opdracht, hoe kunnen we hier aanpassingen verkrijgen?”

De leden van de en menen dat professionals signalering tot hun job rekenen. Ze vinden in ieder geval dat dit tot de taak van personen die met jonge kinderen werken behoort.

Specialistische diensten geven aan dat hun beeld van de gemiddelde ontwikkeling soms verstoord wordt door het zien van voornamelijk kinderen met een beperking, waardoor ze de ‘achterstand’ niet meer herkennen. Ook door professionals van reguliere diensten worden signalen van een beperking niet steeds gezien: “Als het al niet opgemerkt wordt, zal er zeker niet doorverwezen worden.” Om deze reden pleiten de leden van de focusgroep voor meer aandacht voor de ontwikkeling van het jonge kind in opleidingen van alle professionals die met jonge kinderen zullen werken. De voorkeur gaat dan uit naar een observatievak of casuïstiek, zodat de manier waarop informatie gegeven wordt nauwer bij de praktijk aansluit.

Daarnaast wordt ook opgemerkt dat wanneer de signalen wel opgepikt worden, deze niet steeds gesignaleerd worden: “Misschien dat mensen het belang van het signaleren van het aangeven van problemen onderschatten. Mensen kijken misschien vanuit een bril van, we gaan het niet gaan problematiseren. Terwijl dit niet problematiseren is maar er vroeg bij zijn, wat positieve effecten kan hebben.” Er wordt aangegeven dat er vaak voorzichtig wordt omgegaan met vermoedens om ouders niet ongerust te maken: “Wij horen vaak dat de kinderopvang te voorzichtig is. Daarnaast zet de kinderopvang erg in op de verbinding met ouders. Ze zijn erg bang om de verbinding met ouders te verliezen, zeker met kwetsbare ouders.” Deze angst om de verbinding te verliezen maar eveneens onzekerheid over de eigen expertise komt vaker naar voor: “Zijn wij de juiste aan zet om dit te brengen? Wij moeten lang meedraaien met dit gezin.” De angst om verbinding te verliezen kan grotere gevolgen hebben. Het kan ervoor zorgen dat uiteindelijk niemand de opgemerkte zaken zal signaleren. Hier wordt door de focusgroep gewezen op het belang van vroegdetectie en samen verantwoordelijkheid nemen

voor kinderen. Dit kan door vroegdetectie te deproblematiseren: “Het gaat niet om een kind een stempel te geven en in een hokje te steken” maar te duiden op het voordeel van snel ondersteuning op te starten. Als laatste wordt gewezen op het belang van ernstig nemen van doorverwijzingen naar de behandelende artsen door deze artsen. Een respondent gaf aan dat deze doorverwijzingen niet steeds ernstig genomen worden, waardoor signalen waarover de doorverwijzende instantie ongerust is mogelijks niet opgepikt worden.

### **3 Thema 3: reguliere ondersteuning**

#### **3.1 Subthema 1: overtuiging paramedici**

Ouders van kinderen met (een vermoeden van) een beperking worden vaak snel begeleid door specialistische diensten. In een eerder rapport (Hermans et al., 2016) werd via kwalitatief onderzoek gevonden dat veel actoren op het domein van de opvoedingsondersteuning (zowel regulier als specifiek) stellen dat ouders van een kind met een beperking het beste ondersteund worden door specialistische diensten, aangezien deze over meer ervaring en deskundigheid beschikken over de beperking. Ouders worden dan ook snel doorverwijzen naar deze diensten en krijgen vaak geen (reguliere) opvoedingsondersteuning meer door de reguliere diensten. Het onderzoek dat werd behandeld in het huidige rapport was ruimer dan enkel opvoedingsondersteuning, maar ook hier werd gevonden dat ongeveer 75% van de professionals aangaven dat gezinnen best ondersteund werden door specialistische diensten. Wanneer professionals de stelling ‘Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden’ moeten beantwoorden, antwoordt 54,8% ‘eerder wel van toepassing’ en 25,9% ‘helemaal van toepassing’. We zien dat professionals die werken bij een kinderopvang het minder dan de andere groepen eens zijn met de stelling, terwijl de groep huisartsen en pediaters het wel vaker eens zijn dan enkele andere beroepsgroepen. Wanneer de opdeling gemaakt werd tussen al-dan-niet (para)medische beroepen werd gemaakt, wordt opgemerkt dat (para)medici het meer eens zijn met de stelling dan niet-paramedici.

Aan de focusgroep werden de volgende vragen voorgelegd: “De respondenten met een (para)medische achtergrond vinden vaker dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening ondersteund worden. Is dit wenselijk? Indien dit niet wenselijk is, zijn er strategieën om dit aan te passen? Eventueel op korte en lange termijn?” en “Is er voldoende samenwerking tussen specialistische en reguliere voorzieningen? Zijn er good practices?”

Er wordt aangegeven dat het niet wenselijk dat is dat de specifieke opleiding van een professional ervoor zorgt dat er automatisch meer naar hulpverlening in de sfeer van deze opleiding gekeken wordt wanneer deze professional een kind met een beperking voor zich heeft. Daarnaast wordt bevestigd dat vaak de overtuiging heerst dat specialistische ondersteuning het meest passend is: “Het algemene idee dat kinderen met zorg best in specialistische voorziening opgevangen worden, leeft nog steeds in Vlaanderen.” Er wordt wel opgemerkt dat de vraagstelling in de vignettenstudie ‘Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden’ weinig ruimte liet voor nuancering, bijvoorbeeld wanneer professionals vinden dat het ideaal is om voor gezinnen met kinderen met een beperking een combinatie van reguliere hulpverlening en complementaire specialistische hulpverlening aan te raden, waardoor het beeld wat geschetst wordt eerder zwart-wit is. Er wordt ook aangegeven dat het voor sommige gezinnen en kinderen meer gepast

is om door specialistische hulpverlening ondersteund te worden. Zo wordt het voorbeeld gegeven van buitengewoon onderwijs, dat soms meer gepast is voor bepaalde kinderen omwille van praktische redenen, meer op maat kunnen werken, het risico op overbevraging, de omkadering dat er kan geboden worden, aandacht voor het welbevinden van het kind en het belang van zichzelf kunnen identificeren met anderen in de klas als kind. Er moet hier wel worden opgemerkt dat deze laatste opmerking opnieuw gemaakt werd door een professional uit de specialistische hulpverlening. Andere leden van de focusgroep voegen toe dat ze inderdaad begrijpen dat buitengewoon onderwijs geregeld de meest passende optie is voor sommige kinderen en hun gezinnen, maar vinden ook dat de keuze voor buitengewoon onderwijs niet vanzelfsprekend mag zijn omdat dit hen een levenskeuze voor het buitengewone circuit is, waarbij er in de toekomst weinig contact is met kinderen zonder beperking of kinderen uit de nabije buurt zal zijn.

Wanneer er ruimer gekeken wordt dan het buitengewoon onderwijs, wordt gesteld dat het wenselijk kan zijn om specialistische ondersteuning te krijgen. Dit is afhankelijk van zaken zoals de aard van de beperking, het gezin, de context rond het gezin, de gevolgen die de beperking met zich meebrengt...

Tijdens opleidingen (leerkracht, ...) is er vaak weinig aandacht voor beperkingen, waardoor dit geen basiskennis is. Er wordt geopperd in iedere opleiding van personen die met jonge kinderen zullen werken, aandacht te hebben voor kinderen met een beperking. Ideaal zou deze aandacht dan bestaan uit contact met personen met een beperking, bijvoorbeeld tijdens een stage.

De leden van de focusgroep wijzen op het belang van een andere mindset bij professionals inzake diversiteitsdenken. Maken dat kinderen met een beperking in het reguliere onderwijs kunnen blijven (inclusief onderwijs) kan binnen een sterke brede basiszorg. Door maatregelen voor kinderen met specifieke onderwijsbehoeften in te zetten binnen brede basiszorg kunnen ze nuttig zijn voor alle kinderen in de klas, bijvoorbeeld "Een dagschema is voor veel kinderen helpend, niet enkel voor het kind met ASS dat ondersteund wordt."

Veel deelnemers van de focusgroep vinden het belangrijk dat reguliere en specialistische diensten samenwerken. Het is belangrijk om reguliere diensten en specialistische op een organische en structurele manier samen te brengen, zodat ze elkaar kunnen versterken op vlak van expertise. Er wordt ook gewezen op de meerwaarde van het buitengewoon en regulier onderwijs dicht bij elkaar te brengen, zoals: "Ook in reguliere scholen kunnen specialistische klassen zijn voor kinderen die extra hulp nodig hebben. Maar het gaat erom dat ze door dezelfde poort komen en elkaar kennen"

Door de respondenten werden in deze context een aantal good practices genoemd:

- De GIO-trajecten (globale individuele ondersteuning) worden tijdens de focusgroep meerdere keren vernoemd als good practice in het kader van reguliere en specialistische ondersteuning die elkaar aanvult. Binnen GIO worden jonge kinderen ondersteund op overgangsmomenten. Een begeleider vanuit een VAPH-voorziening ondersteunt in de reguliere opvang of het regulier onderwijs om een start over overgang te vergemakkelijken.
- Ook de verschillende PINKO-projecten (Project INclusieve KinderOpvang) werden als good practices genoemd. Hierbij gaan één of meerdere MFC's, kinderopvang en Centrum Inclusieve Kinderopvang (CIK) die samenwerken. De reguliere kinderopvang wordt ondersteund door een sterke samenwerking met een MFC en CIK, om kinderen met extra zorgnood zo goed mogelijk te ondersteunen.

- Het volgende praktijkvoorbeeld dat erg verrijkend is, is outreach. In outreach wordt door een VAPH-organisatie handicapspecifieke expertise gebracht naar een organisatie die niet aan het VAPH verbonden is. Deze outreach is niet specifiek gericht op één kind.

### 3.2 Subthema 2: reguliere en specialistische diensten

In de vragenlijststudie bij ouders werd gepolst naar de ondersteuning van Kind en Gezin. Wanneer er geen ondersteuning was, werd gevraagd wat de reden is. De leeftijd van de kinderen werd niet meegenomen als reden voor ontbrekende ondersteuning. De meest komende reden (68%) was dat het kind elders voldoende opgevolgd werd.

Hoe kunnen reguliere diensten (bv. K&G) als evenwaardig beschouwd worden als specialistische hulpverlening? Hoe kan de specialistische hulpverlening meer complementair gemaakt worden? Is er nood aan meer handicapspecifieke kennis bij reguliere diensten zoals Kind en Gezin? Hoe kan aan die vraag tegemoetgekomen worden?

De leden van de specialistische diensten in de focusgroep merken op dat de doorverwijzingen naar meer specialistische ondersteuning en samenwerkingen hiermee erg afhangen van het specifieke doorverwijzende consultatiebureau: "Wat wij merken is dat er regionale verschillen zijn bij K&G. We merken dat onze dienst niet overal even gekend is." Ook hier hangt er dus veel af van welke professionals ouders treffen wanneer ze een consultatiebureau bezoeken. De leden van de focusgroep geven ook aan dat het feit dat veel kinderen met een beperking niet bij de consultatiebureaus gezien worden ervoor zorgt dat er minder handicapspecifieke kennis is: "Kinderen met een duidelijke beperking zien wij vaak ook niet omdat ze door specialistische hulpverlening opgevolgd worden, waardoor er als organisatie weinig ervaring is met kinderen met een beperking."

Net zoals ouders in de vragenlijststudie aangaven, wordt ook in de focusgroep aangegeven dat het voor ouders van kinderen met een beperking soms moeilijk kan zijn geconfronteerd te worden met gemiddeld ontwikkelende kinderen in de wachtzaal. De vele prikkels in de wachtzaal kunnen lastig zijn voor kinderen met een beperking. Tegelijkertijd wordt er gewezen op het belang van inclusie, en kinderen met een beperking niet standaard op een apart moment te ontvangen: "Segregatie wordt liefst vermeden, niet kennen lokt reactie uit en hoe meer we in contact komen met een beperking, hoe meer je normaal gaat reageren." Het lijkt hier aan te raden ouders de keuze te laten om tijdens de reguliere consultatiemomenten te komen, of tijdens momenten specifiek voor kinderen met extra noden. Op de specifieke momenten zou er gezorgd worden voor een legere wachtzaal en meer tijd per consultatie.

Er wordt tevens aangeraden de inhoud van het consult aan te passen aan de beperking van het kind. De onderzoeken die gedaan worden en raad die gegeven wordt kan hierbij afwijken van wat gebeurt gedurende de reguliere consultaties. Zo is het onnodig om een gehoortest te doen bij een kindje dat duidelijk slechthorend is en hiervoor uitgebreid opgevolgd wordt. Op die manier worden onnodige confrontaties voor ouders en negatieve ervaringen vermeden. Ook bij Kind en Gezin is het belangrijk om in te zetten op vertrouwen en verbinden tussen de dienst en ouders.

In de focusgroep werd ook gewezen op het feit dat de dienstverlening van Kind en Gezin breder is dan wat gebeurt in de consultatiebureaus. Ouders kunnen er perfect voor kiezen niet naar het consultatiebureau te gaan omdat ze bijvoorbeeld vinden dat hun kind voldoende opgevolgd wordt elders, maar wel opvoedingsondersteuning vragen via bijvoorbeeld de Kind en Gezin-lijn en het spreekuur ouderschap en opvoeding; of bepaalde consultaties wel laten doorgaan.

Enkele leden van de focusgroep pleiten voor meer bijscholingen over beperking bij de professionals van Kind en Gezin. Een ander lid geeft aan dat de ervaring binnen de eigen dienst toont dat bijscholingen soms tot meer uitsluiting leiden, professionals geven sneller aan dat een kind met een beperking beter doorverwezen zou worden naar specialistische hulpverlening dan voor de bijscholing. Er wordt daarnaast ook aangegeven dat handicapspecifieke kennis minder nodig is, maar dat het meer gaat om noden kunnen lezen van kinderen en gezinnen en hiermee aan de slag kunnen gaan.

### **3.3 Subthema 3: Huizen van het Kind ankerpunt gezinsondersteuning**

In de toekomst zouden de Huizen van het Kind ankerpunt worden voor gezinsondersteuning. Wat is ervoor nodig dat die vragen daar kunnen terecht komen? Hoe gaan ouders zich daar welkom voelen? Wat is er nodig om te kunnen bijschakelen indien anders specialistische ondersteuning nodig is?

Het lijkt een erg goed idee om de bestaande reguliere kanalen zoals de Huizen van het Kind te gebruiken om deze vragen in verband met gezinsondersteuning op te pikken. Er is volgens de respondenten expertise nodig om de opvoedingsvragen bij de Huizen van het Kind te ontvangen, maar dan voornamelijk in verbinding maken met gezinnen. Professionals zouden hier moeten inzetten op vertrouwen geven en ouders veilig en welkom laten voelen: "Als je geen verbinding hebt, kan je moeilijker over emotionele zaken spreken"

Daarnaast wordt gewezen op het belang van investeren in inclusie-expertise, waarbij elk gezin welkom is in de Huizen van het Kind: "Ze moeten niet sterk zijn in handicapspecifieke expertise, dat is niet haalbaar. Ze moeten expertise hebben in het zoeken met ouders naar wat maakt dat jij je hier welkom voelt." Het verwachten van handicapspecifieke kennis kan zorgen voor verwarring en angst bij medewerkers en is niet nodig, het is wel belangrijk om te kunnen uitreiken naar specialistische diensten wanneer dit een meerwaarde is."

Om de vragen voldoende te ontvangen lijkt het belangrijk om fysieke plekken Huizen van het Kind te hebben die voldoende ruime openingsuren hebben. Lokale verankering en voldoende middelen werden ook genoemd.

## **4 Conclusie**

Ouders gaven in het vragenlijstonderzoek aan dat ze meer informatie kunnen gebruiken over diensten die hun kind zouden kunnen ondersteunen. In een open vraag werd aangegeven dat het uitzoeken van de ondersteuning een hells werk is. Er werd dan ook aan de respondenten gevraagd of het hulpverleningslandschap voor professionals voldoende duidelijk is en hoe dit kan verduidelijkt worden voor ouders. Specialistische diensten geven aan voldoende kennis te hebben, al zijn kleine en lokale diensten niet gekend. Ook bij de reguliere diensten staan deze kleine en lokale initiatieven niet op de radar. Het is dus opmerkelijk dat de kleine en lokale initiatieven door alle diensten vaak weinig gekend zijn, wat toch wijst op de complexiteit van het hulpverleningslandschap.

Of gezinnen adequaat worden doorverwezen hangt af van de ervaring en kennis van de professionals en de dienst die het pad kruisen van de gezinnen. Dat het terecht komen bij de geschikte diensten afhankelijk is van toeval en geluk met professionals en organisaties is problematisch. Er moet ingezet worden op het vereenvoudigen van het hulpverleningslandschap voor zowel professionals als ouders. Hiervoor worden een aantal voorstellen gedaan, zoals een centrale dienst, brugfiguur, de kennis over



het hulpverleningslandschap vergroten bij professionals en het zorgen voor een warme overdracht door reeds betrokken diensten. Er worden een aantal waardevolle initiatieven benoemd waarin ingezet wordt op het verduidelijken van het hulpverleningslandschap, zoals loketfuncties en infoloketten. Deze blijken vaak niet gekend door de respondenten. Er zijn dus initiatieven die inzetten op ouders wegwijs maken, maar de opstart van deze verschillende initiatieven kan een paradoxaal effect hebben en het landschap complexer maken i.p.v. te vereenvoudigen.

Wanneer gezinnen opgedeeld worden in vier clusters op basis van de diensten waardoor ze ondersteund worden, blijken gezinnen met een lage SES vaker voor te komen in de cluster met weinig ondersteuning. De respondenten van de focusgroepen geven aan dat het ingaan op/realiseren van doorverwijzingen vaak lastig is voor gezinnen met een lage SES. Wanneer gezinnen doorverwezen worden, wordt verwacht dat ze zelf contact opnemen. Hier kunnen moeilijkheden opduiken, zoals het ontbreken van kennis, engagement en het inzien van het nut van de doorverwijzing. Er worden enkele suggesties gegeven zoals begeleiden bij het contact opnemen en aanklappend zijn, maar er wordt ook gewezen op de prestatiegebonden financiering. Dit bemoeilijkt het bereiken van moeilijk bereikbare gezinnen, waar men vaak voor gesloten deuren staat.

Om de alertheid voor signalen van ondersteuningsnoden van ouders, het bieden van indien nodig ondersteuning en doorverwijzingen te verhogen, wordt gewezen op het vergroten van kennis. Ook het versterken van een inclusieve mindset door nauwer samenwerken van reguliere en specialistische diensten wordt naar voor geschoven. Daarnaast werd een mogelijke beperking niet steeds opgemerkt door professionals in de vignettenstudie. Er wordt gewezen op het belang van voldoende aandacht voor de ontwikkeling van kinderen in de opleiding. Wanneer de signalen van een beperking wel opgemerkt worden, is het belangrijk deze te signaleren. Hiervoor wordt gewezen op het belang van vroeginterventies en het opnemen van verantwoordelijkheid door de verschillende diensten.

Er werd de respondenten voorgelegd dat respondenten met een (para)medische achtergrond vaker vinden dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening ondersteund worden. Er wordt opgemerkt dat specialistische hulpverlening inderdaad soms het best passend is, maar dat het niet wenselijk is dat de opleiding van de hulpverlener bijdraagt aan de bevinding dat vaker naar specialistische hulpverlening wordt doorverwezen. Opnieuw wordt er gewezen op het belang van diversiteitsdenken en inclusie en samenwerken tussen reguliere en specialistische diensten in de opleiding en de praktijk.

Kinderen met een beperking lijken volgens de respondenten van de focusgroep minder door de consultatiebureaus van Kind en Gezin opgevolgd te worden. De kennis over een beperking hangt opnieuw erg af van de professional die de ouders treffen bij het bezoeken van het consultatiebureau. Het feit dat kinderen met een beperking minder gezien worden, zorgt ook voor weinig kennisverhoging. De respondenten van de focusgroepen wezen op het belang van inclusiekennis, meer dan handicapspecifieke kennis.

Als laatste werd gevraagd hoe vragen over gezinsondersteuning bij de Huizen van het Kind terecht zouden kunnen komen. Hier is expertise voor nodig, fysieke plekken, lokale verankering en voldoende middelen, maar vooral het inzetten op verbinding, vertrouwen en het creëren van een veilige omgeving waarin vragen open kunnen gesteld worden. Opnieuw wijzen de respondenten bij het concretiseren van de expertise op het belang van over inclusie-expertise, waarbij er samen met een gezin gezocht kan worden hoe ook de vragen van ouders van een kind met een beperking hun plaats kunnen vinden.

Handicapspecifieke kennis is hierbij niet de meest belangrijke kennis. Er moet wel expertise zijn om uit te reiken naar specialistische diensten wanneer deze een meerwaarde hebben voor de gezinnen.

## Hoofdstuk 5

### Conclusie en beleidsaanbevelingen

In Vlaanderen is er weinig bekend over de ondersteuning die gezinnen met een jong kind met een (vermoeden van een) beperking ontvingen en over de hulpverleningstrajecten die zij doorlopen. Het onderzoek had daarom als doel om inzicht te verschaffen in de diensten en/of organisaties waarmee deze gezinnen in contact kwamen. Deze ondersteuning kon zowel door reguliere als specialistische diensten worden aangeboden. Daarnaast wilde het onderzoek inzicht verkrijgen in de factoren die het signaleren van problemen en de besluitvorming inzake het bieden van ondersteuning en/of doorverwijzing beïnvloeden. Ten slotte was het de bedoeling om beleidsaanbevelingen te formuleren die diensten en organisaties zouden helpen om signalen beter te detecteren en herkennen, en om meer adequate hulp te bieden en handelingsverlegenheid te verminderen. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies per hoofdstuk genoteerd, waarna afgerond wordt met beleidsaanbevelingen.

#### 1 Vragenlijst ouders

In het eerste deel van dit onderzoek werd de vraag “Met welke diensten/organisaties komen gezinnen met (jonge) kinderen met een (vermoeden van) handicap in contact?” beantwoord aan de hand van een vragenlijststudie. 334 ouders die gekend waren bij het VAPH vulden de vragenlijst in, waarin enkele algemene gegevens bevestigd werden en onder meer gepolst werd naar de diensten die het gezin ondersteunden. Uit hun antwoorden bleek dat hun kinderen gemiddeld 5 jaar waren op dat moment en dat ze een diagnose kregen wanneer ze 2 jaar oud waren. Er kan dus opgemerkt worden dat de diagnose gemiddeld vrij vroeg gegeven werd. Deze jonge leeftijd bij diagnose is mogelijk beïnvloed door de manier van steekproefverzameling, waarbij enkel ouders van kinderen die bij het VAPH gekend waren omwille van het krijgen van zorg, ondersteuning en of hulpmiddelen geselecteerd werden.

De ouders beantwoordden enkele stellingen die geformuleerd werden als: "Ik zou momenteel extra ondersteuning kunnen gebruiken in verband met...". Ze gaven aan extra ondersteuning te kunnen gebruiken op vlak van informatie over diensten die hun kind in de toekomst mogelijk zou kunnen gebruiken (76%), financiële ondersteuning (74%), omgaan met het gedrag van hun kind (66%) en momenteel beschikbare diensten (65%). Aan deze stellingen werd een open vraag toegevoegd. Veel ouders gaven aan behoefte te hebben aan een overkoepelende dienst die hen kan helpen te navigeren in het hulpverleningslandschap voor hun kind met een beperking. Er werd gesuggereerd om een soort zorgloket op te richten waar ouders met vragen over hun kind met een beperking terecht kunnen. Daarnaast werd het idee geopperd om één centraal systeem te ontwikkelen waarin alle gegevens worden opgeslagen, zodat deze bij nieuwe aanvragen niet telkens opnieuw hoeven te worden ingevuld en verzameld. Ook op administratief vlak gaven ouders aan extra ondersteuning nodig te hebben, bijvoorbeeld bij het afhandelen van administratie en het invullen van aanvragen. Meer ondersteuning om in contact te komen met andere ouders van kinderen met een beperking werd ook vernoemd.

De gezinnen werden op basis van de diensten waarmee ze tijdens hun traject in contact kwamen aan de hand van clusteranalyse opgedeeld in verschillende groepen. Uit de elbow plot bleek dat 2 clusters, één met veel ondersteuning en één met weinig, het meest ideale aantal was. De inhoudelijke meerwaarde van deze twee clusters bleek echter beperkt. Om deze reden werd ook de optie van 4 clusters

uitgewerkt, waarbij we tot de volgende clusters kwamen: (1) gezinnen die voornamelijk ondersteund werden door reguliere diensten, (2) gezinnen met weinig ondersteuning, (3) gezinnen ondersteund door specialistische én reguliere diensten en (4) gezinnen met voornamelijk specialistische ondersteuning. Een aantal factoren, zoals de diagnose van het kind, of de nood aan extra medische zorgen, het gezinsdiploma, de ervaren sociale steun en het aantal betrokken en gekende diensten waren hiermee geassocieerd. Zo werd er bijvoorbeeld opgemerkt dat gezinnen uit de clusters 3 (reguliere en specialistische) en 4 (specialistische hulpverlening) significant vaker een hoge SES hebben in vergelijking met gezinnen uit het eerste (reguliere hulpverlening) en tweede (weinig ondersteuning) cluster. Er komen in de cluster “specialistische ondersteuning” ook vaker kinderen met een genetische ziekte en meer medische zorgen voor, wat wellicht de specialistische hulp en ondersteuning kan verklaren.

Een organisatie waar veel gezinnen met jonge kinderen mee in contact komen, is Kind en Gezin. Daarom werd er extra ingegaan op het al-dan-niet krijgen van ondersteuning van Kind en Gezin. Wanneer gezinnen aangaven dat ze geen begeleiding kregen van Kind en Gezin, werd de reden hiervan gevraagd. Ouders konden meerdere redenen aangeven waarom ze geen ondersteuning kregen. De meest voorkomende reden was dat hun kinderen elders voldoende opgevolgd werden (68%). Er werd nagegaan of er kenmerken van kinderen en gezinnen samenhangen met elders voldoende opgevolgd worden als reden van ontbrekende ondersteuning van Kind en Gezin. Ouders die aangaven elders voldoende opvolging te hebben, hadden in vergelijking met gezinnen die deze reden niet opgaven, significant vaker een kind dat extra medische zorgen nodig heeft, werden minder vaak opgedeeld in de cluster met weinig ondersteuning en meer in de cluster met specialistische ondersteuning, hadden minder vaak een kind met ASS en hadden vaker een kind met een fysieke beperking dan verwacht.

## 2 Vignetten professionals

Om de onderzoeksvraag “Welke casuskenmerken, beslisserkenmerken en organisatiekenmerken zijn van invloed op het capteren van signalen en de beslissing van het bieden van ondersteuning en/of een doorverwijzing?” te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van een vignettenstudie. Deze vignettenstudie geeft inzicht in de factoren die van invloed zijn op het opmerken van signalen, de ingeschatte ondersteuningsnood van gezinnen en professionals en de nood aan doorverwijzing. Dit vignettenonderzoek werd voorgelegd aan verschillende groepen professionelen (medewerkers K&G, medewerkers kinderopvang, medewerkers kleuteronderwijs, medewerkers MFC’s, medewerkers CLB’s en huisartsen en pediaters). Er werd een vignet geconstrueerd, waarvan enkele casuskenmerken werden gemanipuleerd. Respondenten vulden per vignet vragen in waarmee we de mogelijkheid om signalen te capteren en factoren van invloed op de beslissing tot verlenen van hulp binnen de eigen dienstverlening of een doorverwijzing in kaart brengen. Alle bevroegde professionals kregen een vignet voorgelegd over een meisje van 2,5 jaar met symptomen van een eetproblematiek. Daarnaast kregen de professionals gemanipuleerde informatie over (1) de ontwikkeling van het kind, (2) de sociaal-economische status van het gezin en (3) de bezorgdheid van de ouders. De professionals kregen voor alle drie de factoren at random één van beide opties toegevoegd aan hun vignet.

401 respondenten namen deel aan het onderzoek. Het gaat voornamelijk om vrouwen. De respondenten zijn gemiddeld 43 jaar en hebben 13 jaar ervaring in hun functie. Het merendeel haalde als hoogste diploma een professionele bachelor (48,4%). Een universitair diploma (41,1%) komt ook vaak voor als hoogste diploma. 125 personen werkten voor Kind en Gezin, 49 voor een CLB, 34 werkten in

het kleuteronderwijs, 75 in de kinderopvang, 66 waren arts (huisarts of pediater) en 51 werkten in een MFC.

De professionals kregen ook enkele stellingen voorgelegd, waarmee de attitudes van professionals (een beslisserkenmerk) werden gemeten. Eén hiervan was “Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden”. Personen die in de kinderopvang werkzaam waren, waren het minder eens met de stelling, terwijl de groep huisartsen en pediaters het vaker eens was dan enkele andere groepen professionals. Wanneer de professionals worden opgedeeld in twee groepen - de paramedische beroepsgroepen en professionals met een niet-paramedische opleiding - blijkt dat professionals uit de (para)medische beroepsgroep het meer eens waren met de stelling.

Door middel van lineaire regressie werd bekeken of casuskenmerken, beslisserkenmerken en organisatiekenmerken een invloed hadden op de bezorgdheid van de professionals over de casus, de ingeschatte nood aan ondersteuning van het gezin geschetst in de casus, de nood aan ondersteuning voor zichzelf mochten ze met de casus aan de slag gaan en intentie van doorverwijzing. De casuskenmerken ‘verstandelijke of algemene achterstand’ en ‘ongerustheid van de ouders’, waren in iedere lineaire regressie significant. Professionals waren meer bezorgd, schatten de nood aan ondersteuning voor zichzelf en het gezin hoger in en zouden vaker doorverwijzen wanneer het kind een achterstand heeft en wanneer de ouders ongerust zijn. Het is positief dat er voornamelijk casusfactoren geassocieerd zijn met de afhankelijke variabelen. De organisatie waar de professional tewerkgesteld is was niet geassocieerd met de bezorgdheid om de casus. Medewerkers van een CLB schatten de nood aan ondersteuning voor het gezin en zichzelf minder hoog in dan de referentiegroep medewerkers werkzaam bij Kind en Gezin. Dit is mogelijks te wijten aan de leeftijd van het kind in het vignet, dat net 2,5 jaar oud was. Dit is een leeftijdsgroep die net binnen de doelgroep van de CLB's valt, waardoor CLB-medewerkers mogelijks minder ervaring hebben met kinderen van 2,5 jaar oud of bij deze leeftijdsgroep misschien een wat afwachtende houding aannemen. Daarnaast moet ook opgemerkt worden dat enkele diensten meer vertegenwoordigd waren in de steekproef dan andere. Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met de kleine groepsgroottes voor sommige diensten. Deze kleine groepsgroottes zou de representativiteit in het gedrag kunnen brengen.

### **3 Focusgroepen**

Ten slotte werden twee focusgroepen georganiseerd om volgende onderzoeksvragen te beantwoorden: “Wat is er nodig om (indien nodig) signalen beter te captureren en/of adequater hulp te bieden?” en “Hoe kunnen er bruggen gemaakt worden tussen reguliere en specialistische diensten, zodat ouders door de best passende diensten ondersteund worden?”. Op basis van de literatuurstudie, vragenlijstonderzoek en vignettenstudie werden enkele in het oog springende thema's bepaald, namelijk toegang tot hulp, signalering en reguliere ondersteuning.

#### **Toegang tot hulp**

In voorgaand onderzoek, zowel nationaal als internationaal, bleek dat ouders het moeilijk vinden om diensten te vinden die hen kunnen ondersteunen. Ook in de vragenlijststudie in dit onderzoek bleek meer informatie over diensten die kunnen ondersteunen nodig. Aan de focusgroepen werd om deze redenen gevraagd hoe het hulpverleningslandschap kan verduidelijkt worden.

Specialistische diensten geven aan over voldoende kennis te beschikken. Kleine en lokale initiatieven echter blijven vaak onbekend. Dit geldt ook voor reguliere diensten, waar deze kleine lokale initiatieven nauwelijks op de radar staan. Het gebrek aan bekendheid met kleine en lokale initiatieven bij alle diensten benadrukt de complexiteit van het hulpverleningslandschap en toont dat heel veel goede initiatieven onderbenut blijven.

Of gezinnen op een adequate manier worden doorverwezen, hangt sterk af van de ervaring en kennis van de professionals en diensten waarmee ze in contact komen. Het vinden van geschikte ondersteuning is vaak afhankelijk van toeval of het treffen van de juiste professional of organisatie. Dit is problematisch. Daarom is het belangrijk om het hulpverleningslandschap te vereenvoudigen, zowel voor professionals als voor ouders. Er worden verschillende oplossingen voorgesteld, zoals de oprichting van een centrale dienst, het inzetten van brugfiguren, het vergroten van kennis over het hulpverleningslandschap bij professionals, en het bevorderen van een warme overdracht door reeds betrokken diensten naar andere meer geschikte diensten en/of vervolg hulp. In deze focusgroepen werd geen duidelijke voorkeur voor één van deze voorstellen uitgesproken. Hoewel er waardevolle initiatieven bestaan, zoals loketfuncties en informatieloketten die ouders helpen wegwijs te worden, zijn deze vaak onbekend bij de respondenten. Helaas kan de opstart van verschillende initiatieven het landschap nog complexer maken in plaats van het te vereenvoudigen.

Wanneer gezinnen opgedeeld worden in vier clusters op basis van de diensten waardoor ze ondersteund worden, komen gezinnen met een lage SES vaker voor in de cluster met weinig ondersteuning. De focusgroep werd om verbeteringen om deze groep te bereiken gevraagd.

De respondenten geven aan dat het ingaan op/realiseren van doorverwijzingen vaak lastig is voor gezinnen met een lage SES. Wanneer gezinnen doorverwezen worden, wordt verwacht dat ze zelf contact opnemen. Hier kunnen moeilijkheden opduiken, zoals het ontbreken van kennis, engagement en het inzien van het nut van de doorverwijzing. Er worden enkele suggesties gegeven zoals begeleiden bij het contact opnemen en aanklampend zijn, maar er wordt ook gewezen op de prestatiegebonden financiering. Dit bemoeilijkt het bereiken van moeilijk bereikbare gezinnen, waar men vaak voor gesloten deuren staat en inspanningen niet kunnen gehonoreerd worden.

### **Signalering**

Er werd ook besproken of er voldoende alertheid is voor signalen van ondersteuningsnoden en of er sprake is van handelingsverlegenheid.

Om de alertheid voor signalen van ondersteuningsnoden bij ouders te vergroten, evenals het bieden van ondersteuning en doorverwijzingen indien nodig, werd het belang van kennisvergroting van professionals benadrukt. Daarnaast werd het versterken van een inclusieve mindset, door nauwere samenwerking tussen reguliere en specialistisch diensten, als een belangrijk aandachtspunt naar voren geschoven.

In de studie met professionals bleek dat vignetten waarbij een achterstand gesimuleerd werd, wel degelijk vaker opgemerkt worden door de respondenten. Toch zijn er respondenten die aangaven dat ze zich geen of amper zorgen maken wanneer ze een vignet voorgelegd kregen waarin signalen van een eetproblematiek gegeven worden, samen met een simulatie van een achterstand.

De leden van de focusgroep wezen op het belang van voldoende aandacht voor de ontwikkeling van kinderen in de opleiding. Wanneer signalen van een beperking wel werden opgemerkt, was het

essentieel om deze te signaleren. Hierbij werd het belang van vroeginterventies en het nemen van verantwoordelijkheid door de verschillende diensten benadrukt.

### **Reguliere ondersteuning**

Wanneer professionals de stelling 'Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden' moesten beantwoorden, werd opgemerkt dat (para)medici het meer eens waren met de stelling. Er werd aan de focusgroep gevraagd of dit wenselijk is.

Er werd opgemerkt dat specialistische hulpverlening inderdaad soms het best passend is, maar dat het niet wenselijk is dat de beroepsgroep van de hulpverlener bijdraagt aan vaker naar specialistische hulpverlening doorverwijzen. Opnieuw wordt er gewezen op het belang van de diversiteitsdenken en inclusie en samenwerken tussen reguliere en specialistische diensten in de opleiding en de praktijk. Inclusie zorgt ervoor dat kinderen met een beperking niet gesegregeerd zijn, en maatregelen die kinderen met een beperking ondersteunen kunnen voor veel andere kinderen zonder beperking ook helpend zijn.

In de vragenlijststudie bij ouders werd gepolst naar de ondersteuning van Kind en Gezin. Ouders gaven verschillende redenen aan om geen ondersteuning te krijgen van Kind en Gezin, waarbij de meest voorkomende reden (68%) was dat het kind elders voldoende opgevolgd werd. Er werd aan de focusgroep gevraagd of er nood is aan meer handicapspecifieke kennis bij reguliere diensten als Kind en Gezin.

De leden van de focusgroep geven aan dat de kennis over een beperking opnieuw erg afhangt van de professional die de ouders treffen bij het bezoeken van het consultatiebureau. Er wordt aangegeven dat het minder opmerken van kinderen met een beperking ook zorgt voor weinig kennisverhoging. De respondenten van de focusgroepen wezen op het belang van inclusiekennis, meer dan handicapspecifieke kennis. Ze stelden voor ouders de keuze te laten om tijdens de reguliere consultatiemomenten te komen, of tijdens momenten specifiek voor kinderen met extra noden. Op de specifieke momenten zou er gezorgd worden voor een legere wachtzaal, meer tijd per consultatie en indien nodig een aangepaste inhoud van de consultatie.

Als laatste werd er ingegaan op de Huizen van het Kind als ankerpunt voor gezinsondersteuning. De respondenten geven aan dat voor het verkrijgen van de vragen rond gezinsondersteuning er een aantal zaken nodig zijn, zoals expertise, fysieke plekken, lokale verankering en voldoende middelen, maar vooral het inzetten op verbinding, vertrouwen en het creëren van een veilige omgeving waarin vragen open kunnen gesteld worden. Opnieuw wijzen de respondenten bij het concretiseren van de expertise op het belang van inclusie-expertise, waarbij er samen met een gezin gezocht kan worden hoe ook de vragen van ouders van een kind met een beperking hun plaats kunnen vinden. Handicapspecifieke kennis is hierbij niet de meest belangrijke kennis. Er moet wel expertise zijn om uit te reiken naar specialistische diensten wanneer deze een meerwaarde hebben voor de gezinnen.

## **4 Beleidsaanbevelingen**

### **Toegang tot hulp**

Ondanks alle inspanningen die reeds zijn geleverd om het hulpverleningslandschap te verduidelijken, blijft dit onoverzichtelijk voor ouders en voor professionals. Er blijken erg waardevolle initiatieven te

bestaan die dit hiaat willen invullen, zodat de infoloketten en Hotspots, maar deze blijken weinig gekend voor zowel ouders als professionals. Wanneer we professionals vragen of ze gezinnen zouden doorverwijzen, blijken voornamelijk casusfactoren significant. Bijkomend geven professionals in de focusgroep aan dat of, wanneer en naar welke dienst gezinnen worden doorverwezen sterk afhankelijk is van de kennis van de professional over het zorgverleningslandschap en betrokkenheid van individuele hulpverleners.

Er wordt gepleit voor een vereenvoudiging van het hulpverleningslandschap en vergemakkelijken van toegang tot hulp. Er worden verschillende ideeën geformuleerd, die los van elkaar geïmplementeerd kunnen worden, maar ook kunnen gecombineerd worden:

1. Een centrale dienst waar ouders met alle vragen terecht kan en die eventueel kan doorverwijzen. Deze centrale dienst moet functioneren als een eerste aanspreekpunt, met kennis over zowel reguliere als specialistische diensten.
2. Een trajectbegeleider, die mogelijks gekoppeld is aan de centrale dienst. Er wordt gedacht aan een persoon of dienst die aanwezig is op alle scharniermomenten in het leven en die kan toeleiden naar specifieke vormen van hulpverlening, maar ook op vraag van het gezin bereikbaar is. Deze trajectbegeleider is iemand met kennis van reguliere en specialistische ondersteuning, die het gezin kan ondersteunen tijdens hun hulpverleningstraject, de ondersteuning van verschillende diensten kan coördineren (bv. door het organiseren van overleg met alle ondersteunende diensten, nagaan of afspraken werden uitgevoerd) en de belangen van het gezin kan verdedigen.
3. Kennisvergroting bij professionals die met jonge kinderen in contact komen over het hulpverleningslandschap, het belang van vroegdetectie en de reguliere kindontwikkeling.
4. Het opnemen van een warme overdracht wanneer doorverwezen wordt door reeds betrokken diensten. Deze warme overdracht wordt gezien als deel van de opdracht en verantwoordelijkheid van professionals wanneer ze doorverwijzen.

Een aantal reeds bestaande initiatieven sluiten nauw aan bij de omschrijving van de centrale dienst, zoals de infoloketten en Hotspots. Deze initiatieven blijken nauwelijks gekend door gezinnen en professionals. Het lijkt aangewezen te investeren in bekendmaking bij zowel ouders als professionals, maar ook in vereenvoudiging van de structuren van de bestaande initiatieven. Om de overzichtelijkheid voor zowel gezinnen als professionals te vereenvoudigen, moeten keuzes gemaakt worden omtrent deze initiatieven. Er wordt voorgesteld om de verschillende initiatieven zoveel mogelijk samen te smelten, met aandacht voor voldoende regionale spreiding en toegankelijkheid.

### **Versterking reguliere en specialistische diensten en inclusie**

Er heerst bij sommige professionals de overtuiging dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening ondersteund worden. Toch wees eerder onderzoek uit dat veel opvoedingsvragen niet verschillend zijn van deze van reguliere ouders (Hermans et al., 2016). In de literatuur wordt aangeraden van reguliere ondersteuning in te zetten met aanvulling van specialistische diensten wanneer nodig (De Coninck & Kuppens, 2015). Om deze redenen worden de volgende aanbevelingen gedaan:



- Stimuleer structurele samenwerkingen en overlegmomenten tussen reguliere en specialistische diensten. Op die manier kennen de diensten elkaar beter, waardoor er sneller doorverwezen kan worden wanneer dit nodig is. Ook ouders zouden meer bekend zijn met de verschillende diensten, zodat de specialistische diensten minder afschrikken en meer vertrouwd zijn en de reguliere diensten meer naar waarde geschat worden. Voor de diensten zit een grote meerwaarde in expertisebundeling. Deze expertisebundeling geldt voor zowel reguliere als specialistische diensten. Zo kunnen reguliere diensten zich bijvoorbeeld meer handelingsbekwaam voelen door de toegevoegde inclusie- en handicapspecifieke kennis via de specialistische diensten, maar kunnen zij ook hun kennis over hun vakdomein delen, wat de specialistische diensten kan verrijken.
- Bied opleiding en training aan reguliere dienstverleners over inclusie en handicapspecifieke ondersteuning, zodat zij adequaat kunnen reageren op signalen en doorverwijzingen. Let op dat inclusie zeker een plaats krijgt in deze opleidingen, zodat professionals niet meer geneigd zijn om meteen door te verwijzen naar handicapspecifieke ondersteuning. Idealiter komen alle professionals die met kinderen zullen werken in hun opleiding in contact met personen met een beperking, bijvoorbeeld via een stage.
- Zet maximaal in op de ondersteuning door reguliere diensten. Schakel bij door het toevoegen van specialistische hulp wanneer nodig, maar zet ook in op het terugschakelen wanneer deze niet meer nodig zou zijn. Bekijk ook wanneer gezinnen binnen specialistische dienstverlening ondersteund worden, of bepaalde vragen vanuit reguliere diensten kunnen opgenomen worden. Hierbij mag de continuïteit voor gezinnen niet uit het oog verloren worden, overleg met gezinnen wat zij als werkbaar en ondersteunend zien. Er moet ook voldoende aandacht zijn voor de regie van het traject wanneer verschillende diensten betrokken zijn, wat bijvoorbeeld door de eerder genoemde trajectbegeleider opgevangen kan worden.

### **Toegankelijkheid voor gezinnen**

Er werd vanuit een bezorgdheid om de toegankelijkheid tot ondersteuning van gezinnen met een lage SES bekeken hoe gezinnen met een lage SES kunnen ondersteund worden in het ingaan op doorverwijzingen. Vanuit inclusiestandpunt verbreden we de aanbevelingen naar alle gezinnen, omdat het gros van deze aanbevelingen voor alle gezinnen nuttig kunnen zijn.

- Zorg voor voldoende informatie over het nut van de doorverwijzing en de meerwaarde die de dienst waar naar doorverwezen wordt voor het gezin kan hebben.
- Implementeer aanklampende hulpverlening waarbij professionals gezinnen ondersteunen bij het opnemen van contact na een doorverwijzing wanneer gezinnen hier aan toe zijn. Zoek hier een evenwicht tussen empowerment en ondersteuning bij het contact opnemen van diensten waar naar doorverwezen wordt.
- Professionals geven aan dat de prestatiegebonden financiering het ondersteunen van moeilijk bereikbare gezinnen bemoeilijkt. Pas de manier van financieren aan, zodat er voldoende tijd en middelen zijn om ook deze kwetsbare gezinnen te bereiken, bijvoorbeeld door het implementeren van een forfaitaire vergoeding of trajectfinanciering.
- Zorg voor laagdrempelige toegang tot informatie en ondersteuning. Hou de aanmeldprocedure zo eenvoudig mogelijk, zodat het voor alle gezinnen haalbaar is hun kind aan te melden.

### **Versterking van signalerings- en doorverwijzingsprocessen**

- Zet in op het oppikken van signalen van ontwikkelingsproblemen tijdens de opleiding van professionals en latere bijscholingen, bij voorkeur d.m.v. een vak dat nauw aansluit bij de praktijk (observatie, casuïstiek).
- Het reeds vermeldde bevorderen van samenwerking tussen reguliere en specialistische diensten kan een manier zijn om handelingsverlegenheid te verminderen en kennis over werken met kinderen met een beperking en een inclusieve mindset te versterken.
- Zet in op het deproblematiseren van vroegsignalering, het belang van vroeginterventies en de verantwoordelijkheid van diensten om zaken die hen opvallen te signaleren. Wanneer reguliere diensten doorverwijzen naar mee specialistische diensten, moeten deze doorverwijzingen ernstig genomen worden. Zet hiervoor in op het sensibiliseren van specialistische diensten.

### **Sociale steun**

Het contact met andere ouders bleek erg belangrijk in de literatuur, en werd ook vermeld door ouders in het vragenlijstonderzoek.

- Faciliteer oudergroepen voor ouders van kinderen met een beperking, zodat zij hun ervaringen en kennis kunnen delen en sociale steun kunnen geven aan elkaar.

### **Huizen van het Kind als ankerpunt**

- Wanneer opvoedingsvragen via reguliere kanalen verzameld zouden worden, zoals via de Huizen van het Kind, is het belangrijk voldoende middelen, expertise en lokale verankering te verzekeren, zodat zij kunnen fungeren als laagdrempelig aanspreekpunt voor gezinnen. Er moet ingezet worden op het creëren een veilige en uitnodigende omgeving, met aandacht voor inclusie-expertise en vertrouwen. Er moet een warme overdracht naar specialistische diensten geïnitieerd worden indien nodig, met een focus op continuïteit en maatwerk.

## Referenties

- Adler, K., Salanterä, S., Leino-Kilpi, H., & Grädel, B. (2015). An Integrated Literature Review of the Knowledge Needs of Parents With Children With Special Health Care Needs and of Instruments to Assess These Needs. *Infants & Young Children, 28*(1), 46–71. <https://doi.org/10.1097/IYC.000000000000028>
- Agentschap Opgroeien. (2023). *Bereik medisch-preventieve gezinsondersteuning Kind en Gezin: cijferrapport*. Geraadpleegd op 21 april 2024, van <https://www.opgroeien.be/Kennis/Cijfers-En-Onderzoek/Bereik-Medisch-Preventieve-Gezinsondersteuning-Kind-En-Gezin>.
- Atzmüller, C., & Steiner, P. M. (2010). Experimental Vignette Studies in Survey Research. *Methodology, 6*(3), 128–138. <https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000014>
- Baumann, D., Dalgleish, L., Fluke, J., & Kern, H. (2013). *The decision-making ecology*. American Humane Association.
- Beighton, C., & Wills, J. (2019). How parents describe the positive aspects of parenting their child who has intellectual disabilities: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32*(5), 1255–1279. <https://doi.org/10.1111/jar.12617>
- Beresford, B., Rabiee, P., & Sloper, P. (2007). Outcomes for parents with disabled children. *Research Works, 3*, 1–4.
- Bray, L., Carter, B., Sanders, C., Blake, L., & Keegan, K. (2017). Parent-to-parent peer support for parents of children with a disability: A mixed method study. *Patient Education and Counseling, 100*(8), 1537–1543. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.004>
- Breda, J., & Gevers, H. (2011). *Het experiment persoonsgebonden budget. Eindverslag van de wetenschappelijke evaluatie*. Universiteit Antwerpen.
- Brown, M. A., McIntyre, L. L., Crnic, K. A., Baker, B. L., & Blacher, J. (2011). Preschool Children With and Without Developmental Delay: Risk, Parenting, and Child Demandingness. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 4*(3), 206–226. <https://doi.org/10.1080/19315864.2011.596990>
- Cohen, S. R. (2011). *Family Support: How Does Perceived Emotional and Instrumental Support for Latino Families with Children with Disabilities Relate to Caregiver and Family Well-being?* UC Berkeley.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357.
- Davies, S., & Hall, D. (2005). “Contact A Family”: professionals and parents in partnership. *Archives of Disease in Childhood, 90*(10), 1053–1057. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.070706>
- De Coninck, A., & Kuppens, S. (2015). *Financiering van de voorzieningen voor personen met een handicap: Kleinschalige (groeps)woningen*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- De ouders. (n.d.). *De ouders*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.deouders.be/>.

- Dellve, L., Samuelsson, L., Tallborn, A., Fasth, A., & Hallberg, L. R. -M. (2006). Stress and well-being among parents of children with rare diseases: a prospective intervention study. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 392–402. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03736.x>
- Departement Zorg. (n.d.-a). *Centra Algemeen Welzijnswerk*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.departementwvg.be/Welzijn-En-Samenleving/Welzijnswerk/Centra-Algemeen-Welzijnswerk>.
- Departement Zorg. (n.d.-b). *Centra voor geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.departementwvg.be/Zorginspectie/Centra-Voor-Geestelijke-Gezondheidszorg>.
- Departement Zorg. (n.d.-c). *Centra voor geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-Domein/Geestelijke-Gezondheidszorg/Centra-Voor-Geestelijke-Gezondheidszorg>.
- Dikow, N., Moog, U., Karch, S., Sander, A., Kilian, S., Blank, R., & Reuner, G. (2019). What do parents expect from a genetic diagnosis of their child with intellectual disability? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(5), 1129–1137. <https://doi.org/10.1111/jar.12602>
- Douglas, T., Redley, B., & Ottmann, G. (2016a). The first year: the support needs of parents caring for a child with an intellectual disability. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2738–2749. <https://doi.org/10.1111/jan.13056>
- Douglas, T., Redley, B., & Ottmann, G. (2017). The need to know: The information needs of parents of infants with an intellectual disability—a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2600–2608. <https://doi.org/10.1111/jan.13321>
- Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning (EXPOO). (n.d.). *Opvoedingsondersteuning bij ouders van jongeren. Verkenning van behoeften en aanbod*.
- Fitzpatrick, A., & Dowling, M. (2007). Supporting parents caring for a child with a learning disability. *Nursing Standard*, 22(14), 35–39. <https://doi.org/10.7748/ns2007.12.22.14.35.c6302>
- Guralnick, M. J. (2017). Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities: An Update. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(2), 211–229. <https://doi.org/10.1111/jar.12233>
- Hedderly, T., Baird, G., & McConachie, H. (2003). Parental reaction to disability. *Current Paediatrics*, 13(1), 30–35. <https://doi.org/10.1054/cupe.2003.0406>
- Hermans, K., Van Leeuwen, K., Vanderfaeillie, J., & Maes, B. (2016). *Analyse van de behoeften aan en het gebruik van opvoedingsondersteuning door ouders van een kind met een specifieke zorgbehoefte*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Huang, Z. (1998). Extensions to the k-means algorithm for clustering large data sets with categorical values. *Data mining and knowledge discovery*, 2(3), 283-304.
- Hughes, R., & Huby, M. (2012). The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*, 11(1), 36–51. <https://doi.org/10.1921/swssr.v11i1.428>
- Jeugdhulp. (n.d.-a). *Centrum kindzorg en gezinsondersteuning (CKG)*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.jeugdhulp.be/Organisaties/Centrum-Kinderzorg-En-Gezinsondersteuning-Ckg>.

- Jeugdhulp. (n.d.-b). *Centrum voor ontwikkelingsstoornissen (COS)*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.jeugdhulp.be/Organisaties/Centrum-Voor-Ontwikkelingsstoornissen-Cos>.
- Jeugdhulp. (n.d.-c). *Observatie- en behandelcentrum (OBC)*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.jeugdhulp.be/Organisaties/Observatie-En-Behandelcentrum-Obc>.
- Jobbird. (n.d.). *Babysitter*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://career.jobbird.com/Nl/Beroepengids/Beroepen-in-de-Zorg/Babysitter>.
- Kerr, S. M., & McIntosh, J. B. (2000). Coping when a child has a disability: exploring the impact of parent-to-parent support. *Child: Care, Health and Development*, 26(4), 309–322. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2000.00149.x>
- Kind en Gezin. (n.d.-a). *Huis van het Kind en aanbod*. Geraadpleegd op 21 april 2024, van <https://www.kindengezin.be/Nl/Professionelen/Sector/Huis-van-Het-Kind-En-Aanbod>.
- Kind en Gezin. (n.d.-b). *Inclusieve opvang*. Geraadpleegd op 21 april 2024, van <https://www.kindengezin.be/Nl/Professionelen/Sector/Kinderopvang/Kwaliteit-de-Opvang/Inclusieve-Opvang>.
- Kind en Gezin. (n.d.-c). *Opvoedingswinkel*. Geraadpleegd op 21 april 2024, van <https://www.kindengezin.be/Nl/Professionelen/Sector/Huis-van-Het-Kind-En-Aanbod/Opvoedingswinkel>.
- Kind en Gezin. (n.d.-d). *Welke soorten opvang zijn er?* Geraadpleegd op 21 april 2024, van <https://www.kindengezin.be/Nl/Thema/Kinderopvang-En-Naar-School/Zoek-Een-Opvang/Welke-Soorten-Opvang-Zijn-Er>.
- Kind en Gezin. (2024). *Kind en Gezin Diensten*. Geraadpleegd op 21 april 2024, van <https://www.kindengezin.be/Nl/Kind-En-Gezin-Diensten>.
- Ku, B., Stinson, J. D., & MacDonald, M. (2019). Parental Behavior Comparisons Between Parents of Children with Autism Spectrum Disorder and Parents of Children Without Autism Spectrum Disorder: A Meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 28(6), 1445–1460. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01412-w>
- Laçın, E., & Doğan, B. G. (2023). Parenting Behaviors and Parental self-efficacy: A comparative study of parents of children with intellectual disabilities and typically developing children. *Journal of Intellectual Disabilities*. <https://doi.org/10.1177/17446295231215414>
- Laursen, B. P., & Hoff, E. (2006). Person-Centered and Variable-Centered Approaches to Longitudinal Data. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52(3), 377–389. <https://doi.org/10.1353/mpq.2006.0029>
- Lenhard, W., Breitenbach, E., Ebert, H., Schindelhauer-Deutscher, H. J., & Henn, W. (2005). Psychological benefit of diagnostic certainty for mothers of children with disabilities: Lessons from Down syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 133A(2), 170–175. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.30571>
- Liga autisme Vlaanderen. (n.d.). *Autisme chat*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.ligaautismevlaanderen.be/autismechat/>.
- Luijckx, H. D. P. (2017). Het consultatiebureau. *Bijblijven*, 33(3), 182–187. <https://doi.org/10.1007/s12414-016-0216-4>

- Marcenko, M. O., & Meyers, J. C. (1991). Mothers of Children with Developmental Disabilities: Who Shares the Burden? *Family Relations*, 40(2), 186. <https://doi.org/10.2307/585481>
- M.A.S. (2023). *Tevredenheidsonderzoek dienstverlening Kind en Gezin*. Geraadpleegd op 21 april 2024, van [https://www.opgroeien.be/sites/default/files/tool-documents/eindrapport\\_opgroeien\\_tevredenheidsonderzoek.pdf](https://www.opgroeien.be/sites/default/files/tool-documents/eindrapport_opgroeien_tevredenheidsonderzoek.pdf)
- McWilliam, R. A., & Scott, S. (2001). A Support Approach to Early Intervention. *Infants & Young Children*, 13(4), 55–62. <https://doi.org/10.1097/00001163-200113040-00011>
- Meerschaert, T., Boone, A., Bosmans, G., Braet, C., Debbaut, Y., Merlevede, E., Travers, N., & Van Leeuwen, K. (2004). Preventieve aanpak van gedragsproblemen bij kinderen: een uitdaging voor Kind en Gezin. *Tijdschrift Voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie En Klinische Kinderpsychologie*, 29, 74–87.
- Migerode, F., Maes, B., Buysse, A., & Brondeel, R. (2012). Quality of Life in Adolescents with a Disability and Their Parents: The Mediating Role of Social Support and Resilience. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(5), 487–503. <https://doi.org/10.1007/s10882-012-9285-1>
- Miller, E., Buys, L., & Woodbridge, S. (2012). Impact of disability on families: grandparents' perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(1), 102–110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01403.x>
- Muggli, E. E., Collins, V. R., & Marraffa, C. (2009). Going down a different road: first support and information needs of families with a baby with Down syndrome. *Medical Journal of Australia*, 190(2), 58–61. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02275.x>
- Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., & Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 33(2), 180–187. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00644.x>
- My Family. (n.d.). *Beroep doen op een babysit: alles wat je moet weten*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.myfamily.be/Nl-Be/Blog/Beroep-Doen-Op-Een-Babysit-Alles-Wat-Je-Moet-Weten>.
- Opgroeien. (n.d.). *Opvoedingsondersteuning en Huizen van het Kind*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.opgroeien.be/Kennis/Themas/Opvoedings-En-Gezinsondersteuning/Opvoedingsondersteuning-En-Huizen-van-Het-Kind>.
- Opvoedingslijn. (n.d.). *Eerste hulp bij opvoedingsgevallen*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.opvoedingslijn.be/>.
- Ouders voor inclusie. (n.d.). *Wat moet ik weten over het Decreet Leersteun?* Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://oudersvoorinclusie.be/Wat-Moet-Ik-Weten-over-Het-Decreet-Leersteun/>.
- Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Predictors of care-giver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(2), 109–124. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00829.x>

- Poehlmann, J., Clements, M., Abbeduto, L., & Farsad, V. (2005). Family experiences associated with a child's diagnosis of fragile X or Down syndrome: evidence for disruption and resilience. *Mental Retardation*, 43(4), 255–267. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2005\)43\[255:FEAWAC\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2005)43[255:FEAWAC]2.0.CO;2)
- Randstad. (n.d.). *Persoonlijk assistent*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.randstad.be/Carriere/Beroepen/Persoonlijk-Assistent/>.
- Ray, L. D., & Ritchie, J. A. (1993). Caring for chronically ill children at home: factors that influence parents' coping. *Journal of Pediatric Nursing*, 8(4), 217–225.
- Redmond, B., & Richardson, V. (2003). Just Getting on with it: Exploring the Service Needs of Mothers Who Care for Young Children with Severe/Profound and Life-Threatening Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(3), 205–218. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2003.00165.x>
- Resch, J. A., Mireles, G., Benz, M. R., Grenwelge, C., Peterson, R., & Zhang, D. (2010). Giving parents a voice: A qualitative study of the challenges experienced by parents of children with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 139–150. <https://doi.org/10.1037/a0019473>
- Revalidatie. (n.d.). *Missie en visie CAR*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://revalidatie.be/Missie-En-Visie-Car/>.
- Saha, R., Tariq, M. T., Hadi, M., & Xiao, Y. (2019). Pattern Recognition Using Clustering Analysis to Support Transportation System Management, Operations, and Modeling. *Journal of Advanced Transportation*, 2019, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2019/1628417>
- Satherley, D., & Norwich, B. (2022). Parents' experiences of choosing a special school for their children. *European Journal of Special Needs Education*, 37(6), 950–964. <https://doi.org/10.1080/08856257.2021.1967298>
- Sipal, R. F., & Sayin, U. (2013). Impact of Perceived Social Support and Depression on the Parental Attitudes of Mothers of Children Who are Deaf. *Journal of Child and Family Studies*, 22(8), 1103–1111. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9672-3>
- Skilling, K., & Stylianides, G. J. (2020). Using vignettes in educational research: a framework for vignette construction. *International Journal of Research & Method in Education*, 43(5), 541–556. <https://doi.org/10.1080/1743727X.2019.1704243>
- Skotko, B. (2005). Mothers of Children With Down Syndrome Reflect on Their Postnatal Support. *Pediatrics*, 115(1), 64–77. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0928>
- Sociale kaart. (n.d.). *Algemeen*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.desocialekaart.be/Fiches/510888/Algemeen>.
- Sociale Kaart. (n.d.). *Opvoedingslijn.be*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.desocialekaart.be/Fiches/628602/Algemeen>.
- Statistiek Vlaanderen. (n.d.). *Metadata: Minderjarige personen met handicap - multifunctioneel centrum*. Geraadpleegd op 7 maart 2024, van <https://www.vlaanderen.be/Statistiek-Vlaanderen/Zorg/Minderjarige-Personen-Met-Handicap-Multifunctioneel-Centrum/Metadata-Minderjarige-Personen-Met-Handicap-Multifunctioneel-Centrum>.

- Teppers, E., Wouter Schepers, W., & Van Regenmortel, T. (2019). *Het gebruik van en de behoefte aan kinderopvang voor baby's en peuters jonger dan 3 jaar in het Vlaamse Gewest*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Todd, S., Bromley, J., Ioannou, K., Harrison, J., Mellor, C., Taylor, E., & Crabtree, E. (2010). Using Group-Based Parent Training Interventions with Parents of Children with Disabilities: A Description of Process, Content and Outcomes in Clinical Practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(3), 171–175. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2009.00553.x>
- Todd, S., Shearn, J., Beyer, S., & Felce, D. (1993). Careers in Caring: The Changing Situations of Parents Caring for an Offspring with Learning Difficulties. *The Irish Journal of Psychology*, 14(1), 130–153. <https://doi.org/10.1080/03033910.1993.10557919>
- Tracey, D., Johnston, C., Papps, F. A., & Mahmic, S. (2018). How do parents acquire information to support their child with a disability and navigate individualised funding schemes? *Journal of Research in Special Educational Needs*, 18(1), 25–35. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12390>
- UZ Gent. (n.d.). *Referentiecentrum autisme*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.uzgent.be/Referentiecentrum-Autisme>.
- UZ Leuven. (n.d.). *Wat doen wij bij het COS?* Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.uzleuven.be/Nl/Ontwikkelingsstoornissen/Wat-Doen-Wij>.
- UZA. (n.d.). *Over het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS)*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.uza.be/over-cos>.
- Vanderfaellie, J., De Ruyck, K., Galle, J., Van Dooren, E., & Schotte, C. (2018). The recognition of child abuse and the perceived need for intervention by school personnel of primary schools: Results of a vignette study on the influence of case, school personnel, and school characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 79, 358–370. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.025>
- VAPH. (n.d.). *Wat is een multifunctioneel centrum (MFC)?* Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van [https://www.vaph.be/Professionelen/Mfc/Erkenning#:~:Text=Een%20multifunctioneel%20centrum%20\(MFC\)%20richt,Biedt%20begeleiding%2C%20dagopvang%2C%20verblijf](https://www.vaph.be/Professionelen/Mfc/Erkenning#:~:Text=Een%20multifunctioneel%20centrum%20(MFC)%20richt,Biedt%20begeleiding%2C%20dagopvang%2C%20verblijf).
- Veerman, J. W., Janssen, J., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Vermulst, A. (2012). *Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO). Handleiding [Family functioning questionnaire reported by parents. Manual]*. Praktikon.
- Vermeulen, B., De Maeseneer, J., Maes, B., Pacolet, J., & Hermans, K. (2013). *Nulmeting van het gebruik van reguliere welzijnsdiensten door personen met een handicap*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vlaams Overleg Spelotheken. (n.d.). *Spelotheken*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.spelotheken.be/>.
- Vlaamse wetenschappelijke vereniging voor jeugdgezondheidszorg. (n.d.). *Referentiecentrum autismspectrumstoornissen*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van [https://www.vwvj.be/Nl/Referentiecentrum-Autismspectrumstoornissen#:~:Text=Een%20referentiecentrum%20autismspectrumstoornissen%20\(RCA\)%20is,Met%20een%20diagnose%20van%20autisme](https://www.vwvj.be/Nl/Referentiecentrum-Autismspectrumstoornissen#:~:Text=Een%20referentiecentrum%20autismspectrumstoornissen%20(RCA)%20is,Met%20een%20diagnose%20van%20autisme).



- Vlaanderen. (n.d.-a). *CAW: Centrum voor Algemeen Welzijnswerk*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.vlaanderen.be/Gezondheid-En-Welzijn/Gezondheid/Zorg-Vinden/Caw-Centrum-Voor-Algemeen-Welzijnswerk>.
- Vlaanderen. (n.d.-b). *Centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB)*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.vlaanderen.be/Onderwijs-En-Vorming/Ondersteuning-En-Begeleiding-Voor-Leerlingen-Cursisten-En-Studenten/Basis-En-Secundair-Onderwijs/Centrum-Voor-Leerlingenbegeleiding>.
- Vlaanderen. (n.d.-c). *Leersteun voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.vlaanderen.be/Onderwijs-En-Vorming/Ondersteuning-En-Begeleiding-Voor-Leerlingen-Cursisten-En-Studenten/Basis-En-Secundair-Onderwijs/Leersteun-Voor-Leerlingen-Met-Specifieke-Onderwijsbehoeften>.
- Vlaanderen. (n.d.-d). *Ondersteuning en begeleiding in het buitengewoon onderwijs*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.vlaanderen.be/Onderwijs-En-Vorming/Ondersteuning-En-Begeleiding-Voor-Leerlingen-Cursisten-En-Studenten/Basis-En-Secundair-Onderwijs/Buitengewoon-Onderwijs>.
- Vlaanderen. (n.d.-e). *Opvoedingslijn*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.vlaanderen.be/Gezin/Kinderen/Opvoeding/Opvoedingslijn>.
- Vlaanderen. (n.d.-f). *Ziekteverzekering*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.vlaanderen.be/Gezondheid-En-Welzijn/Gezondheid/Ziekteverzekering-En-Medische-Kosten/Ziekteverzekering>.
- Volksgezondheid. (n.d.). *Huisartsen*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.health.belgium.be/NL/Gezondheid/Zorgberoepen/Artsen-Tandartsen-En-Apothekers/Huisartsen>.
- Wardle, J. C. A. G., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), 963–970.
- Watson, S. L., Hayes, S. A., & Radford-Paz, E. (2011). "Diagnose me Please!": A Review of Research about the Journey and Initial Impact of Parents Seeking a Diagnosis of Developmental Disability for their Child (pp. 31–71). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386495-6.00002-3>



# Bijlagen

## 1 Bijlage 1: vragenlijst ouders

### Deel 1

Als eerste worden enkele algemene gegevens over u en uw kind met (een vermoeden van) een beperking) gevraagd. Wanneer u meerdere kinderen heeft met een vermoeden van een beperking die allen jonger dan 9 jaar oud zijn, mag u het oudste kind (maximaal 8 jaar) in het achterhoofd houden.

1. Wat is het geslacht van uw kind?

- Jongen
- Meisje

2. Wat is de leeftijd van uw kind, uitgedrukt in jaren?

3. Kan u aanduiden welke stelling het beste bij uw situatie past?

- Ik stel mij vragen over de ontwikkeling van mijn kind, maar heb geen nood aan een diagnose.
- Mijn omgeving/anderen stellen zich vragen over de ontwikkeling van mijn kind, maar ik heb geen nood aan een diagnose.
- Mijn omgeving/anderen stellen zich vragen over de ontwikkeling van mijn kind en een diagnostisch onderzoek is lopende.
- Ik stel mij vragen over de ontwikkeling van mijn kind en diagnostisch onderzoek is lopende.
- Er werd een beperking vastgesteld bij mijn kind.

*Indien "Er werd een beperking vastgesteld bij mijn kind" wordt aangeduid:*

3.1 Op welke leeftijd kreeg je kind deze diagnose?

*Indien "Ik stel mij vragen over de ontwikkeling van mijn kind en een diagnostisch onderzoek is lopende" of "Er werd een beperking vastgesteld bij mijn kind." wordt aangeduid.*

3.2 Welke diagnose kreeg uw kind of welke beperking wordt vermoed?

4. Vanaf welke leeftijd vermoedde u een beperking bij uw kind?

5. Waar verblijft uw kind overdag het grootste deel van de dagen?

- In een opvang (ook informele opvang zoals opvang bij grootouders, familieleden of burens mag hier ook onder gerekend worden)
- In een school
- Thuis
- Andere:

*5.1 Indien "In een opvang" wordt aangeduid:*

Naar welk type opvang gaat uw kind?

- Een reguliere groeps- of gezinsopvang (bv. kinderopvang, onthaalouder, crèche)
- Een inclusieve kinderopvang
- Een therapeutisch kinderdagverblijf/dagopvang in een MFC
- Informele opvang (bv. grootouders, burens)
- Andere

*5.2 Indien "In een school" wordt aangeduid:*

Naar welk type school gaat uw kind?

- Het buitengewoon onderwijs
- Het regulier onderwijs, zonder extra ondersteuning
- Het regulier onderwijs, met extra ondersteuning (met leersteun)
- Andere

*5.3 Indien "thuis" wordt aangeduid:*

Mijn kind wordt thuis opgevangen...

- omdat ik graag samen tijd met mijn kind spendeer
- omdat ik heb geen opvang nodig voor mijn kind
- omdat dat het beste aansluit bij de noden van mijn kind
- omdat mijn kind thuis wordt opgevangen door een informele opvang (bv. grootouder komt bij mij thuis oppassen)
- omdat er is geen plaats beschikbaar is voor ons kind in een opvang/school
- omwille van praktische redenen (bv. opvanguren komen niet overeen met werkuren)
- omwille van financiële redenen
- omdat ik geen vertrouwen heb in een opvang
- omdat de opvang/school de nodige ondersteuning/opvang niet kan geven
- omdat mijn kind thuis wordt opgevangen door een formele opvang (bv. nanny komt bij mij thuis oppassen)
- andere: ...

*5.4 Indien "buitengewoon onderwijs", "inclusieve kinderopvang" of "therapeutisch kinderdagverblijf/dagopvang in een MFC" werden aangeduid*

Waarom koos u voor deze vorm van opvang of onderwijs?

- Dat sluit het beste aan bij de noden van mijn kind
- Zo wordt mijn kind het beste voorbereid op het latere leven
- De reguliere opvang/school kan de nodige ondersteuning/opvang niet geven
- Dit werd mij aangeraden door een professional (bv. arts/therapeut)
- Om praktische redenen, bv. dichtbij, broer/zus gaat hier al, vervoer is geregeld...
- Therapie/begeleiding kan tijdens de schooluren gegeven worden
- Andere

*5.5 Indien "regulier onderwijs" of "regulier kinderopvang" werden aangeduid*

Waarom koos u voor deze vorm van opvang of onderwijs?

- Dat sluit het beste aan bij de noden van mijn kind
- Zo wordt mijn kind het beste voorbereid op het latere leven
- Dit werd mij aangeraden door een professional (bv. arts/therapeut)
- Om praktische redenen, bv. dichtbij, broer/zus gaat hier al...
- Omwille van wachtlijsten of plaatsgebrek in andere opvangvormen (bv. buitengewoon onderwijs)
- Ik wil graag dat mijn kind contact heeft met leeftijdsgenoten zonder beperking
- Ik wil graag dat mijn kind contact heeft met leeftijdsgenoten uit de buurt waar wij wonen
- Andere

**6. Heeft uw kind extra medische zorgen nodig?**

- Ja
- Nee

**7. Kan u onderstaande vragen met ja, misschien of nee beantwoorden? Ik zou momenteel extra ondersteuning kunnen gebruiken in verband met:**

- Informatie over hoe kinderen groeien en ontwikkelen
- Informatie over hoe ik kan spelen en praten met mijn kind
- Informatie over hoe ik mijn kind dingen kan aanleren
- Informatie over hoe ik met het gedrag van mijn kind om kan gaan
- Informatie over de beperking die mijn kind mogelijk heeft
- Informatie over diensten die momenteel beschikbaar zijn voor mijn kind
- Informatie over diensten die mijn kind in de toekomst mogelijk zal gebruiken
- Informatie over financiële ondersteuning
- Meer tijd voor mezelf te vinden

- Mij en mijn gezin te helpen om problemen te bespreken en oplossingen te vinden
- Mij en mijn gezin te helpen elkaar te steunen in moeilijke tijden
- Ontspannende te gezinsactiviteiten plannen en deze uitvoeren
- Het uitleggen van de beperking van mijn kind aan anderen
- Andere

8. Wat is het hoogst behaalde gezinsdiploma (het hoogste diploma van U of uw partner).

- Geen diploma of diploma lager onderwijs
- Lager secundair onderwijs
- Hoger secundair onderwijs
- Bachelordiploma
- Universitair onderwijs
- Andere

9. U mag de volgende stellingen scoren van 1 tot 5 door de schuiver te verplaatsen. 1 staat voor geldt niet, 5 voor geldt helemaal.

Ik en mijn gezin hebben regelmatig contact met andere buurtbewoners

Ik en mijn gezin hebben regelmatig contact met familieleden of vrienden

Wanneer ik of mijn gezin hulp nodig hebben kan ik een beroep doen op mijn bureu

Ik heb familieleden of vrienden bij wie ik terecht kunt wanneer er problemen zijn

Mijn vrienden of familieleden geven mij steun in moeilijke tijden

## Deel 2

Het tweede en laatste deel van de vragenlijst gaat over de hulpverlening die u ontvangt.

1. Welke van onderstaande diensten kent u? Duid alle diensten aan die u kent.

- Huisarts
- Ziekenfonds
- Speeltheek
- Babysit
- Oudervereniging/cliëntvereniging
- Opvoedingswinkel
- Huis van het kind
- Opvoedingslijn
- Kind en Gezin
- CLB
- Kinderopvang/school
- Leersteuncentrum/ondersteuningscentrum/GON
- CKG (centrum kindzorg en gezinsondersteuning)
- CAW (centrum algemeen welzijnswerk)
- Privé-therapeut (bv. kinesist, logopedist, psycholoog)
- Dienst voor thuisbegeleiding
- MFC (Multifunctioneel Centrum)
- COS (Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen)
- OBC (Observatie- en Behandelcentrum)
- CAR (Centrum voor Ambulante Revalidatie)
- Arts/team verbonden aan een ziekenhuis
- CGG (Centrum Geestelijke Gezondheidszorg)
- RCA (Referentiecentrum Autisme)
- Netwerkondersteuning (bv. 1 gezin 1 plan)
- Autisme Chat
- Persoonlijk assistent
- Andere

2. Van welke van onderstaande diensten ontvangt u **momenteel** ondersteuning voor het kind waarover u de vragenlijst invult? U kan meerdere antwoorden aanduiden

- Huisarts
- Ziekenfonds
- Speeltheek
- Babysit
- Oudervereniging/cliëntvereniging
- Opvoedingswinkel
- Huis van het kind
- Opvoedingslijn
- Kind en Gezin
- CLB
- Kinderopvang/school
- Leersteuncentrum/ondersteuningscentrum/GON
- CKG (centrum kindzorg en gezinsondersteuning)
- CAW (centra algemeen welzijnswerk)
- Privé-therapeut (bv. kinesist, logopedist, psycholoog)
- Dienst voor thuisbegeleiding
- MFC (Multifunctioneel Centrum)
- COS (Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen)
- OBC (Observatie- en Behandelcentrum)
- CAR (Centrum voor Ambulante Revalidatie)
- Arts/team verbonden aan een ziekenhuis
- CGG (Centrum Geestelijke Gezondheidszorg)
- RCA (Referentiecentrum Autisme)
- Netwerkondersteuning (bv. 1 gezin 1 plan)
- Autisme Chat
- Persoonlijk assistent
- Andere

*Wanneer "Kind en Gezin" wordt aangeduid:*

U ontvangt ondersteuning van Kind en Gezin. Welke is dit?

- De Kind en Gezinlijn en/of het spreekuur ouderschap en opvoeding
- De consultaties Kind en Gezin (bv. meten en wegen, vaccinaties, opvolging)
- Andere:

*Wanneer "De consultaties Kind en Gezin" niet wordt aangeduid:*

U ontvangt momenteel geen ondersteuning van het consultatiebureau van Kind en Gezin. Kan u aangeven waarom dit zo is? (meerdere kunnen aanduiden)

- Mijn kind is ouder dan 2,5 jaar, dus dit is niet meer van toepassing
- Mijn kind wordt voldoende opgevolgd door anderen (bv. pediater)
- Ik heb het gevoel dat Kind en Gezin niet genoeg kennis heeft over de beperking van mijn kind
- Het is praktisch niet te combineren met andere afspraken van mijn kind
- Ik had een negatieve ervaring
- Ik ken Kind en Gezin niet
- Andere

*Wanneer een dienst/organisatie wordt aangeduid:*

2.1 U ontvangt momenteel steun van x. Kan u hierover onderstaande vragen beantwoorden?

Hoe frequent is die ondersteuning ongeveer?

Jaarlijks

Halfjaarlijks

Om de drie maanden

Maandelijks  
 Om de twee weken  
 Wekelijks  
 Vaker dan wekelijks

## 2.2 Welke ondersteuning ontvangt u?

- Informatie en voorlichting (bv. bijeenkomsten rond bepaalde thema's, een folders rond bepaalde thema's)
- Praktische of instrumentele ondersteuning (bv. aanvraag en zoeken naar gepaste hulpmiddelen, aanvraag voor financiële ondersteuning of pedagogische boeken uitlenen)
- Emotionele steun (bv. een luisterend oor)
- Sociale steun en zelfhulp bevorderen (bv. ondersteuning om mensen in uw omgeving om steun te vragen, ondersteuning in het ontmoeten van andere ouders van kinderen met een beperking)
- Advies en training (bv. met een bepaald probleem aan de slag gaan)
- Ontwikkeling opvolgen
- Diagnostiek

## 2.3 Hoe oud was uw kind ongeveer toen de ondersteuning van x startte?

### 2.4 Hoe kwam u bij x terecht?

- We vonden x zelfstandig
- We werden doorverwezen (bijvoorbeeld door een huisarts, CLB...) door...

2.5 In welke mate was het uw eigen keuze om ondersteuning van x te krijgen? 0 staat voor helemaal niet, de omgeving (bv. familie, leerkracht) vond dit nodig, 5 voor helemaal mijn eigen keuze.

### 2.6 Hoe verliep de aanmelding bij x?

- Ik heb mijn kind onmiddellijk aangemeld toen ik werd verwezen naar/hoorde van x en ik werd snel geholpen
- Ik heb mijn kind onmiddellijk aangemeld toen ik werd verwezen naar/hoorde van x en ik kwam op een wachtlijst terecht
- Ik heb gewacht met aanmelden

### 2.7 Wanneer "Ik heb gewacht met aanmelden" wordt aangeduid:

U wachtte met aanmelden, kan u aangeven waarom dit was?

- Omdat ik twijfelde of dit de juiste optie was
- Omdat ik twijfelde of deze ondersteuning nodig was
- Omdat er lange wachtlijsten waren
- Omwille van praktische problemen
- Andere

3. Ontving u **ooit, maar nu niet meer**, ondersteuning van één van onderstaande diensten? U kan meerdere antwoorden aanduiden.

- Huisarts
- Ziekenfonds
- Speelothek
- Babysit
- Oudervereniging/cliëntvereniging
- Opvoedingswinkel
- Huis van het kind
- Opvoedingslijn
- Kind en Gezin
- CLB
- Kinderopvang/school
- Leersteuncentrum/ondersteuningscentrum/GON
- CKG (centrum kindzorg en gezinsondersteuning)

- CAW (centra algemeen welzijnswerk)
- Privé-therapeut (bv. kinesist, logopedist, psycholoog)
- Dienst voor thuisbegeleiding
- MFC (Multifunctioneel Centrum)
- COS (Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen)
- OBC (Observatie- en Behandelcentrum)
- CAR (Centrum voor Ambulante Revalidatie)
- Arts/team verbonden aan een ziekenhuis
- CGG (Centrum Geestelijke Gezondheidszorg)
- RCA (Referentiecentrum Autisme)
- Netwerkondersteuning (bv. 1 gezin 1 plan)
- Autisme Chat
- Persoonlijk assistent
- Andere

*Indien "Kind en Gezin" wordt aangeduid*

U ontving ondersteuning van Kind en Gezin. Welke was dit?

- De Kind en Gezinlijn en/of het spreekuur ouderschap en opvoeding
- De consultaties Kind en Gezin (bv. meten en wegen, vaccinaties, opvolging)
- Andere:

*Wanneer "De consultaties Kind en Gezin" niet werd aangeduid*

U ontving nooit ondersteuning van het consultatiebureau van Kind en Gezin. Kan u aangeven waarom dit zo is? (meerdere optie zijn mogelijk)

- Mijn kind werd voldoende opgevolgd door anderen (bv. pediater)
- Ik had het gevoel dat Kind en Gezin niet genoeg kennis heeft over de beperking van mijn kind
- Het was praktisch niet te combineren met andere afspraken van mijn kind
- Ik ken Kind en Gezin niet
- Andere

*Wanneer een dienst/organisatie wordt aangeduid:*

3.1 U ontving steun van x. Kan u hierover onderstaande vragen beantwoorden?

Hoe frequent was die ondersteuning ongeveer?

- Jaarlijks
- Halfjaarlijks
- Om de drie maanden
- Maandelijks
- Om de twee weken
- Wekelijks
- Vaker dan wekelijks

3.2 U ontving steun van x. Kan u hierover onderstaande vragen beantwoorden? Welke ondersteuning ontving u?

- Informatie en voorlichting (bv. bijeenkomsten rond bepaalde thema's, een folders rond bepaalde thema's)
- Praktische of instrumentele ondersteuning (bv. aanvraag en zoeken naar gepaste hulpmiddelen, aanvraag voor financiële ondersteuning of pedagogische boeken uitlenen)
- Emotionele steun (bv. een luisterend oor)
- Sociale steun en zelfhulp bevorderen (bv. ondersteuning om mensen in uw omgeving om steun te vragen, ondersteuning in het ontmoeten van andere ouders van kinderen met een beperking)
- Advies en training (bv. met een bepaald probleem aan de slag gaan)
- Ontwikkeling opvolgen
- Diagnostiek
- Andere

3.3 Hoe oud was uw kind toen de ondersteuning van x werd opgestart? U mag dit in jaren weergeven.



3.4 Hoe oud was uw kind toen de ondersteuning van x werd afgerond?

3.5 Hoe lang liep ondersteuning ongeveer (in maanden)?

3.6 Hoe kwam u bij x terecht?

- Ik kwam hier zelfstandig terecht
- We werden doorverwezen (bijvoorbeeld door een huisarts, CLB...) door...

3.7 In welke mate was het uw eigen keuze om ondersteuning van x te krijgen? 0 staat voor helemaal niet, 5 voor helemaal wel.

3.8 Hoe verliep de aanmelding bij x?

- Ik heb mijn kind onmiddellijk aangemeld toen ik werd verwezen naar/hoorde van x en ik werd snel geholpen
- Ik heb mijn kind onmiddellijk aangemeld toen ik werd verwezen naar/hoorde van x en ik kwam op een wachtlijst terecht
- Ik heb gewacht met aanmelden

3.9 Wanneer "We hebben gewacht met aanmelden" wordt aangeduid:

U wachtte met aanmelden, kan u aangeven waarom dit was?

- Omdat ik twijfelde of dit de juiste optie was
- Omdat ik twijfelde of deze ondersteuning nodig was
- Omdat er lange wachtlijsten waren
- Omwille van praktische problemen
- Andere

4. Is er een dienst waarvan u ooit ondersteuning wilde, maar deze nooit kreeg?

- Huisarts
- Ziekenfonds
- Speeltheek
- Babysit
- Oudervereniging/cliëntvereniging
- Opvoedingswinkel
- Huis van het kind
- Opvoedingslijn
- Kind en Gezin
- CLB
- Kinderopvang/school
- Leersteuncentrum/ondersteuningscentrum/GON
- CKG (centrum kindzorg en gezinsondersteuning)
- CAW (centra algemeen welzijnswerk)
- Privé-therapeut (bv. kinesist, logopedist, psycholoog)
- Dienst voor thuisbegeleiding
- MFC (Multifunctioneel Centrum)
- COS (Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen)
- OBC (Observatie- en Behandelcentrum)
- CAR (Centrum voor Ambulante Revalidatie)
- Arts/team verbonden aan een ziekenhuis
- CGG (Centrum Geestelijke Gezondheidszorg)
- RCA (Referentiecentrum Autisme)
- Netwerkondersteuning (bv. 1 gezin 1 plan)
- Autisme Chat
- Persoonlijk assistent
- Andere

## 2 Bijlage 2: vragenlijst professionals

### Deel 1

Als eerste worden enkele algemene gegevens gevraagd.

#### 1. Ben je

- Man
- Vrouw
- Andere

#### 2. Wat is uw leeftijd?

#### 3. Wat is uw hoogst behaalde diploma?

- Lager secundair onderwijs
- Hoger secundair onderwijs
- Professionele bachelor
- Masterdiploma
- Andere

#### 4. Om welk diploma gaat het?

*(Open vraag)*

#### 5. Hebt u een migratieachtergrond?

- Ja
- Nee

**6. Voor welke dienst of sector werkt u momenteel?** *Indien u meerdere functies combineert, mag u de dienst/sector/functie vermelden waar u het meest ervaring in hebt*

- Kind en Gezin
  - Verpleegkundige consultatiebureau
  - Arts consultatiebureau
  - Psycho-pedagogisch medewerker
  - Sociaal werker
  - Gezinsondersteuner
  - Andere, namelijk:
- CLB
  - Verpleegkundige
  - Arts
  - Psycho-pedagogisch medewerker
  - Andere, namelijk:
- Kleuteronderwijs
  - Kleuterleerkracht
  - Kinderverzorgster
  - Zorgleerkracht/zorgcoördinator
  - Andere, namelijk:
- Kinderopvang
  - Kinderbegeleider groepsopvang
  - Onthaalouder
  - Inclusiecoach
  - Pedagogische ondersteuner/verantwoordelijke verbonden aan een groepsopvang
  - Pedagogische ondersteuner/verantwoordelijke verbonden aan onthaalouders
  - Andere, namelijk:
- Arts
  - Pediater

- Huisarts
- Andere, namelijk:
- MFC
  - Arts
  - Begeleider/opvoeder
  - Paramedicus
  - Orthopedagoog/psycholoog
  - Andere, namelijk:

### 7. Hoeveel jaar ervaring hebt u in uw huidige functie?

*(Open vraag)*

### 8. Er volgen enkele stellingen die u mag scoren van 1 tot 4. 1 staat voor helemaal niet van toepassing, 2 voor eerder niet van toepassing, 3 voor eerder wel van toepassing en 4 voor helemaal wel van toepassing.

- Ik heb in mijn persoonlijke omgeving ervaring met kinderen met (een vermoeden van) een beperking.
- Ik heb professionele ervaring in het ondersteunen van kinderen met (een vermoeden van) een beperking en/of hun gezinnen.
- Ik heb professionele ervaring in het herkennen van een beperking bij kinderen.
- Ik heb ervaring in het diagnosticeren van een beperking bij kinderen.
- Ik voel mij zelfzeker in het delen van mijn bezorgdheden over het vermoeden van een specifieke ondersteuningsbehoefte bij een kind.
- Ik voel mij zelfzeker in het ondersteunen van kinderen met (een vermoeden van) een beperking en/of hun gezinnen.
- Ik vind dat kinderen met een beperking het beste binnen specialistische hulpverlening geholpen kunnen worden.

## Deel 2

In het tweede deel worden vragen op basis van de bijgevoegde casus gesteld.

*Er wordt at random 1 van de 8 vignetten (onderaan document) geselecteerd en hier getoond*

### 1. Indien bovenstaande omschrijving een casus zou zijn waar u professioneel tijdens uw dienstverlening mee te maken krijgt, in welke mate bent u dan bezorgd om het gedrag van het kind?

- Helemaal niet bezorgd
- Eerder niet bezorgd
- Eerder wel bezorgd
- Zeker wel bezorgd

*(Indien 'eerder wel bezorgd' of 'zeker wel bezorgd' wordt aangeduid)*

### Wat zou u zelf met deze bezorgdheid doen? U kan meerdere antwoorden aanduiden.

- Ik zou deze bezorgdheid verder uitklaren aan de hand van extra gegevens over dit gezin, dit kind en/of de ondersteuning die er in dit gezin al is geweest
  - Ik zou deze bezorgdheid verder in gesprek brengen met het gezin
  - Ik zou deze bezorgdheid overleggen met iemand (uit mijn team)
  - Andere: namelijk...
- ### 2. Schat u in dat het gezin geholpen zou zijn met ondersteuning op vlak van onderstaande gebieden? 1 staat voor helemaal niet eens, 2 voor eerder niet eens, 3 voor eerder wel eens en 4 voor zeker wel eens.
- Informatie en voorlichting (bv. bijeenkomsten rond bepaalde thema's, een folders rond bepaalde thema's)

- **Praktische of instrumentele ondersteuning** (bv. aanvraag en zoeken naar gepaste hulpmiddelen, aanvraag voor financiële ondersteuning of pedagogische boeken uitlenen)
- **Emotionele steun** (bv. een luisterend oor)
- **Sociale steun en zelfhulp bevorderen** (bv. ondersteuning om mensen in uw omgeving om steun te vragen, ondersteuning in het ontmoeten van andere ouders van kinderen met een beperking)
- **Advies en training** (bv. met een bepaald probleem aan de slag gaan)
- **Ontwikkeling opvolgen**
- **Diagnostiek**

- (indien 3 of 4 wordt aangeduid bij **'informatie en voorlichting'**) Kan het gezin ondersteund worden op vlak van informatie en voorlichting binnen de organisatie waarvoor u werkt (al dan niet door uzelf)?

- Ja
- Nee

- (indien ja wordt aangeduid) Zijn er daarnaast andere organisaties waar u als aanvulling naar zou doorverwijzen? (ja/nee vraag met open vraag als aanvulling bij 'ja')

- (indien nee wordt aangeduid) Naar welke organisatie zou u doorverwijzen? U mag de overkoepelende term van deze organisatie (bv. thuisbegeleidingsdienst) geven als u die kent, in plaats van de naam van een lokale organisatie (open vraag)

- (indien 3 of 4 wordt aangeduid bij **praktische of instrumentele ondersteuning**) Kan het gezin ondersteund worden op vlak van praktische of instrumentele ondersteuning binnen de organisatie waarvoor u werkt?

- Ja
- Nee

- (indien ja wordt aangeduid) Zijn er daarnaast andere organisaties waar u als aanvulling naar zou doorverwijzen? (ja/nee vraag met open vraag als aanvulling bij 'ja')

- (indien nee wordt aangeduid) Naar welke organisatie zou u doorverwijzen voor ondersteuning op vlak van praktische of instrumentele ondersteuning? U mag de overkoepelende term van deze organisatie (bv. thuisbegeleidingsdienst) geven als u die kent, in plaats van de naam van een lokale organisatie (open vraag)

- (indien 3 of 4 wordt aangeduid bij **emotionele steun**) Kan het gezin ondersteund worden op vlak van emotionele steun binnen de organisatie waarvoor u werkt?

- Ja
- Nee

- (indien ja wordt aangeduid) Zijn er daarnaast andere organisaties waar u als aanvulling naar zou doorverwijzen? (ja/nee vraag met open vraag als aanvulling bij 'ja')

- (indien nee wordt aangeduid) Naar welke organisatie zou u doorverwijzen voor ondersteuning op vlak van emotionele steun? U mag de overkoepelende term van deze organisatie (bv. thuisbegeleidingsdienst) geven als u die kent, in plaats van de naam van een lokale organisatie (open vraag)

- (indien 3 of 4 wordt aangeduid **sociale steun en zelfhulp bevorderen**) Kan het gezin ondersteund worden op vlak van sociale steun en zelfhulp bevorderen binnen de organisatie waarvoor u werkt?

- Ja
- Nee

- (indien ja wordt aangeduid) Zijn er daarnaast andere organisaties waar u als aanvulling naar zou doorverwijzen? (ja/nee vraag met open vraag als aanvulling bij 'ja')

- (indien nee wordt aangeduid) Naar welke organisatie zou u doorverwijzen voor ondersteuning op vlak van sociale steun en zelfhulp bevorderen? U mag de overkoepelende term van deze organisatie (bv. thuisbegeleidingsdienst) geven als u die kent, in plaats van de

naam van een lokale organisatie (*open vraag*)

- (*indien 3 of 4 wordt aangeduid bij **advies en training***) Kan het gezin ondersteund worden op vlak van advies en training binnen de organisatie waarvoor u werkt?

- Ja
- Nee

- (*indien ja wordt aangeduid*) Zijn er daarnaast andere organisaties waar u als aanvulling naar zou doorverwijzen? (*ja/nee vraag met open vraag als aanvulling bij 'ja'*)

- (*indien nee wordt aangeduid*) Naar welke organisatie zou u doorverwijzen voor ondersteuning op vlak van advies en training? U mag de overkoepelende term van deze organisatie (bv. thuisbegeleidingsdienst) geven als u die kent, in plaats van de naam van een lokale organisatie (*open vraag*)

- (*indien 3 of 4 wordt aangeduid bij **ontwikkeling opvolgen***) Kan het gezin ondersteund worden op vlak van ontwikkeling opvolgen binnen de organisatie waarvoor u werkt?

- Ja
- Nee

- (*indien ja wordt aangeduid*) Zijn er daarnaast andere organisaties waar u als aanvulling naar zou doorverwijzen? (*ja/nee vraag met open vraag als aanvulling bij 'ja'*)

- (*indien nee wordt aangeduid*) Naar welke organisatie zou u doorverwijzen voor ondersteuning van vlak van ontwikkeling opvolgen? U mag de overkoepelende term van deze organisatie (bv. thuisbegeleidingsdienst) geven als u die kent, in plaats van de naam van een lokale organisatie (*open vraag*)

- (*indien 3 of 4 wordt aangeduid bij **diagnostiek***) Kan het gezin ondersteund worden op vlak van diagnostiek binnen de organisatie waarvoor u werkt?

- Ja
- Nee

- (*indien ja wordt aangeduid*) Zijn er daarnaast andere organisaties waar u als aanvulling naar zou doorverwijzen? (*ja/nee vraag met open vraag als aanvulling bij 'ja'*)

- (*indien nee wordt aangeduid*) Naar welke organisatie zou u doorverwijzen voor ondersteuning op vlak van diagnostiek? U mag de overkoepelende term van deze organisatie (bv. thuisbegeleidingsdienst) geven als u die kent, in plaats van de naam van een lokale organisatie (*open vraag*)

**3. Wanneer u zelf aan de slag gaat met het gezin in deze casus, op welke vlakken zou u een nood aan extra ondersteuning ervaren? 1 staat voor helemaal geen nood, 2 voor eerder geen nood, 3 voor eerder wel nood en 4 voor zeker nood.**

- **Informatie en voorlichting** (bv. bijeenkomsten rond bepaalde thema's, een folders rond bepaalde thema's)

- **Praktische of instrumentele ondersteuning** (bv. aanvraag en zoeken naar gepaste hulpmiddelen, aanvraag voor financiële ondersteuning of pedagogische boeken uitlenen)

- **Emotionele steun** (bv. een luisterend oor)

- **Sociale steun en zelfhulp bevorderen** (bv. ondersteuning om mensen in hun omgeving om steun te vragen, ondersteuning in het ontmoeten van andere ouders van kinderen met een beperking)

- **Advies en training** (bv. met een bepaald probleem aan de slag gaan)

- **Ontwikkeling opvolgen**

- **Diagnostiek**

**4. Kan u ondersteund worden op deze net vernoemde vlakken binnen de organisatie waarvoor u werkt?**

- Helemaal niet
- Eerder niet

- Eerder wel
- Zeker wel

**5. Zijn er (daarnaast) organisaties waar u raad zou vragen? U mag de overkoepelende term van deze organisatie (bv. thuisbegeleidingsdienst) geven als u die kent, in plaats van de naam van een lokale organisatie**

- Ja, namelijk:
- Nee

#### **VIGNET**

1. Lina is een peuter van ongeveer 2,5 jaar oud. Ze eet vaak traag, het tempo van eten neemt ook af tijdens de maaltijd. Ze geeft snel aan dat ze genoeg heeft. Eén maaltijd duurt meestal iets meer dan een half uur. Ze weigert voedsel dat ze niet kent en besluit al voor ze het proefde dat ze het niet lust. Ze eet maar een beperkt aantal soorten groenten en fruit. Lina voelt jonger aan in interactie. Ze was 20 maanden oud wanneer ze haar eerste woordjes zei. Momenteel gebruikt ze nog geen driewoordzinnen. Wanneer haar gevraagd wordt een aantal lichaamsdelen (haren, ogen, mond, handen, buik en voeten) aan te wijzen, lukt haar dat voor vier lichaamsdelen. Lina's moeder is huismoeder, haar vader is werkzoekend. De ouders maken zich zorgen om Lina.

*(Achterstand, lage SES, bezorgdheid ouders)*

2. Lina is een peuter van ongeveer 2,5 jaar oud. Ze eet vaak traag, het tempo van eten neemt ook af tijdens de maaltijd. Ze geeft snel aan dat ze genoeg heeft. Eén maaltijd duurt meestal iets meer dan een half uur. Ze weigert voedsel dat ze niet kent en besluit al voor ze het proefde dat ze het niet lust. Ze eet maar een beperkt aantal soorten groenten en fruit. Lina zei haar eerste woordjes wanneer ze ongeveer één jaar was en spreekt momenteel in 3-a-4-woordzinnen. Ze kan vlot lichaamsdelen aanduiden, bijvoorbeeld haren, ogen, mond, handen, buik en voeten. Wanneer Lina's moeder is huismoeder, haar vader is werkzoekend. De ouders maken zich zorgen om Lina.

*(Geen achterstand, lage SES, bezorgdheid ouders)*

3. Lina is een peuter van ongeveer 2,5 jaar oud. Ze eet vaak traag, het tempo van eten neemt ook af tijdens de maaltijd. Ze geeft snel aan dat ze genoeg heeft. Eén maaltijd duurt meestal iets meer dan een half uur. Ze weigert voedsel dat ze niet kent en besluit al voor ze het proefde dat ze het niet lust. Ze eet maar een beperkt aantal soorten groenten en fruit. Lina voelt jonger aan in interactie. Ze was 20 maanden oud wanneer ze haar eerste woordjes zei. Momenteel gebruikt ze nog geen driewoordzinnen. Wanneer haar gevraagd wordt een aantal lichaamsdelen (haren, ogen, mond, handen, buik en voeten) aan te wijzen, lukt haar dat voor vier lichaamsdelen. Lina's moeder is leerkracht, haar vader werkt voor een multinational. De ouders maken zich zorgen om Lina.

*(Achterstand, hoge SES, bezorgdheid ouders)*

4. Lina is een peuter van ongeveer 2,5 jaar oud. Ze eet vaak traag, het tempo van eten neemt ook af tijdens de maaltijd. Ze geeft snel aan dat ze genoeg heeft. Eén maaltijd duurt meestal iets meer dan een half uur. Ze weigert voedsel dat ze niet kent en besluit al voor ze het proefde dat ze het niet lust. Ze eet maar een beperkt aantal soorten groenten en fruit. Lina zei haar eerste woordjes wanneer ze ongeveer één jaar was en spreekt momenteel in 3-a-4-woordzinnen. Ze kan vlot lichaamsdelen aanduiden, bijvoorbeeld haren, ogen, mond, handen, buik en voeten. Lina's moeder is leerkracht, haar vader werkt voor een multinational. De ouders maken zich zorgen om Lina.

*(Geen achterstand, hoge SES, bezorgdheid ouders)*

5. Lina is een peuter van ongeveer 2,5 jaar oud. Ze eet vaak traag, het tempo van eten neemt ook af tijdens de maaltijd. Ze geeft snel aan dat ze genoeg heeft. Eén maaltijd duurt meestal iets meer dan

een half uur. Ze weigert voedsel dat ze niet kent en besluit al voor ze het proefde dat ze het niet lust. Ze eet maar een beperkt aantal soorten groenten en fruit. Lina voelt jonger aan in interactie. Ze was 20 maanden oud wanneer ze haar eerste woordjes zei. Momenteel gebruikt ze nog geen driewoordzinnen. Wanneer haar gevraagd wordt een aantal lichaamsdelen (haren, ogen, mond, handen, buik en voeten) aan te wijzen, lukt haar dat voor vier lichaamsdelen. Lina's moeder is leerkracht, haar vader werkt voor een multinational. De ouders maken zich geen zorgen om Lina.  
*(Achterstand, hoge SES, geen bezorgdheid ouders)*

6. Lina is een peuter van ongeveer 2,5 jaar oud. Ze eet vaak traag, het tempo van eten neemt ook af tijdens de maaltijd. Ze geeft snel aan dat ze genoeg heeft. Eén maaltijd duurt meestal iets meer dan een half uur. Ze weigert voedsel dat ze niet kent en besluit al voor ze het proefde dat ze het niet lust. Ze eet maar een beperkt aantal soorten groenten en fruit. Lina zei haar eerste woordjes wanneer ze ongeveer één jaar was en spreekt momenteel in 3-a-4-woordzinnen. Ze kan vlot lichaamsdelen aanduiden, bijvoorbeeld haren, ogen, mond, handen, buik en voeten. Lina's moeder is leerkracht, haar vader werkt voor een multinational. De ouders maken zich geen zorgen om Lina.  
*(Geen achterstand, hoge SES, geen bezorgdheid ouders)*

7. Lina is een peuter van ongeveer 2,5 jaar oud. Ze eet vaak traag, het tempo van eten neemt ook af tijdens de maaltijd. Ze geeft snel aan dat ze genoeg heeft. Eén maaltijd duurt meestal iets meer dan een half uur. Ze weigert voedsel dat ze niet kent en besluit al voor ze het proefde dat ze het niet lust. Ze eet maar een beperkt aantal soorten groenten en fruit. Lina voelt jonger aan in interactie. Ze was 20 maanden oud wanneer ze haar eerste woordjes zei. Momenteel gebruikt ze nog geen driewoordzinnen. Wanneer haar gevraagd wordt een aantal lichaamsdelen (haren, ogen, mond, handen, buik en voeten) aan te wijzen, lukt haar dat voor vier lichaamsdelen. Lina's moeder is huismoeder, haar vader is werkzoekend. De ouders maken zich geen zorgen om Lina.  
*(Achterstand, lage SES, geen bezorgdheid ouders)*

8. Lina is een peuter van ongeveer 2,5 jaar oud. Ze eet vaak traag, het tempo van eten neemt ook af tijdens de maaltijd. Ze geeft snel aan dat ze genoeg heeft. Eén maaltijd duurt meestal iets meer dan een half uur. Ze weigert voedsel dat ze niet kent en besluit al voor ze het proefde dat ze het niet lust. Ze eet maar een beperkt aantal soorten groenten en fruit. Lina zei haar eerste woordjes wanneer ze ongeveer één jaar was en spreekt momenteel in 3-a-4-woordzinnen. Ze kan vlot lichaamsdelen aanduiden, bijvoorbeeld haren, ogen, mond, handen, buik en voeten. Lina's moeder is huismoeder, haar vader is werkzoekend. De ouders maken zich geen zorgen om Lina.  
*(Geen achterstand, lage SES, geen bezorgdheid ouders)*

### 3 Bijlage 3: vragenlijstonderzoek ouders: overzicht diensten en ondersteuning

In onderstaande tabel worden de bevraagde diensten apart weergegeven. Er kan onder meer in afgelezen worden hoe vaak er ondersteuning van een dienst gekregen wordt, welke ondersteuning dit is, of ouders doorverwezen werden en of het de eigen keuze was ondersteuning te krijgen van deze dienst. Ook hoe oud de kinderen waren bij een opstart en bij eventueel afronden wordt weergegeven.

Tabel 31 Overzicht gebruik diensten vragenlijst ouders (bijlage)

	Huisarts (n=217)	Ziekenfonds (n=153)	Speeltheek (n=18)
Frequentie: jaarlijks	40 (18,4%)	57 (37,3%)	3 (16,7%)
Frequentie: halfjaarlijks	50 (23,0%)	34 (22,2%)	1 (5,6%)
Frequentie: drie maandelijks	68 (31,3%)	12 (7,8%)	4 3 (16,7%)
Frequentie: maandelijks	44 (20,3%)	43 (28,1%)	9 (50%)
Frequentie: om de twee weken	5 (2,3%)	3 (2%)	0 (0%)
Frequentie: wekelijks	6 (2,8%)	1 (0,7%)	1 (5,6%)
Frequentie: vaker dan wekelijks	4 (1,8%)	3 (2%)	0 (0%)
Ondersteuning: informatie en voorlichting	25 (11,5%)	33 (21,6%)	1 (5,6%)
Praktische of instrumentele ondersteuning	37 (17,1%)	93 (60,8%)	5 (27,8%)
Emotionele steun	98 (45,2%)	5 (3,3%)	1 (5,6%)
Sociale steun	13 (6%)	4 (2,6%)	1 (5,6%)
Advies	20 (9,2%)	11 (7,2%)	1 (5,6%)
Ontwikkeling	87 (40,1%)	1 (0,7%)	3 (16,7%)
Diagnostiek	64 (29,5%)	2 (1,3%)	0 (0%)
Andere ondersteuning	47 (21,7%)	45 (29,4%)	10 (55,6)
	Ziekte 47 (21,7%)	Financieel 45 (29,4%)	Speelgoed uitlenen 10
Leeftijd start	1,33 (SD=1,79, range 0-7)	1,73 (SD=2,09, range 0-7)	2,26 (SD=2,26, range 0-6)
Leeftijd einde indien afgerond	4,44 (SD=2,21, range 1-8)	3,67 (SD=1,35, range 1-5)	3,67 (SD=3,67, range 2-6)
Duur ondersteuning indien afgerond	1,41 (SD=1,28, range 0-7)	1,67, SD=1,09, range 0-3)	1,6 (SD=1,60, range 1-3)



Zelfstandig	198 (91,2%)	112 (73,2%)	7 (38,9%)
Doorverwezen	19 (8,8%)	41 (26,8%)	11 (61,1%)
	OCMW 2 Familie/kennissen 1 CLB 1 Thuisbegeleidingsdienst 1	Arts/team ziekenhuis: 4 CAR 2 COS 1 K&G 2 OCMW 1 School 1 Thuisbegeleiding 6	Arts/team ziekenhuis: 1 Thuisbegeleiding 4 K&G 1 Therapeut 1 School 1
Eigen keuze: helemaal niet	2 (0,9%)	6 (3,9%)	3 (16,7%)
Eigen keuze: eerder niet	3 (1,4%)	5 (3,3%)	0 (0%)
Eigen keuze: neutraal	21 (9,7%)	31 (20,3%)	3 (16,7%)
Eigen keuze: eerder wel	44 (20,3%)	24 (9,8%)	2 (11,1%)
Eigen keuze: helemaal	147 (67,7%)	96 (62,7%)	10 (55,6%)
Aanmelding: onmiddellijk geholpen	130 (59,9%)	102 (66,7%)	15 (83,3%)
Aanmelding: wachtlijst	8 (3,7%)	16 (10,5%)	0 (0%)
Gewacht met aanmelden	5 (2,3%)	2 (1,3%)	0 (0%)
Aanmelding; anders	74 (34,1%)	33 (21,6%)	3 (16,7%)
Wachten omwille van twijfel juist	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0%)
Wachten omwille twijfel nodig	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Wachten omwille wachtlijsten	2 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Wachten praktisch	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Wachten andere	2 (0,9%)	1 (0,7%)	0 (0%)
	Babysit (n=40)	Oudervereniging of cliëntvereniging (n=10)	Opvoedingswinkel (n=3)
Frequentie: jaarlijks	1 (2,5%)	2 (20%)	2

Frequentie: halfjaarlijks	3 (7,5%)	1 (10%)	0
Frequentie: drie maandelijks	13 (32,5%)	4 (40%)	0
Frequentie: maandelijks	12 (30%)	3 (30%)	0
Frequentie: om de twee weken	2 (5%)	0 (0%)	0
Frequentie: wekelijks	9 (22,5%)	0 (0%)	1
Frequentie: vaker dan wekelijks	0 (0%)	0 (0%)	0
Ondersteuning: informatie en voorlichting	1 (2,5%)	8 (80%)	2
Praktische of instrumentele ondersteuning	4 (10%)	3 (30%)	0
Emotionele steun	2 (5%)	7 (70%)	1
Sociale	4 (0%)	3 (30%)	0
Advies	0 (0%)	4 (40%)	1
Ontwikkeling	0 (0%)	1 (10%)	0
Diagnostiek	0 (0%)	0 (0%)	0
Andere ondersteuning	34 (85%)	2 (20%)	1
	Oppas 26 Gedeelde zorg 2 Zelfzorg, me-time, tijd als koppel 6	Herkenbaarheid 1	Opvoedingsondersteuning : workshop
Leeftijd start	2,4 (SD=1,72, range 0-6)	2 (SD=1,7, range 0-5)	2,67 (SD=2,08, range 1-5)
Leeftijd einde indien afgerond	4 (SD=1,51, range 2-6)		
Duur ondersteuning indien afgerond	2,13 (SD=1,36, range 1-5)		
Zelfstandig	35 (87,5%)	7 (70%)	1
Doorverwezen	6 (15%)	3 (30%)	2
	Gezinsbond 2 Ziekenfonds 1 Huisarts 1	Ziekenhuis 1 Thuisbegeleiding 1	School 1
Eigen keuze: helemaal niet	0 (0%)	0 (0%)	0

Eigen keuze: eerder niet	2 (5%)	0 (0%)	0
Eigen keuze: neutraal	4 (10%)	2 (20%)	0
Eigen keuze: eerder wel	2 (5%)	2 (20%)	0
Eigen keuze: helemaal	32 (80%)	6 (60%)	3
Aanmelding: onmiddellijk geholpen	21 (52,5%)	8 (80%)	1
Aanmelding: wachtlijst	1 (2,5%)	0 (0%)	0
Gewacht met aanmelden	3 (7,5%)	0 (0%)	0
Aanmelding; anders	15 (37,5%)	0 (0%)	2
Wachten omwille van twijfel juist	0 (0%)	0 (0%)	0
Wachten omwille twijfel nodig	2 (5%)	0 (0%)	0
Wachten omwille wachtlijsten	0 (0%)	0 (0%)	0
Wachten praktisch	1 (2,5%)	0 (0%)	0
Wachten andere	0 (0%)	0 (0%)	0
	Huis van het Kind (n=21)	Opvoedingslijn (n=1)	Kind en Gezin (n=166)
Frequentie: jaarlijks	10 (47,6%)	1	30 (18,1%)
Frequentie: halfjaarlijks	1 (4,8%)	0	34 (20,5%)
Frequentie: drie maandelijks	5 (23,8%)	0	72 (43,4%)
Frequentie: maandelijks	5 (23,8%)	0	38 (22,9%)
Frequentie: om de twee weken	0 (0%)	0	2 (1,2%)
Frequentie: wekelijks	0 (0%)	0	0 (0%)
Frequentie: vaker dan wekelijks	0 (0%)	0	0 (0%)

Ondersteuning: informatie en voorlichting	12 (57,1%)	0	46 (27,7%)
Praktische of instrumentele ondersteuning	7 (33,3%)	0	18 (10,8%)
Emotionele steun	4 (19%)	1	26 (15,7%)
Sociale	1 (4,8%)	0	7 (4,2%)
Advies	7 (33,3%)	0	22 (13,3%)
Ontwikkeling	8 (38,1%)	0	110 (66,3%)
Diagnostiek	1 (4,8%)	0	8 (4,8%)
Andere ondersteuning	3 (14,3%)	0	33 (19,9%)
	Aanmelding kinderopvang 1		Vaccinaties 12 Oog- en oortest: 4 Doorverwijzing 1
Leeftijd start	1,83 (SD=2,24, range 0-7)	6	0,16 (SD=0,49, range 0-3)
Leeftijd einde indien afgerond	2,78 (SD=1,41, range 1-5)	6	2,25 (SD=0,83, range 0-5)
Duur ondersteuning indien afgerond	1,36 (SD=0,76, range 0-3)	1 telefoongesprek	2,20 (SD=0,82, range 0-5)
Zelfstandig	9 (42,9%)	1	42 (25,3%)
Gecontacteerd door Kind en Gezin			108 (65,1%)
Doorverwezen	13 (61,9%)		27 (16,3%)
	K&G 3 OCMW 1 Vroedvrouw 1		Gecontacteerd door K&G: 108 Materniteit: 6 Pediater: 1 OCMW: 2
Eigen keuze: helemaal niet	0 (0%)		16 (9,6%)
Eigen keuze: eerder niet	1 (4,8%)		22 (13,3%)
Eigen keuze: neutraal	5 (23,8%)		50 (30,1%)
Eigen keuze: eerder wel	6 (28,6%)		21 (12,7%)
Eigen keuze: helemaal	9 (42,9%)	1	57 (34,3%)

Aanmelding: onmiddellijk geholpen	12 (57,1%)	1	131 (78,9%)
Aanmelding: wachtlijst	2 (9,5%)		5 (3%)
Gewacht met aanmelden	1 (4,8%)		2 (1,2%)
Aanmelding; anders	6 (28,6%)		28 (16,9%)
Wachten omwille van twijfel juist	0 (0%)		1 (0,6%)
Wachten omwille twijfel nodig	0 (0%)		0 (0%)
Wachten omwille wachtlijsten	0 (0%)		1 (0,6%)
Wachten praktisch	0 (0%)		0 (0%)
Wachten andere	1 (4,8%)		1 (0,6%)
	CLB (n=147)	Kinderopvang/school (n=201)	Leersteuncentrum (n=62)
Frequentie: jaarlijks	49 (33,3%)	9 (4,5%)	2 (3,2%)
Frequentie: halfjaarlijks	32 (21,8%)	8 (4%)	1 (1,6%)
Frequentie: drie maandelijks	42 (28,6%)	28 (13,9%)	3 (4,8%)
Frequentie: maandelijks	14 (9,5%)	12 (6%)	3 (4,8%)
Frequentie: om de twee weken	3 (2%)	7 (3,5%)	4 (6,5%)
Frequentie: wekelijks	6 (4,1%)	44 (21,9%)	40 (64,5%)
Frequentie: vaker dan wekelijks	1 (0,7%)	92 (46,3%)	9 (14,5%)
Ondersteuning: informatie en voorlichting	37 (25,2%)	50 (24,9%)	17 (27,4%)
Praktische of instrumentele ondersteuning	46 (31,3%)	66 (32,8%)	23 (37,1%)
Emotionele steun	17 (11,6%)	70 (34,8%)	15 (24,2%)
Sociale	10 (6,8%)	40 (19,9%)	6 (9,7%)
Advies	38 (25,9%)	62 (30,8%)	33 (53,2%)

Ontwikkeling	88 (59,9%)	136 (67,7%)	38 (61,3%)
Diagnostiek	17 (11,6%)	18 (9%)	7 (11,3%)
Andere ondersteuning	31 (21,1%)	47 (23,4%)	21 (33,9%)
	Aanmelden buitengewoon onderwijs, GON, POAH: 7	Expertise handicap 1 (0,5%) Aanpassingen 3 (1,5%) Zorg 8 (4%)	Ondersteuning in de klas: 15 (24,2%)
	Prior aanvraag: 1 Ondersteuning schoolkeuze: 2		
	Doorverwijzing: 2 Hulp aan/op school: 19 Vaccinaties: 1		
Leeftijd start	3,27 (SD=0,97, range 2-6)	2,94 (SD=1,60, range 0-7)	3,74 (SD=1,35, range 3-7)
Leeftijd einde indien afgerond	4,61 (SD=1,47, range 2-8)	4,14 (SD=2,16, range 1-8)	4,74 (SD=1,18, range 3-7)
Duur ondersteuning indien afgerond	1,57 (SD=1,46, range 0-6)	1,83 (SD=1,02, range 1-4)	1,22 (SD=0,68, range 0-3)
Zelfstandig	46 (31,3%)	134 (66,7%)	12 (19,4%)
Doorverwezen	105 (71,4%)	74 (36,8%)	53 (85,5%)
	School: 64 MFC: 2 Thuisbegeleiding: 2 OCMW: 1 Mutualiteit: 1	CLB: 12 (6%) COS 3 (1,5%) Arts/team ziekenhuis: 7 (3,5%) OCMW: 1 (0,5%) Thuisbegeleiding: 2 (1%) CAR: 1 (0,5%) Thuisbegeleider: 11 (5,5%) Huis van het kind: 1 (0,5%)	School: 19 (30,6%) CLB: 13 (21%) COS: 1 (1,6%) CAR: 1 (1,6%) Thuisbegeleiding: 5 (8,1%)
Eigen keuze: helemaal niet	14 (9,5%)	7 (3,5%)	2 (3,2%)
Eigen keuze: eerder niet	15 (10,2%)	2 (1%)	6 (9,7%)
Eigen keuze: neutraal	46 (31,3%)	21 (10,4%)	11 (17,7%)
Eigen keuze: eerder wel	27 (18,4%)	38 (18,9%)	16 (25,8%)
Eigen keuze: helemaal	45 (30,6%)	132 (65,7%)	27 (43,5%)

Aanmelding: onmiddellijk geholpen	115 (78,2%)	128 (63,7%)	36 (58,1%)
Aanmelding: wachtlijst	21 (14,3%)	43 (21,4%)	17 (27,4%)
Gewacht met aanmelden	7 (4,8%)	1 (0,5%)	1 (1,6%)
Aanmelding; anders	4 (2,7%)	29 (14,4%)	
Wachten omwille van twijfel juist	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,6%)
Wachten omwille twijfel nodig	2 (1,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Wachten omwille wachtlijsten	1 (0,7%)	1 (0,5%)	0 (0%)
Wachten praktisch	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Wachten andere	4 (2,7%)	0 (0%)	1 (1,6%)
	CKG (n=15)	CAW (n=5)	Privé-therapeut (n=165)
Frequentie: jaarlijks	3 (20%)	3 (60%)	2 (1,2%)
Frequentie: halfjaarlijks	1 (6,7%)	1 (20%)	6 (3,6%)
Frequentie: drie maandelijks	1 (6,7%)	0 (0%)	12 (7,3%)
Frequentie: maandelijks	2 (13,3%)	0 (0%)	15 (9,1%)
Frequentie: om de twee weken	2 (13,3%)	0 (0%)	16 (9,7%)
Frequentie: wekelijks	3 (20%)	0 (0%)	69 (41,8%)
Frequentie: vaker dan wekelijks	3 (20%)	1 (20%)	45 (27,3%)
Ondersteuning: informatie en voorlichting	4 (26,7%)	2 (,)	17 (10,3%)
Praktische of instrumentele ondersteuning	7 (46,7%)	0	34 (20,6%)
Emotionele steun	7 (46,7%)	2 (,)	50 (30,3%)
Sociale	5 (33,3%)	0	11 (6,7%)
Advies	7 (46,7%)	1 (,)	113 (68,5%)
Ontwikkeling	5 (33,3%)	0	104 (63%)

Diagnostiek	1 (6,7%)	0	35 (21,2%)
Andere ondersteuning	0 (0%)	1 (,)	28 (17%)
		Vluchthuis 1	Therapie 28 (17%)
Leeftijd start	4,5 (SD=2,17, range 1-7)	3,88 (SD=2,54, range 0-6)	3,24 (SD=2,39, range 0-8)
Leeftijd einde indien afgerond	5,05 (SD=1,89, range 2-8)	4,72 (SD=2,82, range 1-7)	4,55 (SD=2,13, range 2-9)
Duur ondersteuning indien afgerond	0,75 (SD=0,5, range 0-1)	0,84 (SD=0,35, range 0-1)	2,00 (SD=0,81, range 1-3)
Zelfstandig	0 (0%)	2 (,)	74 (44,8%)
Doorverwezen	15 (100%)	3 (,)	97 (58,8%)
	Rechtbank 1 Thuisbegeleiding 2	CLB 1 OCMW 1	Arts/team ziekenhuis: 23 Huisarts: 2 Pediater: 11 CAR 1 CLB 3 COS 7 OCMW 1 Thuisbegeleiding 7 school 3 K&G 2 Kinderopvang 1
Eigen keuze: helemaal niet	4 (26,7%)	1 20%	4 (2,4%)
Eigen keuze: eerder niet	3 (20%)	1 20%	4 (2,4%)
Eigen keuze: neutraal	4 (26,7%)	1 20%	15 (9,1%)
Eigen keuze: eerder wel	1 (6,7%)	1 20%	26 (15,8%)
Eigen keuze: helemaal	3 (20%)	1 20%	116 (70,3%)
Aanmelding: onmiddellijk geholpen	8 (53,3%)	4 80%	138 (83,6%)
Aanmelding: wachtlijst	4 (26,7%)	0 0%	24 (14,5%)
Gewacht met aanmelden	3 (20%)	1 20%	3 (1,8%)
Aanmelding; anders	0 (0%)	0	0 (0%)
Wachten omwille van twijfel juist	0 (0%)	0	1 (0,6%)



Wachten omwille twijfel nodig	0 (0%)	0	1 (0,6%)
Wachten omwille wachtlijsten	1 (6,7%)	0	1 (0,6%)
Wachten praktisch	0 (0%)	0	1 (0,6%)
Wachten andere	2 (13,3%)	0	0 (0%)
	Thuisbegeleiding (n=170)	MFC (n=71)	COS (n=133)
Frequentie: jaarlijks	1 (0,6%)	3 (4,2%)	91 (68,4%)
Frequentie: halfjaarlijks	7 (4,1%)	3 (4,2%)	27 (20,3%)
Frequentie: drie maandelijks	28 (16,4%)	6 (8,5%)	3 (2,3%)
Frequentie: maandelijks	85 (49,7%)	4 (5,6%)	7 (5,3%)
Frequentie: om de twee weken	40 (23,4%)	0 (0%)	3 (2,3%)
Frequentie: wekelijks	8 (4,7%)	11 (15,5%)	2 (1,5%)
Frequentie: vaker dan wekelijks	2 (1,2%)	44 (62%)	0 (0%)
Ondersteuning: informatie en voorlichting	107 (62,9%)	27 (38%)	32 (24,1%)
Praktische of instrumentele ondersteuning	122 (71,8%)	47 (66,2%)	26 (19,5%)
Emotionele steun	131 (77,1%)	37 (52,1%)	15 (11,28%)
Sociale	69 (40,6%)	26 (36,6%)	10 (7,5%)
Advies	125 (73,5%)	44 (62%)	29 (21,8%)
Ontwikkeling	101 (59,4%)	53 (74,6%)	90 (67,7%)
Diagnostiek	22 (12,9%)	18 (25,3%)	93 (70%)
Andere ondersteuning	9 (5,3%)	20 (28,1%)	5 (3,8%)
	Taalstimulatie 3 Administratie 1	Verblijf: 4 Dagopvang: 12	Doorverwijzing: 1
Leeftijd start	2,47 (SD=2,11, range 0-7)	3,28 (SD=1,95, range 0-8)	1,72 (SD=1,36, range 0-6)
Leeftijd einde indien afgerond	3,82 (SD=1,95, range 1-8)	4,83 (SD=1,52, range 2-6)	3,45 (SD=1,73, range 0-8)

Duur ondersteuning indien afgerond	1,52 (SD=1,25, range 0-7)	2,39 (SD=1,59, range 1-5)	1,55 (SD=1,37, range 0-6)
Zelfstandig	44 (25,9%)	18 (25,4%)	16 (12)
Doorverwezen	131 (77,1%)	53 (74,6%)	120 (90,2%)
	School: 5 Arts/team ziekenhuis; 37 Pediater: 3 Huisarts: 2 CAR: 3 CLB: 3  COS: 16 Privé-therapeut: 3 OCMW: 1	School: 8 arts/team ziekenhuis: 9 CLB: 3 COS: 8 Thuisbegeleiding: 7 Privé-therapeut: 4	Arts/team ziekenhuis: 48 Pediater: 15 Huisarts: 2  Privé-therapeut: 2  K&G: 3 Thuisbegeleiding: 5  School: 1 OCMW: 1 Kinderopvang: 1
Eigen keuze: helemaal niet	4 (2,3%)	2 (2,8%)	11 (8,3%)
Eigen keuze: eerder niet	10 (5,8%)	4 (5,6%)	13 (9,8%)
Eigen keuze: neutraal	22 (12,9%)	13 (18,3%)	26 (19,5%)
Eigen keuze: eerder wel	41 (24%)	12 (16,9%)	28 (21,1%)
Eigen keuze: helemaal	94 (55%)	40 (56,3%)	55 (41,4%)
Aanmelding: onmiddellijk geholpen	91 (53,2%)	41 (57,7%)	62 (46,6%)
Aanmelding: wachtlijst	78 (45,6%)	29 (40,8%)	70 (52,6%)
Gewacht met aanmelden	2 (1,2%)	1 (1,4%)	1 (0,8%)
Aanmelding; anders	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Wachten omwille van twijfel juist	1 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Wachten omwille twijfel nodig	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Wachten omwille wachtlijsten	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (0,8%)
Wachten praktisch	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Wachten andere	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)

	OBC (n=3)	CAR (n=76)	Arts/team verbonden aan een ziekenhuis (n=115)
Frequentie: jaarlijks	1	2 (2,6%)	19 (16,5%)
Frequentie: halfjaarlijks	1	2 (2,6%)	34 (29,6%)
Frequentie: drie maandelijks	0	1 (1,3%)	29 (25,2%)
Frequentie: maandelijks	0	1 (1,3%)	24 (20,9%)
Frequentie: om de twee weken	0	2 (2,6%)	3 (2,6%)
Frequentie: wekelijks	1	28 (36,8%)	3 (2,6%)
Frequentie: vaker dan wekelijks	0	40 (52,6%)	3 (2,6%)
Ondersteuning: informatie en voorlichting	0	34 (44,7%)	25 (21,7%)
Praktische of instrumentele ondersteuning	0	28 (36,8%)	38 (33%)
Emotionele steun	1	23 (30,3%)	28 (24,3%)
Sociale	1	14 (18,4%)	12 (10,4%)
Advies	1	53 (69,7%)	32 (27,8%)
Ontwikkeling	2	59 (77,6%)	94 (81,7%)
Diagnostiek	1	31 (40,8%)	72 (62,6%)
Andere ondersteuning	1	15 (19,7%)	14 (12,2%)
		Therapie: 12	Medische opvolging: 11
Leeftijd start	2,67 (SD=1,25, range 2-4)	3,26 (SD=1,9, range 0-8)	0,99 (SD=1,56, range 0-8)
Leeftijd einde indien afgerond	2,83 (SD=1,04, range 2-4)	4,44 (SD=1,35, rang 3-7)	4,67 (SD=1,32, range 3-7)
Duur ondersteuning indien afgerond	0,23 (SD=0,25, range 0-1)	1,45 (SD=0,86, range 0-3)	2,67 (SD=1,56, range 1-5)
Zelfstandig	2	14 (18,4%)	55 (47,8%)
Doorverwezen	1	63 (82,9%)	63 (54,8%)
		CLB 2 COS 13	COS: 3 CLB: 2
		Arts/team ziekenhuis: 11	K&G: 3 Arts/team ziekenhuis: 20

		School: 6 CLB: 2 Privé therapeut: 1 Thuisbegeleiding: 7	Pediater: 8 OCMW: 1 Privé-therapeut: 1 Huisarts: 4 Thuisbegeleider 1
Eigen keuze: helemaal niet	0	4 (5,3%)	6 (5,2%)
Eigen keuze: eerder niet	0	2 (2,6%)	3 (2,6%)
Eigen keuze: neutraal	1	6 (7,9%)	11 (9,6%)
Eigen keuze: eerder wel	0	17 (22,4%)	19 (16,5%)
Eigen keuze: helemaal	2	47 (61,8%)	76 (66,1%)
Aanmelding: onmiddellijk geholpen	1	36 (47,4)	83 (72,2%)
Aanmelding: wachtlijst	2	40 (52,6%)	21 (18,3%)
Gewacht met aanmelden	0	0	11 (9,6%)
Aanmelding; anders	0	0	0
Wachten omwille van twijfel juist	0	0	0
Wachten omwille twijfel nodig	0	0	0
Wachten omwille wachtlijsten	0	0	0
Wachten praktisch	0	0	0
Wachten andere	0	0	0
	CGG (n=5)	RCA (n=3)	Netwerkondersteuning (n=9)
Frequentie: jaarlijks	1	3	1 (11,1%)
Frequentie: halfjaarlijks	0	0	0
Frequentie: drie maandelijks	0	0	1 (11,1%)
Frequentie: maandelijks	2	0	1 (11,1%)

Frequentie: om de twee weken	2	0	2 (22,2%)
Frequentie: wekelijks	0	0	4 (44,4%)
Frequentie: vaker dan wekelijks	0	0	0 (0%)
Ondersteuning: informatie en voorlichting	1	2	2 (22,2%)
Praktische of instrumentele ondersteuning	0	1	3 (33,3%)
Emotionele steun	4	1	6 (66,7%)
Sociale	1	0	4 (44,4%)
Advies	0	0	4 (44,4%)
Ontwikkeling	1	1	3 (33,3%)
Diagnostiek	0	2	0 (0%)
Andere ondersteuning	0	0	3 (33,3%)
			Netwerkondersteuning: 2
Leeftijd start	4 (SD=3,56, range 0-7)	3,17 (SD=1,26, range 2-5)	3,61 (SD=1,65, range 2-7)
Leeftijd einde indien afgerond	3,37 (SD=4,12, range 0-8)		3,67 (SD=1,16, range 3-5)
Duur ondersteuning indien afgerond	0,43 (SD=0,49, range 0-1)		0,77 (SD=0,40, range 0-1)
Zelfstandig	1	1	3 (33,3%)
Doorverwezen	4	2	6 (66,7%)
	Huisarts: 1 Ziekenhuis: 2	Huisarts: 1 Ziekenhuis: 1	School: 1 Kind&Gezin: 2 Wijkgezondheidscentrum: 1
Eigen keuze: helemaal niet	0	0	0
Eigen keuze: eerder niet	0	1	0
Eigen keuze: neutraal	2	0	1 (11,1%)
Eigen keuze: eerder wel	1	1	2 (22,2%)
Eigen keuze: helemaal	2	1	6 (66,7%)

## Bijlagen

Aanmelding: onmiddellijk geholpen	1	2	7 (77,8%)
Aanmelding: wachtlijst	4	1	2 (22,2%)
Gewacht met aanmelden	0	0	0 (0%)
Aanmelding; anders	0	0	0 (0%)
Wachten omwille van twijfel juist	0	0	0 (0%)
Wachten omwille twijfel nodig	0	0	0 (0%)
Wachten omwille wachtlijsten	0	0	0 (0%)
Wachten praktisch	0	0	0 (0%)
Wachten andere	0	0	0 (0%)
	Autisme chat (n=5)	Persoonlijk assistent (n=25)	
Frequentie: jaarlijks	1	1 (4%)	
Frequentie: halfjaarlijks	0	0 (0%)	
Frequentie: drie maandelijks	2	0 (0%)	
Frequentie: maandelijks	1	4 (16%)	
Frequentie: om de twee weken	0	3 (12%)	
Frequentie: wekelijks	1	5 (20%)	
Frequentie: vaker dan wekelijks	0	14 (55%)	
Ondersteuning: informatie en voorlichting	4	3 (12%)	
Praktische of instrumentele ondersteuning	1	7 (28%)	
Emotionele steun	4	9 (36%)	
Sociale	0	12 (48%)	
Advies	2	7 (28%)	

Ontwikkeling	0	7 (28%)
Diagnostiek	0	1 (4%)
Andere ondersteuning	0	12 (48%)
		Dagelijkse hulp thuis: 11
		Ondersteuning school: 1
Leeftijd start	3,3 (sd=1,1, range 2-5)	4,28 (SD=1,79, range 2-7)
Leeftijd einde indien afgerond		5,63 (SD=2,28, range 3-8)
Duur ondersteuning indien afgerond		1,63 (SD=0,94, range 1-3)
Zelfstandig	4	18 (72%)
Doorverwezen	1	9 (36%)
	Thuisbegeleiding: 1	Mutualiteit: 1
		COS: 1
		Thuisbegeldiging: 1
		Huisarts: 1
Eigen keuze: helemaal niet	0	1 (3,7%)
Eigen keuze: eerder niet	0	1 (3,7%)
Eigen keuze: neutraal	1	0 (0%)
Eigen keuze: eerder wel	2	3 (11,1%)
Eigen keuze: helemaal	2	22 (81,5%)
Aanmelding: onmiddellijk geholpen	3	17 (63%)
Aanmelding: wachtlijst	2	10 (37%)
Gewacht met aanmelden	0	0 (0%)
Aanmelding; anders	0	0 (0%)
Wachten omwille van twijfel juist	0	0 (0%)
Wachten omwille twijfel nodig	0	0 (0%)

## Bijlagen

---

Wachten omwille wachlijsten	0	0 (0%)
Wachten praktisch	0	0 (0%)
Wachten andere	0	0 (0%)

---



#### 4 Bijlage 4: vragenlijstonderzoek professionals: inschatting per vignet

Er werden de respondenten enkele vragen gebaseerd op de casus voorgelegd. De eerste was “Indien bovenstaande omschrijving een casus zou zijn waar u professioneel tijdens uw dienstverlening mee te maken krijgt, in welke mate bent u dan bezorgd om het gedrag van het kind?” Nadien werd gevraagd te beoordelen of het gezin geholpen zou zijn met ondersteuning op een aantal domeinen. Er werd ook gevraagd of de professional zelf ondersteund zou willen worden indien deze zelf aan de slag zou gaan met de casus.

Als eerste wordt de beoordeling gegeven van 48 professionals die het basisvignet te lezen kregen waarin signalen van een eetproblematiek staan, waarbij de SES van de ouders hoog was, er geen bezorgdheid van de ouders was en een gemiddelde ontwikkeling van het kind weergegeven werd. Het merendeel van de professionals geeft aan helemaal niet (18,8%) of eerder niet (56,3%) bezorgd te zijn.

Tabel 32 Beoordeling vignet 1 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i> / <i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Bezorgdheid over casus		48
- Helemaal niet bezorgd	9 (18,8%)	
- Eerder niet bezorgd	27 (56,3%)	
- Eerder wel bezorgd	12 (25%)	
- Zeker wel bezorgd	0 (0%)	
Gezin geholpen informatie en voorlichting		48
- Helemaal niet	2 (4,2%)	
- Eerder niet	8 (16,7%)	
- Eerder wel	31 (64,6%)	
- Zeker wel	7 (14,6%)	
Gezin geholpen praktische/instrumentele ondersteuning		48
- Helemaal niet	15 (31,3%)	
- Eerder niet	18 (37,5%)	
- Eerder wel	14 (29,2%)	
- Zeker wel	1 (2,1%)	
Gezin geholpen emotionele steun		48
- Helemaal niet	1 (2,1%)	
- Eerder niet	6 (12,5%)	
- Eerder wel	19 (39,6%)	
- Zeker wel	22 (45,8%)	
Gezin geholpen sociale steun en zelfhulp		48
- Helemaal niet	15 (31,3%)	
- Eerder niet	12 (25%)	
- Eerder wel	15 (31,3%)	
- Zeker wel	6 (12,5%)	
Gezin geholpen advies en training		48
- Helemaal niet	6 (12,5%)	
- Eerder niet	15 (31,3%)	
- Eerder wel	17 (35,4%)	
- Zeker wel	10 (20,8%)	
Gezin geholpen ontwikkeling opvolgen		48
- Helemaal niet	3 (6,3%)	

---

- Eerder niet	8 (16,7%)	
- Eerder wel	21 (43,8%)	
- Zeker wel	16 (33,3%)	
Gezin geholpen diagnostiek		48
- Helemaal niet	17 (35,4%)	
- Eerder niet	18 (37,5%)	
- Eerder wel	10 (20,8%)	
- Zeker wel	3 (6,3%)	
Professional nood ondersteuning informatie en voorlichting		48
- Helemaal niet	9 (18,8%)	
- Eerder niet	15 (31,3%)	
- Eerder wel	20 (41,7%)	
- Zeker wel	4 (8,3%)	
Professional nood praktische/instrumentele ondersteuning		48
- Helemaal niet	16 (33,3%)	
- Eerder niet	17 (35,4%)	
- Eerder wel	14 (29,2%)	
- Zeker wel	1 (2,1%)	
Professional nood ondersteuning emotionele steun bevorderen		48
- Helemaal niet	10 (20,8%)	
- Eerder niet	11 (22,9%)	
- Eerder wel	19 (39,6%)	
- Zeker wel	8 (16,7%)	
Professional nood ondersteuning sociale steun en zelfhulp bevorderen		48
- Helemaal niet	14 (29,2%)	
- Eerder niet	17 (35,4%)	
- Eerder wel	14 (29,2%)	
- Zeker wel	3 (6,3%)	
Professional nood advies en training		48
- Helemaal niet	6 (12,5%)	
- Eerder niet	18 (37,5%)	
- Eerder wel	19 (39,6%)	
- Zeker wel	5 (10,4%)	
Professional nood ondersteuning ontwikkeling opvolgen		48
- Helemaal niet	9 (18,8%)	
- Eerder niet	17 (35,4%)	
- Eerder wel	15 (31,3%)	
- Zeker wel	6 (12,5%)	
- Missing	1 (2,1%)	
Professional nood ondersteuning diagnostiek		48
Helemaal niet	19 (39,6%)	
Eerder niet	12 (25%)	
Eerder wel	7 (14,6%)	
Zeker wel	7 (14,6%)	
Missing	3 (6,3%)	

---

In tabel 33 volgt de beoordeling van de 56 professionals die het basisvignet lazen waarin signalen van een eetproblematiek gegeven worden, met de aanvulling dat het gezin een hoge SES had, de ouders wel ongerust zijn over hun kind en het kind gemiddeld ontwikkelt. Ook hier was het merendeel van de professionals niet bezorgd, 10,7% was helemaal niet bezorgd, 62,5% eerder niet bezorgd op basis van de informatie die zij in het vignet te lezen kregen.

Tabel 33 Beoordeling vignet 2 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i> / <i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Bezorgdheid over casus		56
- Helemaal niet bezorgd	6 (10,7%)	
- Eerder niet bezorgd	35 (62,5%)	
- Eerder wel bezorgd	15 (26,8%)	
- Zeker wel bezorgd	0 (0%)	
Gezin geholpen informatie en voorlichting		56
- Helemaal niet	3 (5,4%)	
- Eerder niet	8 (14,3%)	
- Eerder wel	26 (46,4%)	
- Zeker wel	19 (33,9%)	
Gezin geholpen praktische/instrumentele ondersteuning		56
- Helemaal niet	11 (19,6%)	
- Eerder niet	25 (44,6%)	
- Eerder wel	17 (30,4%)	
- Zeker wel	3 (5,4%)	
Gezin geholpen emotionele steun		56
- Helemaal niet	1 (1,8%)	
- Eerder niet	1 (1,8%)	
- Eerder wel	12 (21,4%)	
- Zeker wel	42 (75,0%)	
Gezin geholpen sociale steun en zelfhulp		56
- Helemaal niet	7 (12,5%)	
- Eerder niet	18 (32,1%)	
- Eerder wel	17 (30,4%)	
- Zeker wel	14 (25%)	
Gezin geholpen advies en training		56
- Helemaal niet	2 (3,6%)	
- Eerder niet	8 (14,3%)	
- Eerder wel	28 (50%)	
- Zeker wel	18 (32,1%)	
Gezin geholpen ontwikkeling opvolgen		56
- Helemaal niet	2 (3,6%)	
- Eerder niet	9 (16,1%)	
- Eerder wel	27 (48,2%)	
- Zeker wel	18 (32,1%)	
Gezin geholpen diagnostiek		56
- Helemaal niet	16 (28,6%)	
- Eerder niet	27 (48,2%)	
- Eerder wel	9 (16,1%)	
- Zeker wel	4 (7,1%)	

Professional nood ondersteuning informatie en voorlichting		56
- Helemaal niet	8 (14,3%)	
- Eerder niet	12 (21,4%)	
- Eerder wel	23 (41,1%)	
- Zeker wel	12 (21,4%)	
- Missing	1 (1,8%)	
Professional nood praktische/instrumentele ondersteuning		56
- Helemaal niet	13 (23,2%)	
- Eerder niet	19 (33,9%)	
- Eerder wel	19 (33,9%)	
- Zeker wel	4 (7,1%)	
- Missing	1 (1,8%)	
Professional nood ondersteuning emotionele steun bevorderen		56
- Helemaal niet	10 (17,9%)	
- Eerder niet	15 (26,8%)	
- Eerder wel	18 (32,1%)	
- Zeker wel	11 (19,6%)	
- Missing	2 (3,6%)	
Professional nood ondersteuning sociale steun en zelfhulp bevorderen		56
- Helemaal niet	8 (14,3%)	
- Eerder niet	20 (35,7%)	
- Eerder wel	20 (35,7%)	
- Zeker wel	6 (10,7%)	
- Missing	2 (3,6%)	
Professional nood advies en training		56
- Helemaal niet	7 (12,5%)	
- Eerder niet	8 (14,2%)	
- Eerder wel	28 (50%)	
- Zeker wel	11 (19,6%)	
- Missing	2 (3,6%)	
Professional nood ondersteuning ontwikkeling opvolgen		56
- Helemaal niet	8 (14,3%)	
- Eerder niet	21 (37,5%)	
- Eerder wel	18 (32,1%)	
- Zeker wel	7 (12,5%)	
- Missing	2 (3,6%)	
Professional nood ondersteuning diagnostiek		56
- Helemaal niet	19 (33,9%)	
- Eerder niet	21 (37,5%)	
- Eerder wel	6 (10,7%)	
- Zeker wel	8 (14,3%)	
- Missing	2 (3,6%)	

51 personen lazen het basisvignet, waarbij aangevuld werd dat het gezin een lage sociaal-economische status heeft. Er wordt een gemiddelde ontwikkeling weergegeven en de ouders zijn niet bezorgd. Ook hier zijn de meeste professionals helemaal niet (9,8%) of eerder niet (60,8%) bezorgd.

Tabel 34 Beoordeling vignet 3 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i> / <i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Bezorgdheid over casus		51
- Helemaal niet bezorgd	5 (9,8%)	
- Eerder niet bezorgd	31 (60,8%)	
- Eerder wel bezorgd	15 (29,4%)	
- Zeker wel bezorgd	0 (0%)	
Gezin geholpen informatie en voorlichting		51
- Helemaal niet	3 (5,9%)	
- Eerder niet	7 (13,7%)	
- Eerder wel	28 (54,9%)	
- Zeker wel	13 (25,5%)	
Gezin geholpen praktische/instrumentele ondersteuning		51
- Helemaal niet	14 (27,5%)	
- Eerder niet	14 (27,5%)	
- Eerder wel	22 (43,1%)	
- Zeker wel	1 (2%)	
Gezin geholpen emotionele steun		51
- Helemaal niet	5 (9,8%)	
- Eerder niet	6 (11,8%)	
- Eerder wel	21 (41,2%)	
- Zeker wel	19 (37,3%)	
Gezin geholpen sociale steun en zelfhulp		51
- Helemaal niet	10 (19,6%)	
- Eerder niet	9 (17,6%)	
- Eerder wel	25 (49%)	
- Zeker wel	7 (13,7%)	
Gezin geholpen advies en training		51
- Helemaal niet	6 (11,8%)	
- Eerder niet	15 (29,4%)	
- Eerder wel	23 (45,1%)	
- Zeker wel	7 (13,7%)	
Gezin geholpen ontwikkeling opvolgen		51
- Helemaal niet	5 (9,8%)	
- Eerder niet	9 (17,6%)	
- Eerder wel	23 (45,1%)	
- Zeker wel	14 (27,5%)	
Gezin geholpen diagnostiek		51
- Helemaal niet	20 (39,2%)	
- Eerder niet	18 (35,3%)	
- Eerder wel	10 (19,6%)	
- Zeker wel	3 (5,9%)	
Professional nood ondersteuning informatie en voorlichting		51
- Helemaal niet	9 (17,6%)	
- Eerder niet	10 (19,6%)	

- Eerder wel	23 (45,1%)	
- Zeker wel	8 (15,7%)	
- Missings	1 (2%)	
Professional nood praktische/instrumentele ondersteuning		51
- Helemaal niet	12 (23,5%)	
- Eerder niet	15 (29,4%)	
- Eerder wel	19 (37,3%)	
- Zeker wel	4 (7,8%)	
- Missings	1 (2%)	
Professional nood ondersteuning emotionele steun bevorderen		51
- Helemaal niet	14 (27,5%)	
- Eerder niet	14 (27,5%)	
- Eerder wel	15 (29,4%)	
- Zeker wel	7 (13,7%)	
- Missings	1 (2%)	
Professional nood ondersteuning sociale steun en zelfhulp bevorderen		51
- Helemaal niet	12 (23,5%)	
- Eerder niet	15 (29,4%)	
- Eerder wel	21 (41,2%)	
- Zeker wel	2 (3,9%)	
- Missings	1 (2%)	
Professional nood advies en training		51
- Helemaal niet	9 (17,6%)	
- Eerder niet	14 (27,5%)	
- Eerder wel	20 (39,2%)	
- Zeker wel	7 (13,7%)	
- Missings	1 (2%)	
Professional nood ondersteuning ontwikkeling opvolgen		51
- Helemaal niet	13 (25,5%)	
- Eerder niet	12 (23,5%)	
- Eerder wel	20 (39,2%)	
- Zeker wel	5 (9,8%)	
- Missings	1 (2%)	
Professional nood ondersteuning diagnostiek		51
- Helemaal niet	22 (43,1%)	
- Eerder niet	12 (23,5%)	
- Eerder wel	12 (23,5%)	
- Zeker wel	4 (7,8%)	
- Missings	1 (2%)	

---

44 personen naast het basisvignet te lezen dat het gezin een lage sociaal-economische status heeft en de ouders bezorgd zijn. Er wordt een gemiddelde ontwikkeling weergegeven. Ook hier zijn de meeste professionals eerder niet (77,3%) bezorgd.

Tabel 35 Beoordeling vignet 4 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i> / <i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Bezorgdheid over casus		44
- Helemaal niet bezorgd	0 (0%)	
- Eerder niet bezorgd	34 (77,3%)	
- Eerder wel bezorgd	9 (20,5%)	
- Zeker wel bezorgd	1 (2,3%)	
Gezin geholpen informatie en voorlichting		44
- Helemaal niet	1 (2,3%)	
- Eerder niet	3 (6,8%)	
- Eerder wel	28 (63,6%)	
- Zeker wel	12 (27,3%)	
Gezin geholpen praktische/instrumentele ondersteuning		44
- Helemaal niet	5 (11,4%)	
- Eerder niet	18 (40,9%)	
- Eerder wel	18 (40,9%)	
- Zeker wel	3 (6,8%)	
Gezin geholpen emotionele steun		44
- Helemaal niet	0 (0%)	
- Eerder niet	0 (0%)	
- Eerder wel	16 (36,4%)	
- Zeker wel	28 (63,6%)	
Gezin geholpen sociale steun en zelfhulp		44
- Helemaal niet	1 (2,3%)	
- Eerder niet	15 (34,1%)	
- Eerder wel	18 (40,9%)	
- Zeker wel	10 (22,7%)	
Gezin geholpen advies en training		44
- Helemaal niet	1 (2,3%)	
- Eerder niet	6 (13,6%)	
- Eerder wel	23 (52,3%)	
- Zeker wel	14 (31,8%)	
Gezin geholpen ontwikkeling opvolgen		44
- Helemaal niet	1 (2,3%)	
- Eerder niet	9 (20,5%)	
- Eerder wel	20 (45,5%)	
- Zeker wel	14 (31,8%)	
Gezin geholpen diagnostiek		44
- Helemaal niet	5 (11,4%)	
- Eerder niet	27 (61,4%)	
- Eerder wel	9 (20,5%)	
- Zeker wel	3 (6,8%)	
Professional nood ondersteuning informatie en voorlichting		44
- Helemaal niet	2 (4,5%)	
- Eerder niet	12 (27,3%)	

- Eerder wel	21 (47,7%)	
- Zeker wel	9 (20,5%)	
Professional nood praktische/instrumentele ondersteuning		44
- Helemaal niet	2 (4,5%)	
- Eerder niet	14 (31,8%)	
- Eerder wel	24 (54,5%)	
- Zeker wel	4 (9,1%)	
Professional nood ondersteuning emotionele steun bevorderen		44
- Helemaal niet	6 (13,6%)	
- Eerder niet	12 (27,3%)	
- Eerder wel	14 (31,8%)	
- Zeker wel	12 (27,3%)	
- Missings	6 (13,6%)	
Professional nood ondersteuning sociale steun en zelfhulp bevorderen		44
- Helemaal niet	4 (9,1%)	
- Eerder niet	16 (36,4%)	
- Eerder wel	18 (40,9%)	
- Zeker wel	6 (13,6%)	
Professional nood advies en training		44
- Helemaal niet	2 (4,5%)	
- Eerder niet	9 (20,5%)	
- Eerder wel	25 (56,8%)	
- Zeker wel	8 (18,2%)	
Professional nood ondersteuning ontwikkeling opvolgen		44
- Helemaal niet	5 (13,6%)	
- Eerder niet	13 (34,1%)	
- Eerder wel	19 (34,1%)	
- Zeker wel	7 (18,2%)	
Professional nood ondersteuning diagnostiek		44
- Helemaal niet	6 (13,6%)	
- Eerder niet	15 (34,1%)	
- Eerder wel	15 (34,1%)	
- Zeker wel	8 (18,2%)	

---



47 Personen lazen het basisvignet, in combinatie met de informatie dat het gezin een hoge SES heeft, de ouders niet ongerust zijn. Er werd een achterstand gesimuleerd bij het kind. De meeste professionals geven aan eerder wel (61,7%) of zeker wel (6,4%) bezorgd te zijn.

Tabel 36 Beoordeling vignet 5 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i> / <i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Bezorgdheid over casus		47
- Helemaal niet bezorgd	0 (0%)	
- Eerder niet bezorgd	15 (31,9%)	
- Eerder wel bezorgd	29 (61,7%)	
- Zeker wel bezorgd	3 (6,4%)	
Gezin geholpen informatie en voorlichting		47
- Helemaal niet	5 (10,6%)	
- Eerder niet	8 (17%)	
- Eerder wel	26 (55,3%)	
- Zeker wel	8 (17%)	
Gezin geholpen praktische/instrumentele ondersteuning		47
- Helemaal niet	9 (19,1%)	
- Eerder niet	22 (46,8%)	
- Eerder wel	11 (23,4%)	
- Zeker wel	5 (10,6%)	
Gezin geholpen emotionele steun		47
- Helemaal niet	2 (4,3%)	
- Eerder niet	12 (25,5%)	
- Eerder wel	21 (44,7%)	
- Zeker wel	12 (25,5%)	
Gezin geholpen sociale steun en zelfhulp		47
- Helemaal niet	7 (14,9%)	
- Eerder niet	23 (48,9%)	
- Eerder wel	15 (31,9%)	
- Zeker wel	2 (4,3%)	
Gezin geholpen advies en training		47
- Helemaal niet	3 (6,4%)	
- Eerder niet	6 (12,8%)	
- Eerder wel	28 (59,6%)	
- Zeker wel	10 (21,3%)	
Gezin geholpen ontwikkeling opvolgen		47
- Helemaal niet	0 (0%)	
- Eerder niet	1 (2,1%)	
- Eerder wel	21 (44,7%)	
- Zeker wel	25 (53,2%)	
Gezin geholpen diagnostiek		47
- Helemaal niet	6 (12,8%)	
- Eerder niet	16 (34%)	
- Eerder wel	14 (29,8%)	
- Zeker wel	11 (23,4%)	
Professional nood ondersteuning informatie en voorlichting		47
- Helemaal niet	4 (8,5%)	
- Eerder niet	13 (27,7%)	

- Eerder wel	26 (55,3%)	
- Zeker wel	4 (8,5%)	
Professional nood praktische/instrumentele ondersteuning		47
- Helemaal niet	8 (17%)	
- Eerder niet	16 (34%)	
- Eerder wel	18 (38,3%)	
- Zeker wel	5 (10,6%)	
Professional nood ondersteuning emotionele steun bevorderen		47
- Helemaal niet	8 (17%)	
- Eerder niet	14 (29,8%)	
- Eerder wel	21 (44,7%)	
- Zeker wel	4 (8,5%)	
Professional nood ondersteuning sociale steun en zelfhulp bevorderen		47
- Helemaal niet	7 (14,9%)	
- Eerder niet	20 (42,6%)	
- Eerder wel	19 (40,4%)	
- Zeker wel	1 (2,1%)	
Professional nood advies en training		47
- Helemaal niet	3 (6,4%)	
- Eerder niet	12 (25,5%)	
- Eerder wel	25 (53,2%)	
- Zeker wel	7 (14,9%)	
Professional nood ondersteuning ontwikkeling opvolgen		47
- Helemaal niet	4 (8,5%)	
- Eerder niet	10 (21,3%)	
- Eerder wel	20 (42,6%)	
- Zeker wel	13 (27,7%)	
Professional nood ondersteuning diagnostiek		47
- Helemaal niet	9 (19,1%)	
- Eerder niet	10 (21,3%)	
- Eerder wel	14 (29,8%)	
- Zeker wel	14 (29,8%)	

---

Het basisvignet met aanvullingen die wezen op een achterstand van het kind, hoge SES van het gezin en een ongerustheid bij de ouders werd aan 55 personen voorgeschied. Dit verontrustte de professionals, 70,9% gaf aan eerder wel bezorgd te zijn, 14,5% was zeker wel bezorgd.

Tabel 37 Beoordeling vignet 6 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i> / <i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Bezorgdheid over casus		55
- Helemaal niet bezorgd	1 (1,8%)	
- Eerder niet bezorgd	7 (12,7%)	
- Eerder wel bezorgd	39 (70,9%)	
- Zeker wel bezorgd	8 (14,5%)	
Gezin geholpen informatie en voorlichting		55
- Helemaal niet	3 (5,5%)	
- Eerder niet	15 (27,3%)	
- Eerder wel	25 (45,5%)	
- Zeker wel	12 (21,8%)	
Gezin geholpen praktische/instrumentele ondersteuning		55
- Helemaal niet	5 (9,1%)	
- Eerder niet	19 (34,5%)	
- Eerder wel	24 (43,6%)	
- Zeker wel	7 (12,7%)	
Gezin geholpen emotionele steun		55
- Helemaal niet	1 (1,8%)	
- Eerder niet	5 (9,1%)	
- Eerder wel	25 (45,5%)	
- Zeker wel	24 (43,6%)	
Gezin geholpen sociale steun en zelfhulp		55
- Helemaal niet	2 (3,6%)	
- Eerder niet	17 (30,6%)	
- Eerder wel	29 (52,7%)	
- Zeker wel	7 (12,7%)	
Gezin geholpen advies en training		55
- Helemaal niet	2 (3,6%)	
- Eerder niet	6 (10,9%)	
- Eerder wel	30 (54,5%)	
- Zeker wel	17 (30,9%)	
Gezin geholpen ontwikkeling opvolgen		55
- Helemaal niet	0 (0%)	
- Eerder niet	0 (0%)	
- Eerder wel	19 (34,4%)	
- Zeker wel	36 (65,5%)	
Gezin geholpen diagnostiek		55
- Helemaal niet	4 (7,3%)	
- Eerder niet	14 (25,5%)	
- Eerder wel	23 (41,8%)	
- Zeker wel	14 (25,5%)	
Professional nood ondersteuning informatie en voorlichting		55
- Helemaal niet	4 (7,3%)	
- Eerder niet	16 (29,1%)	

---

- Eerder wel	26 (47,3%)	
- Zeker wel	8 (14,5%)	
- Missing	1 (1,8%)	
Professional nood praktische/instrumentele ondersteuning		55
- Helemaal niet	4 (7,3%)	
- Eerder niet	14 (27,3%)	
- Eerder wel	24 (43,6%)	
- Zeker wel	11 (20%)	
- Missing	1 (1,8%)	
Professional nood ondersteuning emotionele steun bevorderen		55
- Helemaal niet	9 (16,4%)	
- Eerder niet	17 (30,9%)	
- Eerder wel	14 (25,9%)	
- Zeker wel	14 (25,9%)	
- Missing	1 (1,8%)	
Professional nood ondersteuning sociale steun en zelfhulp bevorderen		55
- Helemaal niet	6 (10,9%)	
- Eerder niet	16 (29,1%)	
- Eerder wel	23 (41,8%)	
- Zeker wel	8 (14,5%)	
- Missing	2 (3,6%)	
Professional nood advies en training		55
- Helemaal niet	4 (7,3%)	
- Eerder niet	8 (14,5%)	
- Eerder wel	28 (50,9%)	
- Zeker wel	14 (25,5%)	
- Missing	1 (1,8%)	
Professional nood ondersteuning ontwikkeling opvolgen		55
- Helemaal niet	3 (5,5%)	
- Eerder niet	11 (20%)	
- Eerder wel	21 (38,2%)	
- Zeker wel	18 (32,7%)	
- Missing	2 (3,6%)	
Professional nood ondersteuning diagnostiek		55
- Helemaal niet	7 (12,7%)	
- Eerder niet	15 (27,7%)	
- Eerder wel	15 (27,7%)	
- Zeker wel	16 (29,1%)	
- Missing	2 (3,6%)	

---

Het basisvignet met aanvullingen die wezen op een achterstand van het kind, lage SES van het gezin en geen ongerustheid bij de ouders werd aan 50 personen voorgeschied. 64% van de professionals gaf aan eerder wel bezorgd te zijn, 8% was zeker wel bezorgd.

Tabel 38 Beoordeling vignet 7 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i> / <i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Bezorgdheid over casus		50
- Helemaal niet bezorgd	1 (2%)	
- Eerder niet bezorgd	13 (26%)	
- Eerder wel bezorgd	32 (64%)	
- Zeker wel bezorgd	4 (8%)	
Gezin geholpen informatie en voorlichting		50
- Helemaal niet	1 (2%)	
- Eerder niet	14 (28%)	
- Eerder wel	23 (46%)	
- Zeker wel	12 (24%)	
Gezin geholpen praktische/instrumentele ondersteuning		50
- Helemaal niet	2 (4%)	
- Eerder niet	20 (40%)	
- Eerder wel	23 (46%)	
- Zeker wel	5 (10%)	
Gezin geholpen emotionele steun		50
- Helemaal niet	2 (4%)	
- Eerder niet	5 (10%)	
- Eerder wel	23 (46%)	
- Zeker wel	20 (40%)	
Gezin geholpen sociale steun en zelfhulp		50
- Helemaal niet	3 (6%)	
- Eerder niet	15 (30%)	
- Eerder wel	27 (54%)	
- Zeker wel	5 (10%)	
Gezin geholpen advies en training		50
- Helemaal niet	2 (4%)	
- Eerder niet	11 (22%)	
- Eerder wel	27 (54%)	
- Zeker wel	10 (20%)	
Gezin geholpen ontwikkeling opvolgen		50
- Helemaal niet	1 (2%)	
- Eerder niet	3 (6%)	
- Eerder wel	15 (30%)	
- Zeker wel	31 (62%)	
Gezin geholpen diagnostiek		50
- Helemaal niet	4 (8%)	
- Eerder niet	16 (32%)	
- Eerder wel	16 (32%)	
- Zeker wel	14 (28%)	
Professional nood ondersteuning informatie en voorlichting		50
- Helemaal niet	5 (10%)	
- Eerder niet	11 (22%)	

- Eerder wel	24 (48%)	
- Zeker wel	10 (20%)	
Professional nood praktische/instrumentele ondersteuning		50
- Helemaal niet	4 (8%)	
- Eerder niet	12 (24%)	
- Eerder wel	25 (50%)	
- Zeker wel	8 (16%)	
- Missings	1 (2%)	
Professional nood ondersteuning emotionele steun bevorderen		50
- Helemaal niet	6 (12%)	
- Eerder niet	18 (36%)	
- Eerder wel	15 (30%)	
- Zeker wel	11 (22%)	
Professional nood ondersteuning sociale steun en zelfhulp bevorderen		50
- Helemaal niet	6 (12%)	
- Eerder niet	16 (32%)	
- Eerder wel	23 (46%)	
- Zeker wel	5 (10%)	
Professional nood advies en training		50
- Helemaal niet	3 (6%)	
- Eerder niet	8 (16%)	
- Eerder wel	30 (60%)	
- Zeker wel	9 (18%)	
Professional nood ondersteuning ontwikkeling opvolgen		50
- Helemaal niet	4 (8%)	
- Eerder niet	15 (30%)	
- Eerder wel	15 (30%)	
- Zeker wel	16 (32%)	
Professional nood ondersteuning diagnostiek		50
- Helemaal niet	6 (12%)	
- Eerder niet	18 (36%)	
- Eerder wel	15 (30%)	
- Zeker wel	11 (22%)	

---

Als laatste lazen 50 personen het basisvignet waarbij zaken aangevuld waren die wezen op een lage SES van het gezin, een achterstand van het kind en ongerustheid bij de ouders. 62% van de professionals was eerder wel bezorgd, 14% was zeker wel bezorgd.

Tabel 39 Beoordeling vignet 8 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i> / <i>M (SD)</i>	<i>N</i>
Bezorgdheid over casus		50
- Helemaal niet bezorgd	1 (2%)	
- Eerder niet bezorgd	11 (22%)	
- Eerder wel bezorgd	31 (62%)	
- Zeker wel bezorgd	7 (14%)	
Gezin geholpen informatie en voorlichting		50
- Helemaal niet	2 (4%)	
- Eerder niet	14 (28%)	
- Eerder wel	28 (56%)	
- Zeker wel	6 (12%)	
Gezin geholpen praktische/instrumentele ondersteuning		50
- Helemaal niet	5 (10%)	
- Eerder niet	17 (34%)	
- Eerder wel	23 (46%)	
- Zeker wel	5 (10%)	
Gezin geholpen emotionele steun		50
- Helemaal niet	0 (0%)	
- Eerder niet	2 (4%)	
- Eerder wel	25 (50%)	
- Zeker wel	23 (46%)	
Gezin geholpen sociale steun en zelfhulp		50
- Helemaal niet	2 (4%)	
- Eerder niet	11 (22%)	
- Eerder wel	31 (62%)	
- Zeker wel	6 (12%)	
Gezin geholpen advies en training		50
- Helemaal niet	2 (4%)	
- Eerder niet	8 (16%)	
- Eerder wel	22 (44%)	
- Zeker wel	18 (36%)	
Gezin geholpen ontwikkeling opvolgen		50
- Helemaal niet	0 (0%)	
- Eerder niet	2 (4%)	
- Eerder wel	14 (28%)	
- Zeker wel	34 (68%)	
Gezin geholpen diagnostiek		50
- Helemaal niet	1 (2%)	
- Eerder niet	20 (40%)	
- Eerder wel	19 (38%)	
- Zeker wel	10 (20%)	
Professional nood ondersteuning informatie en voorlichting		50
- Helemaal niet	3 (6%)	
- Eerder niet	15 (30%)	

---

- Eerder wel	23 (46%)	
- Zeker wel	8 (16%)	
- Missing	1 (2%)	
Professional nood praktische/instrumentele ondersteuning		50
- Helemaal niet	2 (4%)	
- Eerder niet	15 (30%)	
- Eerder wel	28 (56%)	
- Zeker wel	4 (8%)	
- Missing	1 (2%)	
Professional nood ondersteuning emotionele steun bevorderen		50
- Helemaal niet	4 (8%)	
- Eerder niet	14 (28%)	
- Eerder wel	22 (44%)	
- Zeker wel	9 (18%)	
- Missing	1 (2%)	
Professional nood ondersteuning sociale steun en zelfhulp bevorderen		50
- Helemaal niet	4 (8%)	
- Eerder niet	13 (26%)	
- Eerder wel	25 (50%)	
- Zeker wel	7 (14%)	
- Missing	1 (2%)	
Professional nood advies en training		50
- Helemaal niet	2 (4%)	
- Eerder niet	12 (24%)	
- Eerder wel	23 (46%)	
- Zeker wel	12 (24%)	
- Missing	1 (2%)	
Professional nood ondersteuning ontwikkeling opvolgen		50
- Helemaal niet	3 (6%)	
- Eerder niet	9 (18%)	
- Eerder wel	22 (44%)	
- Zeker wel	15 (30%)	
- Missing	1 (2%)	
Professional nood ondersteuning diagnostiek		50
- Helemaal niet	4 (8%)	
- Eerder niet	15 (30%)	
- Eerder wel	18 (36%)	
- Zeker wel	12 (24%)	
- Missing	1 (2%)	

---

205 professionals gaven aan dat ze eerder wel of zeker wel bezorgd waren. Hen werd gevraagd wat ze met deze bezorgdheid zouden doen, door het aanduiden van stellingen. De professionals konden meerdere stellingen aankruisen. Deze stellingen waren; "Ik zou deze bezorgdheid verder uitklaren aan de hand van extra gegevens over dit gezin, over dit kind en/of de ondersteuning die er in dit gezin al is geweest", "Ik zou deze bezorgdheid verder bespreken met het gezin" en "Ik zou in verband met deze



bezorgdheid overleggen met iemand (bijvoorbeeld iemand uit mijn team)”. De antwoorden worden per vignet weergegeven.

12 personen die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een hoge SES van het gezin, geen signalen van een achterstand van het kind en geen bezorgdheid van de ouders, gaven aan dat ze eerder wel bezorgd waren. Er werd hen gevraagd wat ze met hun bezorgdheid zouden doen. Het merendeel (58,3%) zou vooral de bezorgdheid bespreken met het gezin.

Tabel 40 Gevolg bezorgdheid vignet 1 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Gevolg bezorgdheid (bij eerder wel en zeker bezorgd)		12
- Verder uitklaren extra gegevens gezin	3 (25%)	
- Bezorgdheid bespreken gezin	7 (58,3%)	
- Overleggen (bv. binnen team)	5 (41,7%)	

Wanneer de professionals het basisvignet lazen met de aanvulling dat het gezin een hoge SES had, de ouders wel ongerust zijn over hun kind en het kind gemiddeld ontwikkelt, geven 15 professionals aan dat ze eerder wel ongerust zijn. 66,7% van zou de bezorgdheid bespreken met het gezin.

Tabel 41 Gevolg bezorgdheid vignet 2 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Gevolg bezorgdheid (bij eerder wel en zeker bezorgd)		15
- Verder uitklaren extra gegevens gezin	7 (46,7%)	
- Bezorgdheid bespreken gezin	10 (66,7%)	
- Overleggen (bv. binnen team)	6 (40%)	

Een aantal personen lazen het basisvignet, waarbij aangevuld werd dat het gezin een lage sociaal-economische status heeft. Er wordt een gemiddelde ontwikkeling weergegeven en de ouders zijn niet bezorgd. 15 van de professionals zijn eerder wel bezorgd. Ook na het lezen van dit vignet zou 80% van de professionals de bezorgdheid bespreken.

Tabel 42 Gevolg bezorgdheid vignet 3 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Gevolg bezorgdheid (bij eerder wel en zeker bezorgd)		15
- Verder uitklaren extra gegevens gezin	7 (46,7%)	
- Bezorgdheid bespreken gezin	12 (80%)	
- Overleggen (bv. binnen team)	7 (46,7%)	

Wanneer professionals het naast het basisvignet te lezen krijgen dat het gezin een lage sociaal-economische status heeft, de ouders bezorgd zijn en er een gemiddelde ontwikkeling wordt weergegeven, geven 10 personen aan eerder wel bezorgd te zijn. 6 van hen zouden in gesprek gaan met het gezin hierover.

Tabel 43 Gevolg bezorgdheid vignet 4 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Gevolg bezorgdheid (bij eerder wel en zeker bezorgd)		10
- Verder uitklaren extra gegevens gezin	3 (30%)	
- Bezorgdheid bespreken gezin	6 (60%)	
- Overleggen (bv. binnen team)	2 (20%)	

32 personen geven na het lezen van het vignet, met simulatie van een achterstand, hoge SES en geen ongerustheid van de ouders aan dat ze eerder wel of zeker wel bezorgd zijn. Ook hier blijft in het gesprek gaan met het gezin het vaakst genoemde gevolg van deze bezorgdheid (87,5%).

Tabel 44 Gevolg bezorgdheid vignet 5 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Gevolg bezorgdheid (bij eerder wel en zeker bezorgd)		32
- Verder uitklaren extra gegevens gezin	13 (40,6%)	
- Bezorgdheid bespreken gezin	28 (87,5%)	
- Overleggen (bv. binnen team)	13 (40,6%)	

Na het lezen van het basisvignet met aanvullingen die wezen op een achterstand van het kind, hoge SES van het gezin en een ongerustheid bij de ouders gaven 47 professionals aan eerder wel of zeker wel bezorgd te zijn. De professionals geven aan dat ze deze bezorgdheid zouden uitklaren a.d.h.v. extra gegevens van het gezin (68,1%), de bezorgdheid bespreken met het gezin (66%) en zou hierover overleggen met anderen (63,8%).

Tabel 45 Gevolg bezorgdheid vignet 6 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Gevolg bezorgdheid (bij eerder wel en zeker bezorgd)		47
- Verder uitklaren extra gegevens gezin	32 (68,1%)	
- Bezorgdheid bespreken gezin	31 (66%)	
- Overleggen (bv. binnen team)	30 (63,8%)	

Na het lezen van het basisvignet met aanvullingen die wezen op een achterstand van het kind, lage SES van het gezin en geen ongerustheid bij de ouders gaven 36 personen aan eerder wel of zeker wel bezorgd te zijn. Het merendeel (69,4%) van deze personen gaven aan deze bezorgdheid te willen bespreken met het gezin.

Tabel 46 Gevolg bezorgdheid vignet 7 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Gevolg bezorgdheid (bij eerder wel en zeker bezorgd)		36
- Verder uitklaren extra gegevens gezin	18 (50%)	
- Bezorgdheid bespreken gezin	25 (69,4%)	
- Overleggen (bv. binnen team)	19 (52,8%)	

38 personen waren na het lezen van het basisvignet waarbij zaken aangevuld waren die wezen op een lage SES van het gezin, een achterstand van het kind en ongerustheid bij de ouders eerder wel of zeker wel bezorgd. Het merendeel (84,1%) van hen zou de bezorgdheid bespreken met het gezin.

Tabel 47 Gevolg bezorgdheid vignet 8 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Gevolg bezorgdheid (bij eerder wel en zeker bezorgd)		38
- Verder uitklaren extra gegevens gezin	20 (52,6%)	
- Bezorgdheid bespreken gezin	32 (84,1%)	
- Overleggen (bv. binnen team)	22 (57,9%)	

Daarnaast werd wanneer er aangegeven werd dat er eerder wel nood of zeker nood is aan ondersteuning van het gezin voor een bepaald domein gevraagd of het gezin binnen de dienst waarvoor de professional werkt ondersteund kan worden. Deze antwoorden worden per vignet weergegeven.

Als eerste worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een hoge SES van het gezin, geen signalen van een achterstand van het kind en geen bezorgdheid van de ouders weergegeven. Vooral ondersteuning op vlak van informatie en voorlichting kan volgens de respondenten binnen de eigen organisatie gegeven worden, in 97,4% van de gevallen. Ook ondersteuning op vlak van emotionele steun en sociale steun en zelfhulp kan volgens meer dan 70% van de professionals binnen de eigen organisatie gegeven worden.

Tabel 48 Ondersteuning binnen dienst vignet 1 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Ondersteuning gezin o.v.v. informatie en voorlichting binnen organisatie		38
- Ja	37 (97,4%)	
- nee	1 (2,6%)	
Ondersteuning gezin o.v.v. praktische of instrumentele ondersteuning binnen organisatie		15
- Ja	8 (53,3%)	
- Nee	7 (46,7%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. emotionele steun binnen organisatie		41
- Ja	34 (70,8%)	
- nee	7 (14,6%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. sociale steun en zelfhulp binnen organisatie		21
- ja	15 (71,4%)	
- nee	6 (28,6%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. advies en training binnen organisatie		27
- ja	20 (41,7%)	
- nee	7 (14,6%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. ontwikkeling opvolgen binnen organisatie		37
- ja	31 (64,6%)	
- nee	6 (12,5%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. diagnostiek binnen organisatie		13
- ja	1 (7,7%)	
- nee	12 (92,3%)	

In onderstaande tabel worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een hoge SES van het gezin, geen signalen van een achterstand van het kind en er wel bezorgdheid van de ouders is weergegeven. Voornamelijk ondersteuning op vlak van informatie en voorlichting (95,6%) kan volgens de respondenten binnen de eigen organisatie gegeven worden. Daarnaast kan ook ondersteuning op vlak van emotionele steun (80,4%) en ontwikkeling opvolgen (77,8%) volgens de professionals binnen de eigen organisatie gegeven worden.

Tabel 49 Ondersteuning binnen dienst vignet 2 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Ondersteuning gezin o.v.v. informatie en voorlichting binnen organisatie		45
- Ja	43 (95,6%)	
- nee	2 (4,4%)	
Ondersteuning gezin o.v.v. praktische of instrumentele ondersteuning binnen organisatie		20
- Ja	15 (26,8%)	
- nee	5 (8,9%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. emotionele steun binnen organisatie		54
- ja	45 (80,4%)	
- nee	9 (16,1%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. sociale steun en zelfhulp binnen organisatie		31
- ja	14 (45,2%)	
- nee	17 (54,8%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. advies en training binnen organisatie		46
- ja	29 (63%)	
- nee	17 (37%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. ontwikkeling opvolgen binnen organisatie		45
- ja	35 (77,8%)	
- nee	10 (22,2%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. diagnostiek binnen organisatie		13
- ja	4 (30,8%)	
- nee	9 (69,2%)	

In onderstaande tabel worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een lage SES van het gezin, geen signalen van een achterstand van het kind en geen bezorgdheid van de ouders weergegeven. Opnieuw kan er ondersteuning op vlak van informatie en voorlichting volgens de respondenten binnen de eigen organisatie gegeven worden, in 92,7% van de gevallen. Ook ondersteuning op vlak van emotionele steun kan in 95% van de gevallen binnen de organisatie en ontwikkeling opvolgen kan bijna steeds binnen de organisatie (97,3%)

Tabel 50 Ondersteuning binnen dienst vignet 3 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Ondersteuning gezin o.v.v. informatie en voorlichting binnen organisatie		41
- Ja	38 (92,7%)	
- nee	3 (7,3%)	
Ondersteuning gezin o.v.v. praktische of instrumentele ondersteuning binnen organisatie		23
- Ja	13 (56,5%)	
- nee	10 (43,5%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. emotionele steun binnen organisatie		40
- ja	38 (95%)	
- nee	2 (5%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. sociale steun en zelfhulp binnen organisatie		32
- ja	18 (56,3%)	
- nee	14 (43,8%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. advies en training binnen organisatie		30
- Ja	23 (76,7%)	
- nee	7 (23,3%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. ontwikkeling opvolgen binnen organisatie		37
- ja	36 (97,3%)	
- nee	1 (2,7%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. diagnostiek binnen organisatie		13
- ja	8 (61,5%)	
- nee	5 (38,5%)	

Hieronder worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een lage SES van het gezin, geen signalen van een achterstand van het kind en wel bezorgdheid van de ouders weergegeven. De respondenten die het vierde vignet lazen, geven aan dat er op heel wat vlakken binnen de eigen organisatie ondersteund zou kunnen worden. Enkel op vlak van advies en training (52,3%) en diagnostiek (25%) lijken ze hier minder van overtuigd.

Tabel 51 Ondersteuning binnen dienst vignet 4 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Ondersteuning gezin o.v.v. informatie en voorlichting binnen organisatie		40
- Ja	37 (92,5%)	
- nee	3 (7,5%)	
Ondersteuning gezin o.v.v. praktische of instrumentele ondersteuning binnen organisatie		21
- Ja	16 (76,2%)	
- nee	5 (23,8%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. emotionele steun binnen organisatie		44
- ja	39 (88,6%)	
- nee	5 (11,4%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. sociale steun en zelfhulp binnen organisatie		28
- ja	21 (75%)	
- nee	7 (25%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. advies en training binnen organisatie		37
- ja	23 (52,3%)	
- nee	14 (31,8%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. ontwikkeling opvolgen binnen organisatie		34
- ja	31 (91,2%)	
- nee	3 (8,8%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. diagnostiek binnen organisatie		13
- ja	3 (25%)	
- nee	9 (75%)	

In onderstaande tabel worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een lage SES van het gezin, signalen van een achterstand van het kind en geen bezorgdheid van de ouders weergegeven. Er werd vaak ingeschat dat er kon ondersteund worden op vlak van emotionele steun (87,9%) en ontwikkeling opvolgen (84,8%).

Tabel 52 Ondersteuning binnen dienst vignet 5 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Ondersteuning gezin o.v.v. informatie en voorlichting binnen organisatie		34
- Ja	30 (63,8%)	
- nee	4 (8,5%)	
Ondersteuning gezin o.v.v. praktische of instrumentele ondersteuning binnen organisatie		16
- Ja	8 (50%)	
- nee	8 (50%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. emotionele steun binnen organisatie		33
- ja	29 (87,9%)	
- nee	4 (12,1%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. sociale steun en zelfhulp binnen organisatie		17
- ja	10 (58,8%)	
- nee	7 (41,2%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. advies en training binnen organisatie		38
- ja	27 (2,6%)	
- nee	10 (71,1%)	
- Missing	1 (2,6%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. ontwikkeling opvolgen binnen organisatie		46
- ja	49 (84,8%)	
- nee	7 (15,2%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. diagnostiek binnen organisatie		25
- ja	8 (32%)	
- nee	17 (68%)	



In tabel 53 worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een hoge SES van het gezin, signalen van een achterstand van het kind en bezorgdheid van de ouders weergegeven. Alle respondenten geven aan dat er kan ondersteund worden van vlak van informatie en voorlichting door de eigen organisatie. Ook ondersteuning op vlak van emotionele steun (81,6%) en ontwikkeling opvolgen (87,3%) kan volgens veel professionals.

Tabel 53 Ondersteuning binnen dienst vignet 6 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n</i> (%)	
Ondersteuning gezin o.v.v. informatie en voorlichting binnen organisatie		37
- Ja	37 (100%)	
- nee	0 (0%)	
Ondersteuning gezin o.v.v. praktische of instrumentele ondersteuning binnen organisatie		31
- Ja	19 (61,3%)	
- nee	11 (38,7%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. emotionele steun binnen organisatie		49
- ja	40 (81,6%)	
- nee	9 (18,4%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. sociale steun en zelfhulp binnen organisatie		36
- ja	20 (55,6%)	
- nee	16 (44,4%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. advies en training binnen organisatie		47
- ja	28 (59,6%)	
- nee	19 (40,4%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. ontwikkeling opvolgen binnen organisatie		55
- ja	48 (87,3%)	
- nee	7 (12,7%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. diagnostiek binnen organisatie		31
- ja	10 (27%)	
- nee	27 (73%)	

In onderstaande tabel worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een lage SES van het gezin, signalen van een achterstand van het kind en geen bezorgdheid van de ouders weergegeven. Ook na het lezen van het 7<sup>de</sup> vignet wordt aangegeven dat er vaak ondersteund kan worden op vlak van informatie en voorlichting (82,9%) door de eigen organisatie. Daarnaast kan ook ondersteuning op vlak van emotionele steun (79,1%), advies en training (70,3%) en ontwikkeling opvolgen (80,4%) volgens veel professionals binnen de eigen organisatie.

Tabel 54 Ondersteuning binnen dienst vignet 7 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n (%)</i>	
Ondersteuning gezin o.v.v. informatie en voorlichting binnen organisatie		35
- Ja	29 (82,9%)	
- nee	6 (17,1%)	
Ondersteuning gezin o.v.v. praktische of instrumentele ondersteuning binnen organisatie		28
- Ja	14 (50%)	
- nee	14 (50%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. emotionele steun binnen organisatie		43
- ja	34 (79,1%)	
- nee	9 (20,9%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. sociale steun en zelfhulp binnen organisatie		32
- ja	21 (65,6%)	
- nee	11 (34,4%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. advies en training binnen organisatie		37
- ja	26 (70,3%)	
- nee	11 (29,7%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. ontwikkeling opvolgen binnen organisatie		46
- ja	37 (80,4%)	
- nee	9 (19,6%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. diagnostiek binnen organisatie		30
- ja	12 (40%)	
- nee	18 (60%)	

In de tabel 55 worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een lage SES van het gezin, signalen van een achterstand van het kind en wel bezorgdheid van de ouders weergegeven. De vlakken waarop volgens de professionals binnen de eigen organisatie het vaakst kan ondersteund worden zijn: informatie en voorlichting (94,1%), emotionele steun (87,5%) en ontwikkeling opvolgen (81,3%).

Tabel 55 Ondersteuning binnen dienst vignet 8 vignettenstudie (bijlage)

Variabele	<i>n</i> (%)	
Ondersteuning gezin o.v.v. informatie en voorlichting binnen organisatie		34
- Ja	32 (94,1%)	
- nee	2 (5,9%)	
Ondersteuning gezin o.v.v. praktische of instrumentele ondersteuning binnen organisatie		28
- Ja	18 (64,3%)	
- nee	10 (35,7%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. emotionele steun binnen organisatie		48
- ja	42 (87,5%)	
- nee	6 (12,5%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. sociale steun en zelfhulp binnen organisatie		37
- ja	24 (64,9%)	
- nee	13 (35,1%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. advies en training binnen organisatie		40
- ja	24 (60%)	
- nee	16 (40%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. ontwikkeling opvolgen binnen organisatie		48
- ja	39 (81,3%)	
- nee	9 (18,8%)	
Ondersteuning gezin i.f.v. diagnostiek binnen organisatie		29
- ja	12 (41,4%)	
- nee	17 (58,6%)	

Bij het bevragen van de ondersteuning van de professional zelf op de bovenstaande domeinen, werd overkoepeld aan de respondenten die aangaven 'eerder wel' of 'helemaal' aangaven bij het nodig hebben van ondersteuning wanneer ze zelf met de casus aan de slag gaan gevraagd of ze ondersteund konden worden binnen hun dienst of organisatie.

Als eerste worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lezen, met de aanvullingen van een hoge SES van het gezin, geen signalen van een achterstand van het kind en geen bezorgdheid van de ouders weergegeven.

Tabel 56 Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 1 vignettenstudie (bijlage)

Professional ondersteuning binnen organisatie	39
- Helemaal niet	0 (0%)
- Eerder niet	5 (12,8%)
- Eerder wel	23 (59%)
- Zeker wel	11 (28,2%)

In onderstaande tabel worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lezen, met de aanvullingen van een hoge SES van het gezin, geen signalen van een achterstand van het kind en er wel bezorgdheid van de ouders is weergegeven.

Tabel 57 Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 2 vignettenstudie (bijlage)

Professional ondersteuning binnen organisatie	56
- Helemaal niet	1 (1,8%)
- Eerder niet	9 (16,1%)
- Eerder wel	27 (48,2%)
- Zeker wel	13 (23,2%)
- Missings	6 (10,7%)

In onderstaande tabel worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lezen, met de aanvullingen van een lage SES van het gezin, geen signalen van een achterstand van het kind en geen bezorgdheid van de ouders weergegeven.

Tabel 58 Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 3 vignettenstudie (bijlage)

Professional ondersteuning binnen organisatie	51
- Helemaal niet	0 (0%)
- Eerder niet	6 (11,8%)
- Eerder wel	25 (49%)
- Zeker wel	12 (23,5%)
- Missings	8 (15,7%)

Hieronder worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een lage SES van het gezin, geen signalen van een achterstand van het kind en wel bezorgdheid van de ouders weergegeven.

Tabel 59 Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 4 vignettenstudie (bijlage)

Professional ondersteuning binnen organisatie	51
- Helemaal niet	0 (0%)
- Eerder niet	7 (15,9%)
- Eerder wel	21 (47,7%)
- Zeker wel	15 (34,1%)
- Missing	1 (2,3%)

In onderstaande tabel worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een hoge SES van het gezin, signalen van een achterstand van het kind en geen bezorgdheid van de ouders weergegeven.

Tabel 60 Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 5 vignettenstudie (bijlage)

Professional ondersteuning binnen organisatie	47
- Helemaal niet	0 (0%)
- Eerder niet	7 (14,9%)
- Eerder wel	27 (57,4%)
- Zeker wel	7 (14,9%)
- Missings	6 (12,8%)

In tabel 54 worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een hoge SES van het gezin, signalen van een achterstand van het kind en bezorgdheid van de ouders weergegeven.

Tabel 61 Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 6 vignettenstudie (bijlage)

Professional ondersteuning binnen organisatie	55
- Helemaal niet	1 (1,8%)
- Eerder niet	8 (14,5%)
- Eerder wel	31 (56,4%)
- Zeker wel	10 (18,2%)
- Missings	5 (9,1%)

In onderstaande tabel 55 worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een lage SES van het gezin, signalen van een achterstand van het kind en geen bezorgdheid van de ouders weergegeven.

Tabel 62 Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 7 vignettenstudie (bijlage)

Professional ondersteuning binnen organisatie	361
- Helemaal niet	0 (0%)
- Eerder niet	7 (14%)
- Eerder wel	29 (58%)
- Zeker wel	12 (24%)
- Missings	2 (4%)

In onderstaande tabel worden de antwoorden van de professionals die het basisvignet lazen, met de aanvullingen van een lage SES van het gezin, signalen van een achterstand van het kind en wel bezorgdheid van de ouders weergegeven.

Tabel 63      Ondersteuning binnen dienst voor professional vignet 8 vignettenstudie (bijlage)

Professional ondersteuning binnen organisatie	361
- Helemaal niet	0 (0%)
- Eerder niet	8 (16%)
- Eerder wel	28 (56%)
- Zeker wel	11 (22%)
- Missing	3 (6%)

