

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Vraagverheldering in de preventieve
gezinsondersteuning
van Kind & Gezin:
Een onderzoek naar de validering van de
IJsbrekermethodiek**

Sofie Rousseau
Jesse Verschuren
Prof. dr. Hans Grietens
Prof. dr. Johan Vanderfaellie



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijneroer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2009/03

SWVG-Rapport 06

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Ad-hocproject: Vraagverheldering in de preventieve gezinsondersteuning van Kind & Gezin:
Een onderzoek naar de validering van de IJsbrekermethodiek

Promotor: Prof. dr. Hans Grietens

Co-promotor: Prof. dr. Johan Vanderfaeillie

Wetenschappelijk medewerkers: Sofie Rousseau & Jesse Verschuren

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van
Cauwenberghe

Stuurgroep: Hans Grietens, Johan Vanderfaeillie, Jesse Verschuren, Sofie Rousseau, Bea Buysse
(KenG), Nele Travers (KenG), Wannas Blondeel (KenG), Rudy De Cock (KenG), Veerle Audenaert
(Kenniscentrum), Kristien Nys (Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen)

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.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

K.U.Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG

Prof. Dr. Hans Grietens, Centrum voor Gezins- en orthopedagogiek

Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht

Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde

Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg

Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen

Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VUBrussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Orthopsychologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

Inhoudsopgave

Dankwoord	5
Inleiding	7
Hoofdstuk 1 Voorstelling IJsbrekermethodiek	9
1 Situering van de IJsbrekermethodiek binnen Kind & Gezin	9
2 IJsbrekermethodiek	9
3 Rationale van de ijsbrekers	10
Hoofdstuk 2 Doelstelling en voorstelling ad hoc project	13
1 Doelstelling ad hoc project	13
2 Voorstelling ad hoc project	13
3 Onderzoeksvragen	14
Hoofdstuk 3 Onderzoek naar de inhoudsvaliditeit van de IJsbrekermethodiek	17
1 Kadering van de IJsbrekermethodiek in de literatuur	17
2 Beoordeling van de IJsbrekermethodiek door experts	52
3 Conclusie	55
Hoofdstuk 4 Onderzoek naar de congruente validiteit van de IJsbrekermethodiek	57
1 Methode	57
2 Resultaten: descriptie	59
3 Resultaten: Samenhang	78
Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen	111
1 Conclusies	111
2 Aanbevelingen	114
Referenties	117
Appendices	121

Dankwoord

Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en was een ad hoc project van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Bij het afronden van de onderzoeksactiviteiten past het enkele mensen te bedanken. Graag wil ik de leden van de stuurgroep – mevrouw Bea Buysse, mevrouw Veerle Audenaert, dr. Kristien Nys, mevrouw Nele Traevers, en de heer Wannes Blondeel - danken voor de opvolging van het project en de constructieve raadgevingen bij de uitvoering van het onderzoek. Ook alle medewerkers van Kind en Gezin die betrokken waren bij de dataverzameling verdienen een woord van dank, evenals de ouders die op onze vraag tot medewerking aan het onderzoek ingingen. Verder wil ik de experten die meehielpen aan de inhoudelijke validering van de IJsbrekermethodiek – mijn collega's Johan Vanderfaeillie, copromotor van dit project, en Karla Van Leeuwen en mijn medewerkster Kristien Lacluyse – hartelijk bedanken voor de geleverde inspanningen. Het secretariaat van het Steunpunt dank ik voor de redactie van dit rapport. Mijn grootste dank gaat natuurlijk uit naar de wetenschappelijke medewerkers – Jesse Verschuren en Sofie Rousseau – zonder wier grote inzet en enthousiasme dit project niet tot stand zou zijn gekomen.

Hans Grietens

Promotor

Inleiding

Dit rapport gaat over de validering van de IJsbrekermethodiek, die binnen het preventieve aanbod door de regioverpleegkundigen van Kind & Gezin wordt aangewend om zicht te krijgen op de vragen en behoeften aan ondersteuning van jonge ouders en om het handelen te sturen. In deze studie stonden twee vragen centraal: 1) dekt de inhoud van de IJsbrekermethodiek voldoende de domeinen waarbinnen zich vragen en behoeften kunnen voordoen? en 2) leidt het gebruik van de methodiek door de regioverpleegkundigen tot geldige beslissingen, dit wil zeggen corresponderen de beslissingen die de regioverpleegkundigen nemen op basis van de vraagverheldering aan de hand van de methodiek met informatie over vragen en noden van ouders die langs andere weg werd verkregen?

De opzet van deze studie was dus eerder beperkt en duidelijk afgebakend tot de genoemde onderzoeksvragen. Dit betekent dan ook dat dit rapport vanuit die opzet moet worden gelezen en dat andere, aan deze vragen gerelateerde vraagstellingen over de IJsbrekermethodiek niet aan bod komen omdat ze geen voorwerp van de opdracht uitmaakten. We denken in het bijzonder aan de vraag naar de betrouwbaarheid van de methodiek die zich zou kunnen concretiseren in vragen als 'Leidt gebruik van de methodiek door verschillende regioverpleegkundigen in eenzelfde gezin tot dezelfde beslissingen?' (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) of 'Leidt gebruik van de methodiek door eenzelfde regioverpleegkundige in eenzelfde gezin maar op twee verschillende momenten tot dezelfde beslissingen?' (intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid). Deze vragen zijn in de context van validering belangrijk – betrouwbaarheid en validiteit zijn met elkaar verwante begrippen en de mate waarin een instrument betrouwbaar is, bepaalt mee hoe valide het maximaal kan zijn - maar werden in deze studie niet getoetst. Daarnaast willen we erop wijzen dat deze studie niet gaat over het handelen van de regioverpleegkundigen. Het is geen evaluatie van hun handelen op zich, wel van een instrument dat bedoeld is om hun handelen te sturen. Het rapport dient dus vanuit een instrumentperspectief te worden gelezen, dit wil zeggen als een evaluatie van (bepaalde aspecten van) een instrument en niet als een evaluatie van degene die het instrument gebruikt. We moeten hierbij wel toegeven dat beide perspectieven onlosmakelijk met elkaar zijn verweven en door elkaar lopen. Het is echter van belang om van bij het begin beide perspectieven zoveel mogelijk te ontrafelen zodat de lezer het juiste perspectief voor ogen blijft houden bij het doornemen van dit rapport. Ten slotte gaat deze studie niet over de implementatie van de IJsbrekermethodiek binnen Kind & Gezin, noch over de randvoorwaarden (bv. werkbelasting, motivatie, intervisie, vorming ...) waaraan voor een goede implementatie en zinvol gebruik van de methodiek dient te zijn voldaan.

Hoofdstuk 1

Voorstelling IJsbrekermethodiek

1 Situering van de IJsbrekermethodiek binnen Kind & Gezin

Kind & Gezin is een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid en heeft als missie, samen met zijn partners, voor elk kind, waar en hoe het ook geboren is of opgroeit, zoveel mogelijk kansen te creëren (Decreet 30 april, 2004). Tot haar doelgroep behoren onder andere de gezinnen met kinderen jonger dan drie jaar. Naast de medische preventie heeft Kind & Gezin ook een taak in de psychosociale ondersteuning van ouders. Kind & Gezin beoogt een verbetering van de kwaliteit van leven van het kind en wil aandacht hebben voor een zo optimaal mogelijke ontwikkeling. Kind & Gezin heeft zich tot doel gesteld ervoor te zorgen dat elk kind zich kan ontwikkelen in alle aspecten en wil elk gezin waarin een kind geboren wordt, ondersteunen. Deze ondersteuning gebeurt onder andere door informatie en voorlichting te geven en advies en begeleiding aan te bieden. Daarnaast zorgt Kind & Gezin voor zowel praktische als emotionele steun (Verhegge & Van den Bruel, 2005).

Kind & Gezin werkt momenteel aan een vernieuwing van haar preventieve gezinsondersteuning. Het is de bedoeling dat deze vernieuwingen onder andere zullen bijdragen tot een snellere en betere identificatie van de hulpvragen van de ouders. Op deze manier kan Kind & Gezin de ouders op een nog betere manier leiden naar het hulpaanbod dat ze nodig hebben. In het kader van deze vernieuwingen werd een methodiek uitgewerkt, de IJsbrekermethodiek, die regioverpleegkundigen en gezinsondersteuners moet toelaten vragen van gezinnen beter te verhelderen en van daaruit een gericht aanbod te kunnen doen.

2 IJsbrekermethodiek

De IJsbrekermethodiek wil bijdragen aan een vraaggerichte, effectieve (dit wil zeggen een integrale, interdisciplinaire, methodische en toegankelijke) en empowerende dienstverlening. De methodiek bestaat uit vier stappen.

'*Voorstelling van de dienstverlening*' is een eerste stap. Voor een vlot verloop van de vraag- en aanbodverheldering, is het belangrijk dat ouders weten rond welke thematieken Kind & Gezin werkt en wat er in de volgende contacten zal gebeuren.

In een tweede stap heeft de eigenlijke *vraagverheldering* plaats. Deze gebeurt aan de hand van een gesprek met de ouders (tijdens de eerste twee huisbezoeken, in de eerste zes weken na de geboorte), observatie en gegevens uit IKAROS. De IJsbrekermethodiek biedt de regioverpleegkundigen een houvast tijdens de gesprekken met ouders, aan de hand van zogenaamde ijsbrekers. Bij elke ijsbreker horen vragen die ouders moeten uitnodigen om over belangrijke domeinen (of domeinen die door Kind & Gezin belangrijk geacht worden) van hun gezinsproject in gesprek te gaan met de medewerker van Kind & Gezin. Deze vragen zijn open

genoeg, zodat de ouders voldoende kans hebben om zelf elementen uit hun verhaal naar voren te brengen. De belangrijke domeinen van het gezinsproject worden niet enkel door het gesprek met de ouders maar ook door observatie en gegevens uit IKAROS, in kaart gebracht. Elk feit (verkrege uit IKAROS, door gesprek of observatie) wordt in gesprek gebracht om te peilen naar de beleving hiervan door de ouders en hun ondersteuningsbehoefte.

Tijdens het gesprek krijgen de ouders zicht op hoe het met hen gaat en hoe ze hun 'gezinsproject' zien waar te maken. Het is belangrijk om te weten dat inzicht krijgen in een situatie soms al voldoende is om indien nodig veranderingsprocessen in gang te zetten. Door de inzichten die rijpen tijdens deze zoektocht kunnen een heel aantal andere interventies voorkomen worden.

In een derde stap worden deze gegevens over het *gezinsproject geanalyseerd*. Ten eerste wordt op basis van syntheses van relevante feiten, belevingen en ondersteuningsbehoeften een analyse gemaakt van de samenhang en mogelijke oorzakelijke verbanden tussen de verschillende besproken onderwerpen. Ten tweede wordt deze analyse bekeken aan de hand van onder andere volgende vragen: „Moet ik nog iets verder bevragen?“, „Zijn er zaken die ik niet hoeft aan te pakken maar die wel bepalend zijn voor de uitvoering van de dienstverlening, bvb wanneer de taal tussen moeder en kind anders is dan het Nederlands (aandachtspunt / zaken die moeten worden meegenomen)?“ en „Waar moet ik iets aan doen (actiepunten¹)?“. Verder wordt er beslist of de dienstverlening enkel uit het basisaanbod of uit het basisaanbod en een extra zorgaanbod zal bestaan. Wanneer op basis van de vraagverheldering blijkt dat de draaglast/draagkracht verhouding uit balans is, zal er een extra zorgaanbod ingeschakeld moeten worden.

De hele analyse gebeurt zoveel mogelijk samen met de ouders. De resultaten worden in ieder geval met de ouders besproken.

In een vierde stap wordt samen met de ouders de *dienstverlening* gepland. Doelen en activiteiten worden bepaald.

Dit proces van vraag- en aanbodverheldering is dynamisch, veranderlijk in de tijd en afhankelijk van het gezin en haar context.

3 Rationale van de ijsbrekers

Al jaren probeert men bij Kind & Gezin zicht te krijgen op hoe het met het gezin gaat: men stelt al jaren de gehoorstest voor, men vraagt al jaren hoe de borstvoeding verloopt, en men bespreekt het gewicht van de baby en kadert zijn huisgedrag. Op basis van hoe het met het gezin gaat, brengt Kind & Gezin vervolgens haar dienstverlening aan. De ervaring die binnen Kind & Gezin maar ook binnen andere (buitenlandse) instanties doorheen de jaren is opgebouwd, heeft men samengebracht. Kind & Gezin zocht naar gemeenschappelijkheid, probeerde zijn kennis te verfijnen en

¹ Kind en Gezin gaat ervan uit dat alle zaken die bevestigd worden in het kader van de ijsbrekers (alle combinaties feitelijkheid-beleving-ondersteuningsvraag), indicaties kunnen zijn om 'iets te doen'. Logischer wijze zullen dit vooral zaken zijn waarbij het gezin een ondersteuningsvraag geformuleerd heeft.

wetenschappelijk te onderbouwen. Hierdoor kan Kind & Gezin nu een methodiek, de IJsbrekermethodiek, aanbieden die nauw aansluit bij wat al jaren gebeurt maar die verder verfijnd is en helpt om enkele zaken beter te plaatsen en te objectiveren.

De essentie van deze methodiek ligt enerzijds in het feit dat Kind en Gezin de ouders stimuleert om zelf zaken in gesprek te brengen en hen daarop laat reflecteren. Anderzijds verzekert de methodische onderbouw van de methodiek dat alle belangrijke zaken op een goede manier in gesprek gebracht worden en dat de dienstverlening hier op een gepaste manier bij kan aansluiten. Deze combinatie vraagt enerzijds flexibiliteit en genoeg 'openheid' om zaken door de ouders in gesprek te laten brengen. Anderzijds is er nood aan een goed gestructureerde methodische opbouw om de geschikte dienstverlening te kunnen brengen, of indien nodig, een risico-inschatting te maken. Hiertoe worden zeven 'ijsbrekers' gebruikt, vragen die ervoor zorgen dat de ouders uitgenodigd worden om over alle belangrijke domeinen met betrekking tot de realisatie van hun gezinsproject in gesprek te gaan. Het vraaggericht gespreksmodel geeft de nodige handvatten om het dynamische proces dat steeds speelt in elk contact met het gezin, via constante bijsturing vorm te geven.

De ijsbrekers zijn:

- Hoe gaat het met jullie kindje?
- Hoe gaat het met jou/jullie?
- Ouder worden van..., het is een hele belevenis, hoe is dat voor jullie?
- Hoe gaat het met de rest van het gezin?
- Ouder worden, een kind krijgen, daar komen ook heel wat andere zaken bij kijken.
- Zijn er voor jullie (in de afgelopen tijd) belangrijke gebeurtenissen of veranderingen geweest?
- Stel, we zijn een paar jaar verder, hoe zie je je gezin dan?

Bij de eerste ijsbrekers horen nog een aantal 'doorvragers' die gesteld worden om dieper op een bepaald aspect in te gaan.

De ijsbrekers die gebruikt worden helpen ten eerste de verschillende clusters van kind-, ouder-, ouderschaps-, en contextkenmerken te bevragen. Ten tweede wordt ten aanzien van elk van deze feiten ook de beleving (en betekenis) en de behoefte aan ondersteuning bevestigd. De combinatie van feit, beleving (en betekenis) en ondersteuningsbehoefte heeft een invloed op hoe de ondersteuning er zal uitzien. Het resultaat van de vraag- en aanbodverheldering wordt aldus een gepersonaliseerd dienstverleningsplan voor het gezin.

Samengevat zou het proces van vraag- en aanbodverheldering als volgt omschreven kunnen worden:

"Het proces van vraag- en aanbodverheldering wordt doorlopen door het gezin en de regioteamleden. Vertrekkende vanuit een gemeenschappelijk kader (bekomen door een goede voorstelling van de dienstverlening), krijgt men zicht op vier relevante domeinen: kindkenmerken, ouderkenmerken, ouderschap en context. Dit gebeurt door zaken te observeren, te bevragen en uit de registratie te halen. Men krijgt zich op hoe die zaken zijn (feitelijkheid), op hoe ze beleefd worden (beleving en betekenis) en op

de ondersteuningsnoden van de ouders. Vervolgens schat men via synthese en analyse samen in of er nood is aan ondersteuning (ondersteuningsvraag/aandachtspunt) en door wie die ondersteuning kan geboden worden (door het eigen sociale netwerk of door Kind & Gezin). Daarna wordt er beslist hoe die ondersteuning eruit zal zien binnen de dienstverlening van Kind & Gezin en worden er afspraken gemaakt.”

Hoofdstuk 2

Doelstelling en voorstelling ad hoc project

1 Doelstelling ad hoc project

Het doel van dit project is de validatie van de IJsbrekermethodiek.

Waarnemingen, metingen of uitspraken zijn meer of minder valide in hoeverre ze al dan niet betrekking hebben op wat we bedoelen vast te stellen (van Dijk et al., 1991). Als we de validiteit van een meetinstrument nagaan, gaan we met andere woorden na of het instrument datgene meet wat we willen dat het meet. De vraag die we ons in dit project stellen is met andere woorden of de ijsbreker meet wat we willen dat hij meet.

Alvorens deze vraag te kunnen beantwoorden, moeten we zicht krijgen op wat de ijsbreker wenst te meten. We haalden reeds aan dat de ijsbreker de vragen van gezinnen wil verhelderen. Langs de andere kant moet hij ook, zelfs al heeft het gezin geen vragen, risicosituaties kunnen detecteren. De ijsbreker wenst met andere woorden een antwoord te geven op de volgende vragen: „Bij welke zaken heeft dit gezin behoefte aan ondersteuning (actiepunten)?” en “Ten aanzien van welke zaken is er geen ondersteuningsbehoefte maar ofwel bezorgdheid ofwel aandacht bij Kind & Gezin (respectievelijk actiepunten of aandachtspunten)?”

De missie van kind en gezin is om zoveel mogelijk kansen te creëren voor kinderen, waar en hoe ze ook geboren zijn of opgroeien. Via de ijsbreker probeert men zicht te krijgen op welke factoren bij een specifiek gezin aanwezig zijn en deze kansen groter maken (protectieve factoren) of belemmeren (risicofactoren), om vervolgens deze factoren te kunnen stimuleren en/of wegwerken.

Als de ijsbreker de protectieve- en risicofactoren in een bepaald gezin wil nagaan, kan de validatievraag als volgt geformuleerd worden: “Geven de resultaten van de ijsbreker ons een goed beeld van de protectieve- en risicofactoren met betrekking tot kansen voor kinderen?” of anders gezegd “Geven de actiepunten en aandachtspunten verkregen met de ijsbreker de vragen van de gezinnen en de zorgen en aandachtspunten vanuit hulpverlening weer?”

2 Voorstelling ad hoc project

Er bestaan verschillende soorten validiteit, waarbij elke soort de centrale vraag naar validiteit nagaat maar door middel van een andere procedure.

Smaling (1987) definieert *inhoudsvaliditeit* als “de mate waarin gegevens, begrippen of beschrijvingen een goede representatie vormen van alle mogelijke relevante gegevens”. De relevantie van de gegevens hangt af van de theoretische invalshoek, de vraag- en doelstelling, het bestudeerde fenomeen, de beoogde inhoud, enz.” (Smaling, 1987).

In de literatuur worden drie procedures beschreven om deze inhoudsvaliditeit na te gaan. Ten eerste kan de onderzoeker een nauwkeurige analyse van het theoretische begrip maken en vervolgens nagaan of alle aspecten ervan in het instrument gedekt zijn (Swanborn, 1987). Ten tweede kan het instrument worden voorgelegd aan 'beoefenaars van de wetenschap die op het betreffende terrein deskundig zijn' (Van Dijk et al., 1991). Een derde en laatste procedure is het vragen van feedback van participanten (Wester, 1984).

Criteriumgerelateerde validiteit wordt als volgt gedefinieerd: "Het vergelijken van de meetresultaten van de te valideren meetprocedure met andere meetresultaten bij dezelfde elementen. Met behulp van een externe maatstaf (het criterium), wordt de geldigheid van de meetprocedure ondersteund" (De Munter, 2005, p 126).

In de literatuur worden twee procedures beschreven om deze criteriumgerelateerde validiteit na te gaan (Segers, 1987). Ten eerste kunnen de meetresultaten vergeleken worden met de uitkomsten van een soortgelijk instrument (congruente validiteit of soortgenoot validering). Ten tweede kan men na verloop van tijd variabelen die met het te valideren instrument kunnen worden voorspeld vergelijken met de resultaten (predictieve validiteit of concurrente validiteit).

Swanborn (1987) stelt dat men bij het nagaan van *begripsvaliditeit* gebruik maakt van theorieën waarin het kenmerk zoals bedoeld gerelateerd wordt aan andere kenmerken. Wanneer men deze andere kenmerken in zijn onderzoek meet, kan men de correlaties ervan nagaan met de meetresultaten van het kenmerk zoals bedoeld. Als de correlaties beantwoorden aan wat men op basis van de theorieën kan verwachten, is er sprake van begripsvaliditeit.

In ons onderzoek zal het mogelijk zijn de inhoudsvaliditeit van de ijsbreker na te gaan. Ten eerste zal het theoretische begrip 'risico en protectieve factoren voor kansen van kinderen' geanalyseerd worden. Verder zullen we ook een analyse maken van de manier waarop men deze risico- en protectieve factoren het best vaststelt. Ten tweede zal de ijsbreker worden voorgelegd aan experts op dit domein.

Verder zal de congruente validiteit van de ijsbreker nagegaan worden. Bij een groep gezinnen zal zowel de ijsbreker als een aantal reeds gevalideerde instrumenten afgenomen worden. De beperkte periode waarin het onderzoek loopt laat ons niet toe de predictieve validiteit na te gaan.

3 Onderzoeksvragen

We haalden reeds aan dat we de validiteit van de Ijsbrekermethodiek willen nagaan. Aangezien onderzoek nooit een sluitend antwoord kan geven op de vraag naar de validiteit van een instrument, luidt de algemene onderzoeksvraag als volgt:

Ontkrachten de resultaten van ons validiteitonderzoek het vermoeden dat de Ijsbrekermethodiek een valide meetinstrument is?

Deze onderzoeksvraag valt uiteen in volgende twee vragen:

Ontkrachten de resultaten van ons validiteitonderzoek het vermoeden dat de Ijsbrekermethodiek voldoet aan het criterium inhoudsvaliditeit?

Ontkrachten de resultaten van ons validiteitonderzoek het vermoeden dat de IJsbrekermethodiek voldoet aan het criterium congruente validiteit?

De twee onderzoeksvragen zullen respectievelijk in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 beantwoord worden.

Hoofdstuk 3

Onderzoek naar de inhoudsvaliditeit van de IJsbrekermethodiek

Zoals reeds gesteld werd de inhoudsvaliditeit van de IJsbrekermethodiek op twee manieren nagegaan. In punt 3.1. wordt de kadering van de IJsbrekermethodiek in de literatuur besproken. In punt 3.2. komt de beoordeling van de IJsbrekermethodiek door experts aan bod.

1 Kadering van de IJsbrekermethodiek in de literatuur

In punt 1.1. geven we een synthese van actuele modellen van risico en beschermende factoren in gezinnen met jonge kinderen. Deze modellen geven ons met andere woorden zicht op de inhoudelijke zaken die in elk proces van vraag- en aanbodverheldering aan bod zouden moeten komen. Punt 1.2. behandelt de belangrijkste bevindingen uit de literatuur over de procedurele voorwaarden van vraag- en aanbodverheldering. In punt 1.3. komen een aantal methodieken van vraag- en aanbodverheldering uit het buitenland aan bod. Zowel de inhoud als de procedurele voorwaarden van deze methodieken worden besproken. De verhouding van de IJsbrekermethodiek ten opzichte van deze inhoud, procedures en toepassingen wordt besproken in punt 1.4.

1.1 Analyse van risico's en beschermende factoren in gezinnen met jonge kinderen: een synthese van actuele modellen

Vandaag de dag zijn de meeste wetenschappers het er over eens dat zowel biologische, psychologische, sociale als culturele factoren de ontwikkeling van een kind beïnvloeden (Garbarino et al., 2000). In wat volgt stellen we enkele vigerende modellen voor uit de gedragswetenschappen die deze factoren en hun complexe onderlinge relaties in beeld brengen.

1.1.1 Bio-ecologisch model (Bronfenbrenner)

De vier pijlers van dit model zijn: "ontwikkelingsproces", "context", "persoon" en "tijd".

Met de term "*ontwikkelingsproces*" wil Bronfenbrenner aangeven dat de ontwikkeling van een persoon niet van nature uit vastligt maar ook niet volledig door de context bepaald wordt. Volgens Bronfenbrenner is ontwikkeling een proces dat zich voltrekt in de interactie tussen een persoon en zijn omgeving (Lerner et al., 2002). In wat volgt zetten we uiteen wat Bronfenbrenner verstaat onder "persoon" en "context". We hopen zo meer te weten te komen over de factoren die de ontwikkeling beïnvloeden.

Reeds gedurende de jaren '70, beklemtoonde Bronfenbrenner de invloed van de *context* op de ontwikkeling van een individu (Lerner et al., 2002). Deze context (ook wel ecologische omgeving genoemd) kan worden weergegeven als een topografisch

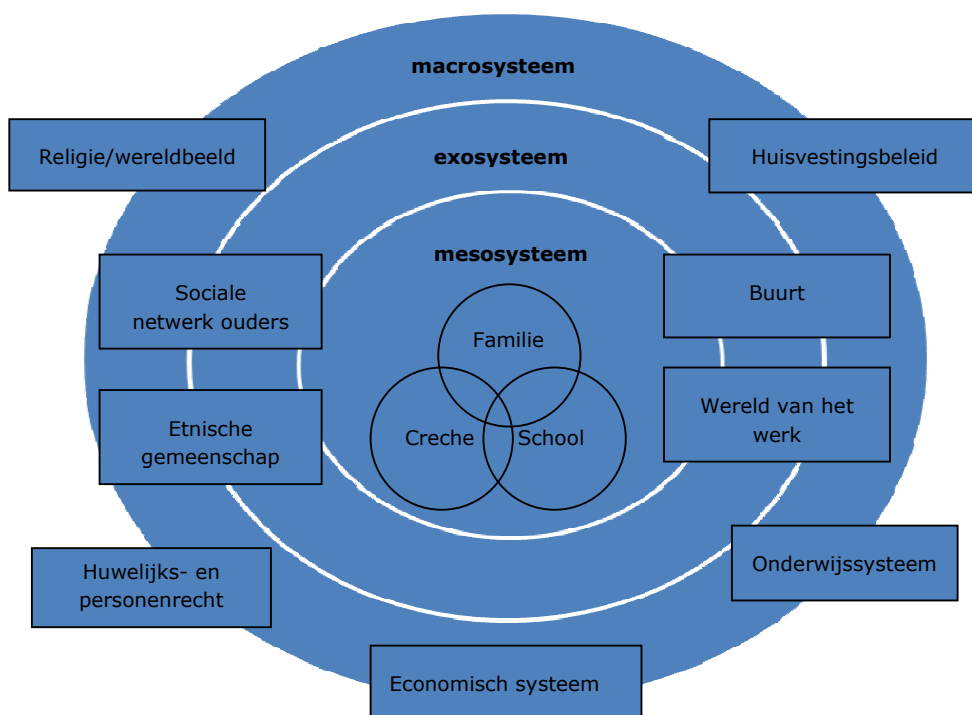
arrangement van systemen. De verschillende systemen zijn in elkaar genesteld zoals Russische poppen (zie figuur 1) en beïnvloeden elkaar wederzijds. De opeenvolgende systemen zijn: microsysteem, mesosysteem, exosysteem en macrosysteem (Eldering, 2006).

Een microsysteem is een setting waarin een individu zich op een gegeven moment in zijn leven bevindt (Lerner et al., 2002). Voorbeelden van zulke settings zijn familie, kerk, hospitaal, school, kamp, etc. (Fogel, 1999). In deze settings interageert het individu zowel met andere individuen als met objecten en symbolen (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Het mesosysteem is de combinatie van microsystemen, waarvan een individu gedurende een gegeven periode in zijn leven deel uitmaakt (Lerner et al., 2002). Vooral het contact en de uitwisseling van informatie tussen de verschillende microsystemen is van invloed op de ontwikkeling en het gedrag van het kind (Fogel, 1999).

Het exosysteem bestaat uit verschillende settings waarvan het individu geen deel uitmaakt maar die wel zijn gedrag en ontwikkeling beïnvloeden. Een voorbeeld is het werk van de ouders van een kind. Wanneer de ouder bijvoorbeeld een stressvolle dag achter de rug heeft, kan dit een invloed hebben op de kwaliteit van zorg die hij die avond zal verlenen (Lerner et al., 2002; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Andere voorbeelden zijn het sociale netwerk van ouders, de buurt waarin het gezin woont en de etnische en religieuze gemeenschap waarvan het gezin deel uitmaakt (Eldering, 2006).

Onder macrosysteem verstaat men de invloed die uitgaat van de bredere samenleving (Lerner et al., 2002). Het is geen concrete sociale structuur maar heeft betrekking op de cultuur of de heersende ideologie van een samenleving. Deze ideologie vloeit vaak voort uit de heersende religie of wereldbeschouwing. De ideologie komt tot uiting in macrostructuren, zoals het economische systeem, het rechtssysteem, het systeem van sociale voorzieningen en het onderwijssysteem (Eldering, 2006, p44).



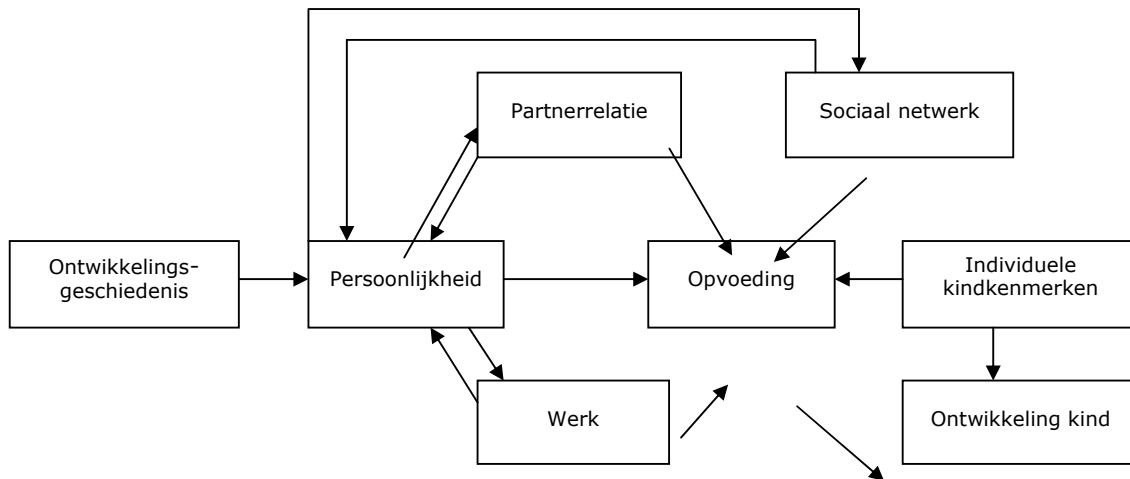
Figuur 1. Bio-ecologisch model Bronfenbrenner (Eldering, 2006)

Niet enkel de context maar ook het *individu* zelf heeft een invloed op zijn ontwikkeling. De aard van het individu beïnvloedt de kwantiteit, kwaliteit en uitkomst van interacties met zijn omgeving. Individuen onderscheiden zich op biologisch, cognitief, emotioneel en gedragsmatige vlak (Lerner et al., 2002; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

De vierde en laatste component van het bio-ecologische model is "*tijd*". Met het concept "microtijd", bedoelt Bronfenbrenner de continuïteit of discontinuïteit gedurende een bepaald interactiemoment tussen een individu en zijn omgeving. "Mesotijd" verwijst naar de periodiciteit van deze interactiemomenten gedurende een groter tijdsinterval, zoals dagen en weken. Tot slot refereert "macrotijd" naar de al dan niet veranderende verwachtingen en gebeurtenissen in de bredere samenleving. Macrotijd heeft betrekking op veranderingen die zowel over generaties heen als in een bepaalde generatie plaatshebben (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

1.1.2 Procesmodel van invloed op ouderschap (Belsky, 1984)

In de literatuur vond Belsky (1984) onderzoeksresultaten die volgend model ondersteunen:



Figuur 2. Procesmodel van invloed op ouderschap (Belsky, 1984)

In het model kan men vier dimensies onderscheiden die de ontwikkeling van het kind direct of indirect beïnvloeden: opvoeding, persoonlijkheid van de opvoeders, individuele kindkenmerken en kenmerken van de bredere sociale context waarin de ouder-kind relatie gesitueerd is.

Met betrekking tot de *opvoeding* van het jonge kind (0-3jaar), beklemtoont Belsky (1984) dat een warme, stimulerende, kindgerichte, responsieve en non-restrictieve opvoeding, de ontwikkeling van het kind positief beïnvloedt.

Dan stelt zich de vraag welke opvoeders het meest geneigd zijn om de ontwikkeling van hun kind op zulke manier te stimuleren? Wat is de *persoonlijkheid* van deze *opvoeders*? Volgens Belsky (1984) zijn dit vooral sensitieve individuen, die niet enkel op zichzelf betrokken zijn maar ook het perspectief van anderen kunnen innemen. Ze zijn bereid hun aandacht primair te focussen op de opvoeding van het kind.

Volgens Belsky (1984) zijn vooral psychologisch gezonde volwassenen hiertoe in staat. Ouders met psychologische problemen en tienerouders zijn met andere woorden risicofactoren voor de ontwikkeling van een kind.

De *ontwikkelingsgeschiedenis* van de ouders zelf beïnvloedt hun persoonlijkheid. Een voorbeeld hiervan is de link tussen ouders die hun kind mishandelen en de mishandeling die zij in hun eigen jeugd ervaren hebben.

Opvoeding is een proces dat zich afspeelt in de interactie tussen ouder en kind. Welke kinderen zijn het meest geneigd om een warme, stimulerende, aandachtgevend, responsieve en non-restrictieve opvoeding te ontvangen? Wat is de invloed van *individuele kindkenmerken*?

Belsky (1984) stelt dat er wel degelijk een grote invloed uitgaat van individuele kindkenmerken. Een voorbeeld hiervan is dat de opvoeding van een kind met een moeilijk temperament vaak minder vlot verloopt dan die van een kind met een gemakkelijk temperament, zelfs als de ouders in beide gevallen warm, sensitief, empathisch, etc. (cfr. supra) zijn.

Toch stelt Belsky (1984) dat het niet zozeer de kindkenmerken of de ouderkenmerken op zich zijn die de opvoeding en als gevolg de ontwikkeling van het kind beïnvloeden. Eerder is de "goodness of fit" tussen de ouder- en kindkenmerken belangrijk.

Tot slot beïnvloedt ook *de bredere sociale context* de ontwikkeling van het kind. Volgens Belsky (1984) loopt deze invloed vooral indirect, via de invloed op ouders en opvoeding (cfr. Figuur 2). Op basis van het bio-ecologische model van Bronfenbrenner, kunnen we aannemen dat dit bij jonge kinderen meestal het geval zal zijn. Zij spenderen immers veel tijd in het microsysteem 'familie'. Als gevolg zullen zij weinig rechtstreekse invloed van de rest van hun context ondervinden.

Met betrekking tot de context wijst Belsky (1984) op het cruciale belang van sociale steun. Deze steun kan uitgaan van drie verschillende bronnen, namelijk de partnerrelatie, het sociale netwerk en het werk van de ouders. Elk van deze bronnen kan emotionele, praktische of informationele steun geven. De steun kan de opvoeding zowel direct als indirect (via de invloed op het algemene welbevinden van de ouder) beïnvloeden.

Voorbeelden van steun vanuit de partnerrelatie zijn volgens Belsky (1984): 'de partner helpt bij de opvoeding van het kind', 'veel goede communicatie tussen de partners', 'partners steunen elkaar bij de opvoeding van het kind' en 'een warme en affectieve partnerrelatie'. Voorbeelden van steun vanuit het sociale netwerk zijn volgens Belsky (1984): 'de ouder heeft frequent contact met anderen', 'gedurende deze contacten krijgt de ouder steun' en 'de verschillende personen uit het sociale netwerk van de ouder hebben ook onderling contact'. Voorbeelden van steun die volgens Belsky (1984) uitgaan van het werk van de ouders zijn: 'het hebben van werk' en 'tevredenheid met de werksituatie'.

Het is belangrijk om te vermelden dat advies en (vaak goedbedoelde) hulp niet steeds als ondersteunend wordt ervaren. Denk maar aan een (schoon)ouder die (vaak goedbedoeld) zijn eigen opvoedingsvisie wil opdringen. Ook hier is vooral de "goodness of fit" tussen de noden van de ouders en de ondersteuning vanuit de omgeving belangrijk. Meer algemeen kan elk van de hierboven genoemde bronnen van steun, ook een bron van stress zijn. Belsky (1984) vermeld hier de invloed van partnergeweld, echtscheiding, sociale isolatie, werkloosheid, tijd die geïnvesteerd wordt in een carrière en jobsatisfactie.

Samenvattend kunnen we stellen dat ouders die zelf een ondersteunende opvoeding genoten hebben en die kunnen rekenen op steun vanuit hun omgeving, over het algemeen vaker als gezonde en mature personen in het leven staan en een groter algemeen welbevinden hebben. Gegeven bepaalde optimale kindkarakteristieken (cfr. "Goodness of fit" tussen ouder en kindkarakteristieken), zijn deze ouders over het algemeen in staat hun kinderen een opvoeding te geven die een optimale ontwikkeling stimuleert.

Op basis van onderzoek stelde Belsky (1984) onderstaand theoretisch model op. Het geeft een overzicht van alle mogelijke combinaties van de hierboven genoemde dimensies. Per combinatie wordt het effect op een optimale ontwikkeling van het kind weergegeven.

Relatieve kans op competente opvoeding	Conditie		
	Persoonlijkheid en psychologisch welzijn ouders	Steun vanuit de context	Individuele kindkenmerken
Hoogst.....	+	+	+
	+	+	-
	+	-	+
	-	+	+
	+	-	-
	-	+	-
	-	-	+
Laagst.....	-	-	-

Figuur 3. Relatieve kans op effectief ouderschap in alle mogelijke condities (Belsky, 1984).

Als buffer tegen stress in de ouder-kindrelatie is de persoonlijkheid en het welzijn van de ouder het meest effectief, gevolgd door respectievelijk de context en kindfactoren.

1.1.3 Pedagogische vraag en pedagogisch aanbod (Hellinckx, 2006)

Hellinckx (2006) definieert opvoeding als de interactie tussen ouder en kind. Wil de opvoeding vlot verlopen, dan moet het pedagogische aanbod van de opvoeders afgestemd zijn op de pedagogische vraag van het kind. Vraag en aanbod worden door verschillende factoren bepaald. Zoals eerder gesteld, brengt een pasgeboren baby het merendeel van zijn tijd door in 'opvoedings- en verzorgingssituaties' (zoals gezin en crèche). Andere microsystemen (zoals een vriendengroep), komen op deze leeftijd nog niet aan bod. Als gevolg zal zijn of haar ontwikkeling en welzijn in de meeste gevallen volledig door deze opvoedingssituaties bepaald worden. We achten het model van Hellinckx dan ook geschikt om de leefwereld van een pasgeborene in kaart te brengen. Volgens Hellinckx zijn volgende factoren van invloed op de opvoeding (en hierdoor ook op het welzijn) van een kind²:

1. De kenmerken van verschillende gezinsleden:

Gezondheid/fysieke gesteldheid:

Een ziek kind of een kind met een handicap heeft een andere pedagogische vraag dan een gezond kind. Een ziekte of handicap van een opvoeder of andere gezinsleden heeft een invloed op het pedagogische aanbod: het kan bijvoorbeeld leiden tot verminderde opvoedingsbeschikbaarheid.

² We baseren ons op Desimpel (2006) en Hellinckx (2006).

Persoonlijkheid en vitaliteit:

Het pedagogische aanbod wordt bepaald door de stabiliteit van de persoonlijkheid van de ouders. Verder is het belangrijk dat de opvoeder de nodige energie bezit om open te kunnen staan voor en gericht te kunnen zijn op de kinderen.

Opvoedingsgeschiedenis:

Zowel de eigen opvoeding als de schoolse opleiding, beïnvloeden de manier waarop ouders hun kinderen opvoeden. Met betrekking tot de eigen opvoeding, zullen sommige opvoeders het voorbeeld van hun eigen ouders volgen, terwijl anderen zich ertegen zullen afzetten.

2. De kenmerken van verschillende subsystemen:

De echtelijke relatie:

Een bevredigende en stabiele partnerrelatie, heeft een positieve invloed op het pedagogische aanbod van ouders. Langs de andere kant kan het uitblijven van emotionele uitwisseling of communicatie tussen beide opvoeders, een negatieve invloed hebben.

De sibling-groep:

Belangrijke factoren zijn: aantal kinderen, verdeling over de geslachten, plaats in de kinderrij, leeftijdsverschillen, en de manier waarop broers en zussen met elkaar omgaan. Vooral in de processen van socialisering, agressieregulatie en identiteitsvorming spelen broers en/of zussen een belangrijke rol.

3. De kenmerken van het gezin

Gezinsorganisatie:

Met gezinsorganisatie bedoelt Hellinckx (2006) de wijze waarop gezinsleden met elkaar omgaan. Hierbij is het belangrijk vast te stellen waar het gezin zich bevindt op het continuüm 'kluwengezin – loszandgezin'. Aan de uitersten van het continuüm bevinden zich respectievelijk 'gezinnen waarbij de afgrenzing tussen de verschillende gezinsleden zoek is' en 'gezinnen waarbij de leden zich te veel van elkaar afgrenzen'. Verder is het van belang om vast te stellen of er sprake is van 'allianties' of 'coalities' en tussen wie.

Gezinscultuur:

Elk gezin heeft een eigen kader van opvattingen, expressieve symbolen en waarden. Concreet zijn dit bijvoorbeeld manieren waarop gevoelens uitgedrukt worden, meningen geven worden, etc.

Gezinsdynamiek:

Elk gezin doorloopt bepaalde fasen. De overgang naar een volgende fase is meestal het gevolg van een uitbreiding of inkrimping van het gezin of van veranderingen in activiteiten van het gezin of gezinsleden. Zowel bij de overgang naar een volgende fase, als bij het vervullen van fasespecifieke taken, kunnen er problemen ontstaan. Het is dan ook belangrijk om te bekijken in welke fase een bepaald gezin zich bevindt en of dit al dan niet gepaard gaat met problemen.

4. De kenmerken van de context van het gezin

Materiële mogelijkheden van het gezin:

Vooraf problemen met betrekking tot financiële mogelijkheden, huisvesting, inrichting van de woonruimte, aanwezigheid van speelgoed, etc., hebben een duidelijke invloed op de opvoeding.

Familiale omgeving:

Het gezinsfunctioneren in het algemeen en de gezinsopvoeding in het bijzonder, wordt beïnvloed door de contacten van het gezin met de ruimere familie en de posities die zij in de ruimere familie innemen.

Buurt en vriendenkring:

Advies van buurt en vriendenkring, kan het opvoeden zowel positief als negatief beïnvloeden.

Institutionele omgeving:

De school, de kerk, het gerecht of andere hulpverleners geven signalen over opvoeding.

Op basis van voorgaande factoren kan men de pedagogische vraag van een kind en het pedagogische aanbod van zijn opvoeders in kaart brengen. Als vraag en aanbod niet op elkaar afgestemd zijn, is het welzijn en de ontwikkeling van het kind in gedrang.

1.1.4 Conclusie

Ondanks de duidelijke verschillen, zijn er tussen de hierboven besproken modellen ook gelijkenissen. Ten eerste beklemtonen alle auteurs dat zowel individuele kindfactoren als factoren in de context van het kind, het welzijn van het kind beïnvloeden. Met betrekking tot de context van jonge kinderen, gaat de grootste invloed uit van het gezin.

De modellen zijn niet zonder problemen te vertalen naar de praktijk. Wil men de modellen hanteren voor inschatting van risico en protectieve factoren, botst men op een aantal problemen. Ten eerste wordt er van de verschillende beïnvloedende factoren (kindfactoren, individuele kenmerken van ouders, context, etc.) een weinig concrete invulling geven. De modellen geven ons slechts een aanwijzing van algemene factoren die in kaart gebracht moeten worden. Ten tweede vertellen de modellen ons niets over de manier waarop men deze factoren in de praktijk kan vaststellen. Tot slot geven de modellen ook over de conclusies die men naar hulpverlening toe kan trekken, geen raad.

In wat volgt (1.2.) wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen uit de literatuur over procedures om deze factoren in kaart te brengen.

Het onderzoek naar meer specifieke risico- en protectieve factoren is erg omvangrijk en behandelt telkens slechts een beperkt aantal factoren. In het kader van dit rapport zou het ons te ver leiden om de bevindingen uit al deze onderzoeken voor te stellen. Ook het voorstellen van slechts enkele onderzoeken is geen optie, aangezien de lijst met risico en protectieve factoren dan niet exhaustief zou zijn. We kozen ervoor om

een aantal programma's voor vraag- en aanbodverheldering voor te stellen (1.3.). We bekijken welke inhoud er in deze programma's bevraagd worden, op welke manier men dit doet en hoe er een koppeling gemaakt wordt tussen vraag en aanbod.

1.2 Procedurele voorwaarden voor vraag- en aanbodverheldering

We stelden reeds dat opvoedingsondersteuning tot de taken van Kind & Gezin behoort (zie hoofdstuk 1, punt 1). Als hulpmiddel bij het bieden van opvoedingsondersteuning, werd de IJsbrekermethodiek ontwikkeld.

Wil men een zinvol en efficiënt aanbod doen, dan dient deze opvoedingsondersteuning aan een aantal voorwaarden te voldoen (Hellinckx, 2002).

Allereerst vraagt goede opvoedingsondersteuning een *degelijke organisatorische infrastructuur*. Zo moet het onder meer mogelijk zijn om voldoende tijd aan de gezinnen te besteden en moet de hulpverlener in voldoende mate zelfstandig en flexibel kunnen beslissen over het aantal, de frequentie en de duur van de interventies.

Daarnaast is ook de *deskundigheid van de hulpverlener* belangrijk. De hulpverlener moet een wetenschappelijk verantwoorde visie hebben op het opvoeden, de kennis over de kinderlijke ontwikkeling en over het ontstaan van ontwikkelingsproblemen én moet bovendien zicht hebben op de andere voorzieningen in de regio en over de nodige hulpverlenings- en samenwerkingsvaardigheden beschikken.

Misschien wel dé belangrijkste voorwaarde om aan opvoedingsondersteuning te doen, is dat de hulpverlener met het gezin werkt vanuit een *'professionele houding'*. Hiervoor dienen de ouders onvoorwaardelijk geaccepteerd te worden en moet er respect van de hulpverlener zijn voor de pedagogische verantwoordelijkheid van de ouders en hun aanpak. Ook moet er respect zijn voor de *'ervaringsdeskundigheid'* van de ouders met betrekking tot hun kind. De hulpverlener dient zijn eigen handelen in vraag te blijven stellen (Hellinckx; 2002).

Een methodiek voor een efficiënte opvoedingsondersteuning is volgens Hellinckx et al. gebaseerd op volgende belangrijke kenmerken van de hulpverlening: laagdrempelige en niet-stigmatiserende hulp, vraaggericht werken, hulp-op-maat, methodisch werken en empowerment-based care (Hellinckx, 2002).

Elke opvoedingsvraag of elk opvoedingsprobleem verdient een antwoord dat direct aansluit bij en in verhouding staat tot de vraag van ouders. Het is dus de vraag van de ouders die bepaalt welke hulp gegeven wordt. De hulpverlener gaat met andere woorden op zoek naar de beste (de meest realistische en haalbare) oplossing, waarbij rekening gehouden wordt met alle specifieke elementen uit de opvoedingscontext (onder andere de ouderkenmerken, kindkenmerken, het sociale netwerk, gezinsrelaties en de voorgeschiedenis) (Hellinckx, 2002).

Om een efficiënte opvoedingsondersteuning te bieden, dient de hulpverlener ook methodisch te werken. Dit wil zeggen dat hij zich niet laat leiden door indrukken en intuïties maar wel dat hij het probleem grondig en systematisch analyseert, bekijkt welke doelen hij wil bereiken, de gepaste strategie kiest en toepast en vervolgens evalueert in welke mate de gestelde doelen zijn bereikt. Hoewel dit werken in

verschillende stappen veel tijd vergt, zijn er toch veel voordelen aan het methodisch werken. Het is dus zeer zinvol om deze methodiek bij alle opvoedingsvragen toe te passen.

Tot slot dient een hulpverlener ook te werken vanuit de empowermentgedachte. Dit betekent dat de hulpverlener niet degene is die het allemaal beter weet en goede raad geeft. De hulpverlener gelooft in de mogelijkheden van de cliënten, betuigt respect voor de beslissingen van de ouders, wijst op de competenties van de cliënten en geeft de ouders het gevoel controle te hebben over hun eigen situatie. Men dient met andere woorden ook oog te hebben voor de zaken die wél goed gaan en voor de sterke kanten van ouders, kind, gezin en de brede omgeving.

Samengevat is opvoedingsondersteuning niet louter het bedenken en opleggen van oplossingen voor vragen van ouders. Bij het uitwerken van opvoedingsondersteunende interventies zal de ervaring van de ouders inzake opvoeden dienen te worden verkend en interventies moeten steeds in samenspraak met de ouders verricht worden. Ouders zullen bij deze manier van werken iets bijleren en creatiever worden, ze gaan zelf nadenken en dingen uitproberen wanneer ze worden geconfronteerd met opvoedingsvragen (Hellinckx, 2002).

Opvoedingsondersteuning start best zo vroeg mogelijk, als het kan zelfs voor de geboorte want tijdens de zwangerschap worden al de fundamenteën gelegd voor de relatie tussen ouder en kind. Vanaf het moment dat het kindje er is, is het belangrijk om er te 'zijn' voor de ouders en aandacht te hebben voor de verschillende ouder- en kindkenmerken. Ouders worden hierdoor zekerder en eventuele problemen worden op deze manier vroegtijdig opgespoord (Hellinckx, 2002).

Wanneer er bepaalde risicofactoren aanwezig zijn, kan besloten worden om een specifiek zorgaanbod aan te bieden. Een risicofactor kan zowel een kenmerk van kinderen (bijvoorbeeld een moeilijk temperament), als ouders (bijvoorbeeld geen of zeer weinig opleiding), als een omstandigheid (bijvoorbeeld leven in armoede) of een gebeurtenis (bijvoorbeeld een traumatische ervaring) zijn. In eerder uitgevoerd onderzoek is reeds duidelijk geworden dat er een verband bestaat tussen de aanwezigheid van risicofactoren en latere, minder wenselijke ontwikkelingsuitkomsten van welke aard dan ook (Hermanns, 2005). De aanwezigheid van een van deze risicofactoren betekent niet dat er later sowieso problemen zullen optreden. Het is echter wel belangrijk om dergelijke factoren tijdig te detecteren en nauwkeurig op te volgen. Door te kijken naar risicofactoren, kan men tot op zekere hoogte problemen zien aankomen en preventief optreden. Een uitspraak dat in een specifiek gezin een individueel kind eerder wel dan niet mishandeld zal worden is echter niet mogelijk. In een aantal gevallen is het toch aan te raden om, ook al is er weinig zekerheid, de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren te laten leiden tot een interventie (Hermanns, 2005).

1.3 Praktijktoeepassingen in de preventieve hulpverlening: enkele voorbeelden uit het buitenland

In wat volgt worden enkele voorbeelden gegeven van methodieken voor vraag- en aanbodverheldering uit het buitenland. Vragen die we ons stellen zijn: „Welke

inhouden komen aan bod?”, „Op welke manier worden deze inhouden bevraagd?” en „Hoe maakt men de koppeling tussen vraag en aanbod?”

1.3.1 Framework for the assessment of children in need and their families (Engeland)³

Inleiding

Het 'framework for the assessment of children in need and their families', is een methodiek die in Engeland gebruikt wordt in de hulpverlening aan jongeren in nood en hun families. De methodiek wordt gehanteerd bij kinderen en jongeren die worden doorverwezen naar 'social work'⁴. Hij bestaat uit twee delen. In het eerste deel, het beschrijvende deel, probeert de social worker zicht te krijgen op het kind in zijn familie en bredere context. Het tweede deel bestaat ten eerste uit de analyse van deze beschrijving: „Welke zaken lopen goed en wat loopt minder?” Ten tweede wordt de geanalyseerde beschrijving beoordeeld en gekoppeld aan beslissingen met betrekking tot hulpverlening.

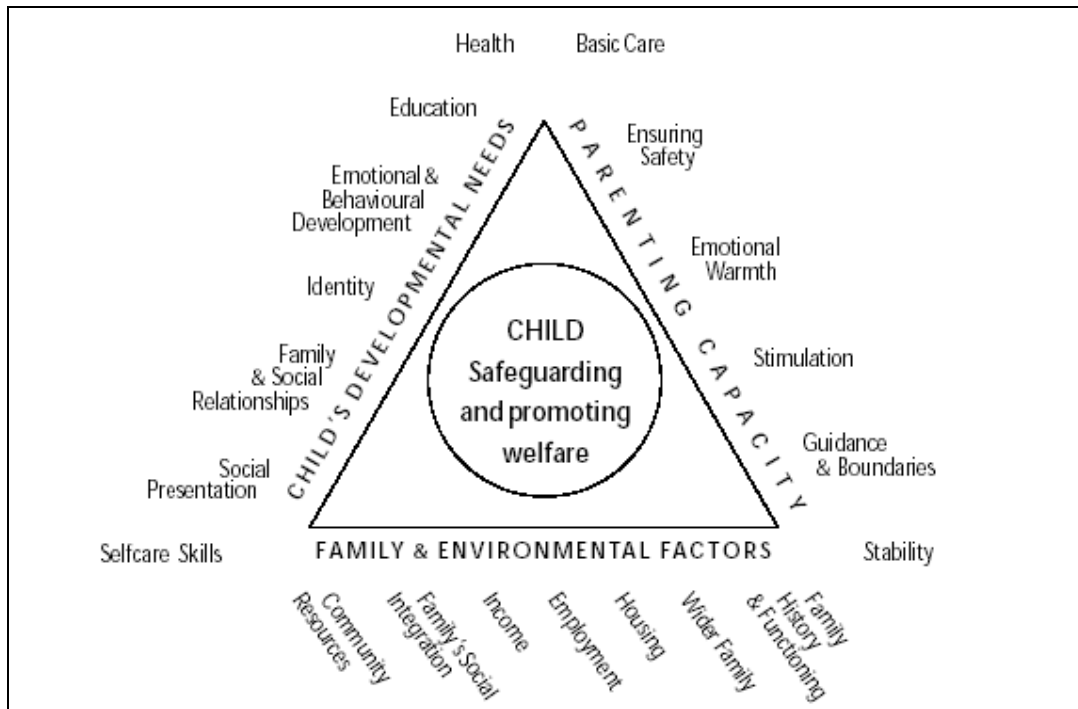
In wat volgt, richten we ons ten eerste op het beschrijvende gedeelte van de methodiek. Dit deel geeft ons een voorbeeld van hoe de theoretische modellen in de praktijk geconcretiseerd kunnen worden. We stellen ons de volgende vraag: „Hoe brengt deze methodiek het gezin in kaart (welke inhouden en procedures worden er gebruikt) opdat ze uit de beschrijving bruikbare conclusies zou kunnen trekken naar hulpverlening toe?”. Vervolgens komt de analyse en het beslissingsproces met betrekking tot de hulpverlening aan bod. Ten derde bespreken we een aantal algemene procedurele voorwaarden. We eindigen met een korte beschouwing van de methodiek.

Deel 1: beschrijving

Voor het beschrijvende gedeelte, maakt de methodiek gebruik van een raamwerk dat werd opgesteld op basis van theorieën, onderzoek en ervaring (zie figuur 4). Het geeft een overzicht van factoren die een invloed hebben op het welzijn van een kind. Deze factoren situeren zich op drie dimensies: ontwikkelingsnoden van het kind, opvoedingsgedrag van de ouders, familiale- en omgevingsfactoren. De factoren op de verschillende dimensies beïnvloeden elkaar wederzijds. Van elke factor wordt er een mogelijke invulling gegeven. Hoewel deze invulling voor de meeste factoren exhaustief lijkt, geven de onderzoekers zelf aan dat het slechts een mogelijke invulling is. Het is aan de social worker om voor elk gezin te beslissen welke invulling relevant is. Voor elk gezin moet de social worker met andere woorden nagaan welke zaken een invloed zouden kunnen hebben op het welzijn van het kind.

³ Voor de bespreking van deze methodiek, baseerden we ons op 'framework for the assessment of children in need and their families' (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003256)

⁴ In Engeland is een 'social worker' iemand die mensen helpt bij het vaststellen en interpreteren van problemen. Verder geeft deze persoon ook ondersteuning bij het zoeken naar en vinden van oplossingen voor deze problemen (<http://www.socialworkcareers.co.uk/>).



Figuur 4. Framework for the assessment of children in need and their families

In wat volgt wordt een overzicht gegeven van de drie dimensies die volgens het raamwerk van invloed zijn op het welzijn van het kind. Per dimensie geven we de bijhorende factoren en een mogelijke invulling ervan.

Dimensie 1: de ontwikkelingsnoden van het kind

Deze dimensie van het framework helpt de social worker bij het in kaart brengen van relevante aspecten in de ontwikkeling van het kind. Centrale vragen zijn: „Heeft het kind de ontwikkelingsmijlpalen bereikt?” en „Welke factoren in het kind zouden er voor kunnen zorgen dat het de ontwikkelingsmijlpalen niet bereikte?”

Het assessment framework geeft 7 factoren die met betrekking tot de ontwikkeling van kinderen bekeken moeten worden. Aangezien ontwikkeling en de te bereiken mijlpalen sterk verschillen naar gelang de leeftijd van het kind en het stadium van ontwikkeling waarin het zich bevindt, zal de onderzoeker reeds met betrekking tot deze 7 factoren een afweging moeten maken. Hij zal zich moeten afvragen welke factoren voor dit specifieke kind relevant zijn.

Verder geeft het assessment framework voor elke factor een mogelijke invulling. Er worden voorbeelden gegeven van gebieden waarop het kind bepaalde ontwikkelingsmijlpalen zal moeten bereiken. Ook de invulling van de verschillende factoren, zal van gezin tot gezin anders zijn.

De 7 factoren en voorbeelden van hun invulling zijn:

Gezondheid

Impliceert groei, ontwikkeling, fysiek welbevinden en psychisch welbevinden. Aandacht dient uit te gaan naar de impact van genetische factoren en eventuele handicaps.

Men dient zich vragen te stellen zoals: Krijgt het kind de gepaste zorg als het ziek is? Krijgt het kind geschikte voeding? Hoe zit het met de beweging van het kind? Is het kind gevaccineerd? Wordt de ontwikkeling van het kind opgevolgd? Worden de tanden en het zicht opgevolgd? En voor oudere kinderen: krijgt het kind voldoende advies en informatie over zaken die de gezondheid schaden, inclusief seksuele voorlichting en voorlichting over middelenmisbruik?

Onderwijs

Onder deze factor valt de gehele cognitieve ontwikkeling van het kind, beginnend vanaf de geboorte. Het impliceert een inventarisatie van kansen: kansen op spel en interactie met andere kinderen; kansen op toegang tot boeken; kansen op het verwerven van een reeks vaardigheden en interesses; kansen op het ervaren van succes en competentie. Het impliceert een volwassene met interesse in stimulerende activiteiten, vooruitgang en prestaties, die zicht heeft op het niveau van het kind en zijn speciale cognitieve noden.

Emotionele en gedragsmatige ontwikkeling

Onder deze factor valt het al dan niet adequaat reageren van het kind (ten opzichte van opvoeders en personen uit de familie en als het kind ouder wordt ook ten opzichte van anderen). Zowel affectieve als gedragsmatige reacties moeten in kaart gebracht worden.

Beschrijving van dit domein kan een inschatting van volgende zaken impliceren: kwaliteit van gehechtheid, temperament, aanpassing aan veranderingen, reactie op stress, zelfcontrole.

Identiteit

Het groeiende gevoel een apart en gewaardeerd persoon te zijn.

Impliceert het beeld dat het kind heeft van zichzelf en zijn mogelijkheden. Impliceert gevoelens van erbij te horen en geaccepteerd te worden door familie, leeftijdsgenoten en bredere omgeving met inbegrip van andere culturele groepen. Zaken als etniciteit, religie, leeftijd, geslacht, seksualiteit en handicap kunnen hierop een invloed hebben.

Familie en sociale relaties

De ontwikkeling van de capaciteit om het perspectief van de ander in te nemen.

Impliceert stabiele en liefdevolle relaties met ouders of ouderfiguren, goede relaties met broers en zussen, het toenemende belang van leeftijdsadequate vriendschappen (met leeftijdsgenoten en andere belangrijke personen in het leven van het kind) en het antwoord van familie op deze relaties.

Sociale presentatie

Het kind zijn groeiende besef van de manier waarop een bepaald voorkomen, gedrag en handicap door de buitenwereld gepercipieerd worden.

Impliceert ten eerste kledingkeuze die afgestemd is op leeftijd, geslacht, cultuur en religie. Ten tweede is er het belang van netheid en persoonlijke hygiëne. Tot slot is het advies van ouders over het al dan niet gepast zijn van een bepaalde presentatie in een bepaalde setting, van tel.

Zelfredzaamheid

Langzamerhand verwerft het kind praktische, emotionele en communicatieve vaardigheden die bijdragen tot zijn onafhankelijkheid.

Afhankelijk van de leeftijd van het kind, impliceert dit praktische vaardigheden op vlak van kledij en voeding, mogelijkheid om vertrouwen te winnen, praktische vaardigheden om activiteiten te doen zonder de familie en vaardigheden die nodig zijn om alleen te kunnen wonen.

Impliceert aanmoediging om zich oplossingsvaardigheden voor sociale problemen eigen te maken. Bij het in kaart brengen van deze factor, moet aan twee zaken extra aandacht besteed worden: ten eerste aan de impact van beperkingen en kwetsbaarheid van het kind en ten tweede aan sociale omstandigheden die de ontwikkeling van zelfredzaamheid beïnvloeden.

Dimensie 2: opvoedingsgedrag

Een tweede dimensie die een invloed heeft op het welzijn van het kind, is 'opvoedingsgedrag'. Na de evaluatie van deze dimensie, heeft de social worker zicht op de mogelijkheden van ouders, ouderfiguren of andere personen in de omgeving van het kind om op een adequate manier antwoord te geven op de noden van het kind.

Het assessment framework bevat 6 factoren die deel uitmaken van het domein 'opvoedingsgedrag'. Verder wordt er van elke factor een mogelijke invulling gegeven. Ook met betrekking tot dit domein, zal de social worker een afweging moeten maken van de verschillende factoren die voor een specifiek gezin relevant kunnen zijn. Ook de invulling van deze factoren zal van gezin tot gezin verschillen.

Het is belangrijk dat de social worker zicht krijgt op het opvoedingsgedrag van alle belangrijke opvoeders in het leven van het kind. Hij dient zich de vraag te stellen: „Wie voedt het kind (mee) op?“ Dit kunnen zowel ouders, grootouders, onthaalmoeder, etc. zijn. Al deze belangrijke opvoeders moeten bij de evaluatie betrokken worden.

De 6 factoren en voorbeelden van hun invulling zijn:

Basiszorg

Er wordt voorzien in de fysische noden van het kind en zijn nood aan gepaste medische verzorging en verzorging van zijn gebit.

Basiszorg impliceert dat het kind voorzien wordt van eten, drinken, warmte, huisvesting, schone en gepaste kledij en adequate persoonlijke hygiëne.

Veiligheid

Het kind wordt beschermd tegen alle mogelijke gevaren.

Veiligheid impliceert bescherming tegen gevaar, bescherming tegen contact met onveilige personen of onveilige andere kinderen en bescherming tegen schade die het kind zichzelf zou aandoen. De opvoeders zijn in staat om bronnen van gevaar te herkennen, zowel thuis als elders.

Emotionele warmte

Er wordt voorzien in de emotionele noden van het kind. De opvoeders laten het kind zien dat hij voor hen van speciale waarde is. Ze uiten positieve gevoelens over hun eigen etnische en culturele identiteit.

Emotionele warmte impliceert dat opvoeders ingaan op de nood van het kind aan veilige, stabiele en warme relaties met belangrijke volwassenen. De opvoeders zijn sensitief en responsief ten aanzien van de noden van het kind. Het kind ontvangt een adequate hoeveelheid aan gepast fysiek contact, troost, waardering en aanmoediging.

Stimulatie

Leerprocessen en intellectuele ontwikkeling worden gestimuleerd door aanmoediging, cognitieve stimulatie en het creëren van kansen op sociaal vlak.

Deze factor impliceert stimulatie van de cognitieve ontwikkeling doorheen interactie, communicatie, praten tegen het kind en reageren op taal en vragen van het kind, het aanmoedigen van spel, meespelen, het inbouwen van succesmomenten, ervoor zorgen dat het kind naar school gaat of een aangepast programma volgt.

Begeleiding en grenzen

Opvoeders helpen het kind om zijn eigen emoties en gedrag te leren reguleren.

Van cruciaal belang is het gedrag van de ouders, de manier waarop zij zelf hun emoties controleren en interacties aangaan met anderen. Kinderen nemen hier immers een voorbeeld aan. Verder is de begeleiding door ouders belangrijk. Begeleiding impliceert het stellen van grenzen, zodat het voor het kind mogelijk wordt een intern model van morele waarden, een geweten en sociaal gedrag te ontwikkelen dat gepast is in de maatschappij waarin ze zullen opgroeien. Het doel is het kind te helpen opgroeien tot een autonoom individu dat zijn eigen waarden heeft en dat gepast gedrag kan stellen in de omgang met anderen. Dit kind is niet afhankelijk van regels buiten zichzelf. Voorgaande impliceert dat het kind niet overbeschermd wordt, zodat het bepaalde zaken zelf kan uitzoeken, ervaren en leren.

Een evaluatie van deze factor impliceert de evaluatie van sociale probleemoplossingsvaardigheden, woedebeheersing, rekening houden met anderen, het effectief hanteren van discipline en het vormen van gedrag.

Stabiliteit

Er wordt voorzien in een voldoende stabiele familiale omgeving, die het kind helpt een veilige gehechtheid met zijn opvoeders te ontwikkelen en te behouden.

Stabiliteit impliceert consistentie op het vlak van veilige hechtingen, emotionele warmte en reacties op gedrag. Gedragingen van ouders dienen mee te evolueren met de ontwikkeling van het kind. Verder dient men ervoor te zorgen dat kinderen contact kunnen blijven houden met belangrijke familieleden en andere personen.

Dimensie 3: familiale en omgevingsfactoren

Een derde dimensie die het welzijn van een kind beïnvloed, is 'familiale en omgevingsfactoren'.

In het framework wordt deze dimensie opgedeeld in 7 factoren. Ook met betrekking tot 'familiale en omgevingsfactoren', zal de social worker per gezin moeten beoordelen welke factoren en invullingen relevant zijn.

De 7 factoren en voorbeelden van hun invulling zijn:

Gezinsgeschiedenis en Gezinsfunctioneren

De gezinsgeschiedenis impliceert zowel genetische als psychosociale factoren.

Het gezinsfunctioneren wordt beïnvloed door de personen die deel uitmaken van het gezin en hun relaties met het kind; significante veranderingen in de compositie van het gezin; ervaringen van de ouders uit hun kindertijd; chronologie van significante levensgebeurtenissen en hun betekenis voor gezinsleden; het gebruikelijke gezinsfunctioneren; mogelijkheden en beperkingen van de ouders, inclusief die van een afwezige ouder; de relatie tussen gescheiden ouders.

Bredere familie

Wie behoort er, volgens het kind en zijn ouders, tot de bredere familie?

De bredere familie kan zowel verwanten als niet-verwanten bevatten. Ook afwezige familieleden kunnen er deel van uitmaken. De social worker moet zich de vraag stellen wat de rol en het belang van deze personen is, zowel voor het kind als voor de ouder.

Huisvesting

Is de accommodatie aangepast aan de leeftijd en ontwikkeling van het kind en de andere inwoners? Is de accommodatie toegankelijk en geschikt voor de noden van familieleden met een beperking?

Een evaluatie van huisvesting impliceert zowel interieur, exterieur, als de directe omgeving van het huis. Basisvoorwaarden zijn de aanwezigheid van water, verwarming, sanitair, kookgelegenheid, slaapgelegenheid, properheid, hygiëne en veiligheid.

Werk

Wie van het gezin werkt? Wat is hun uurrooster? Zijn er de laatste tijd veranderingen geweest op vlak van werk?

Wat is de impact van deze zaken op het kind?

Wat is de mening van de gezinsleden over het al dan niet hebben van een baan?

Welke invloed heeft het werkleven van de gezinsleden op hun relatie met het kind?

Deze factor impliceert de ervaring die kinderen hebben met werk en de invloed die werk op hen heeft.

Inkomen

Over welk inkomen beschikt het gezin? Is dit voldoende om tegemoet te komen aan de noden van de gezinsleden? Op welke manier wordt het beschikbare geld besteed? Zijn er financiële problemen die een invloed hebben op het kind? Wat zijn de diploma's van de gezinsleden?

Sociale integratie

De social worker probeert zicht te krijgen op de bredere context (de buurt en de gemeenschap) en de invloed hiervan op ouders en kind.

Impliceert een graad van de familiale integratie of isolatie, een inschatting van de grootte van vriendengroepen en sociale netwerken en het belang dat hieraan gehecht wordt.

Voorzieningen

Alle faciliteiten en diensten in de buurt, inclusief hospitalen, kinderopvang, scholen, religieuze plaatsen, transport, winkels en mogelijkheid tot vrijetijdsbesteding.

Impliceert de beschikbaarheid, toegankelijkheid en normen van deze voorzieningen en de impact ervan op de familie, inclusief op leden met een beperking.

Deel 2: analyse van de beschrijving en koppeling tussen analyse en hulpverlening

In het tweede deel van de methodiek wordt de informatie uit het eerste deel geanalyseerd.

De centrale vraag is: „Als we de informatie op de drie domeinen bekijken, welke factoren beïnvloeden dan het welzijn van dit kind op een positieve manier en welke factoren hebben een negatieve invloed?” In de handleiding van de methodiek, wordt aangegeven dat het in deze fase belangrijk is een goed beeld te hebben van de normale ontwikkeling van het kind (gegeven zijn leeftijd en eventuele beperkingen). Er wordt literatuur aangehaald die de social workers bij deze inschatting kan helpen.

Verder geeft men in de handleiding aan dat het onmogelijk is een opsomming te geven van zaken die de ontwikkeling (altijd) positief of negatief beïnvloeden. Of een bepaalde factor de ontwikkeling al dan niet positief beïnvloed is immers afhankelijk van de combinatie met andere factoren en zal als gevolg voor elk gezin anders zijn. De social worker doet voor deze beslissing beroep op zijn eigen kennis en die van andere professionals.

Verder moet er gezocht worden naar sterktes in het kind, de opvoeding en de context die in hulpverlening kunnen worden aangewend.

Men dient zich ervan te vergewissen dat er een verschil bestaat tussen een analyse en een plan voor hulpverlening. Er is met andere woorden een verschil tussen 'oordelen over risicofactoren' en 'beslissingen over hoe men deze factoren het best aanpakt en op welke momenten'. De handleiding beschrijft een aantal punten waarmee men bij het opstellen van een plan voor hulpverlening rekening moet houden (de draagkracht van de betrokkenen, de beschikbaarheid van personen/instanties die hulp kunnen verlenen, welke interventies zullen een maximaal effect bereiken?, inbouwen van succeservaringen, prioriteiten van het gezin, zaken die dringend zijn met betrekking tot het welzijn van het kind worden eerst aangepakt, het belang van evidence based interventies). Het aandachtspunt bij uitstek is het feit dat het welzijn van het kind steeds het uitgangspunt moet zijn in de planning van hulpverlening.

Algemene principes voor het gebruik van het raamwerk

Als er aanwijzingen zijn dat het kind in nood is, start de social worker een gesprek met de betrokkenen. In de handleiding staat uitgeschreven hoe men aan ouders en kinderen kan uitleggen wat een assessment is, waarom de assessment gebeurt, wat er zal gebeuren, wat er van hen verwacht wordt en wat ze van jou kunnen verwachten.

Vervolgens start de 'eerste bevraging'. Na maximum zeven werkdagen, wordt deze afgerond. Na de eerste bevraging, kan de social worker beslissen om een 'bevraging in de diepte' te doen. Een bevraging in de diepte behandelt ten eerste de centrale of meest belangrijke aspecten van de noden van het kind. Verder wordt er ingegaan op de capaciteit van zijn ouders of belangrijke opvoedingsfiguren om (in de ruimere context van familie en omgeving) op deze noden in te gaan. Een bevraging in de diepte wordt geleid door de social worker. Gedurende het proces laat hij zich echter meestal assisteren door professionals op de betreffende gebieden. De bevraging in de diepte wordt afgerond op maximum 35 werkdagen.

Per gezin is er één social worker verantwoordelijk voor de uitvoering van de gehele assessment (bestaande uit twee delen, cfr. supra). Hij kan zich echter op elk moment en op eender welk vlak laten bijstaan door andere professionelen.

Assessment is geen eenmalige gebeurtenis. Zaken die nu goed lopen, kunnen volgend jaar een probleem vormen en omgekeerd. Het assessment moet regelmatig herbekeken worden.

We haalden reeds aan dat de social worker voor elke evaluatie een beslissing moet maken over welke factoren en invullingen ervan, bij een bepaald gezin bekeken moeten worden.

Verder dient hij zich een idee te vormen over welke personen bij het assessment betrokken zullen worden. Een eerste vraag die zich hierbij stelt is: „Wie zijn de belangrijke opvoeders?“ Een biologische vader die zelden of nooit contact heeft met het kind, wordt niet betrokken terwijl een grootmoeder die een belangrijke rol speelt, wel zal worden uitgenodigd. Ook wanneer de assessment reeds gestart is, kan de social worker steeds beslissen om andere personen uit te nodigen. De social worker maakt niet enkel een beslissing over welke opvoeders hij uitnodigt. Ook kan hij er voor kiezen andere personen te betrekken, bijvoorbeeld broers of zussen.

Ook over de manier waarop hij informatie zal verzamelen, neemt de social worker voor en tijdens het proces van assessment beslissingen. Informatie kan verzameld worden via: direct werk met het kind (activiteiten, spel, schalen, etc.), direct werk met opvoeders (interviews, schalen, etc.), direct werk met familie (in verschillende groepjes), observatie, informatie uit dossiers, informatie uit vorige assessments, etc.

De familie wordt bij het hele proces betrokken. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat als de social worker informatie uit dossiers haalt, hij dit telkens zal voorleggen aan de familie. Hierbij stelt hij vragen zoals: klopt dit? Hoe kwam dat? etc. Een ander voorbeeld is dat de beslissingen van de social worker (analyses, opmaak van plan van hulpverlening) steeds teruggekoppeld worden naar de ouders.

Beschouwing

We stelden reeds dat het raamwerk werd opgesteld op basis van theoretische kennis, onderzoek en ervaring. In tegenstelling tot de modellen die in punt 1.1. werden voorgesteld, geeft dit raamwerk wel een concrete invulling aan de dimensies die van invloed zijn op de ontwikkeling van het kind. Hoewel de factoren exhaustief zijn, worden er met betrekking tot hun invulling slechts voorbeelden gegeven. Er wordt nog steeds beroep gedaan op de persoon die de assessment doet om voor elk gezin opnieuw te beslissen welke voorbeelden geschrapt moeten worden en waar er aanvullingen dienen te gebeuren. Desalniettemin geeft dit raamwerk een concreter handvat dan de modellen besproken in punt 1.1.

Bij een vergelijking van het raamwerk met de modellen uit punt 1.1., zien we verder dat het raamwerk geen aparte dimensie heeft voor de ouders zelf. In de modellen die eerder besproken werden, schrijft men de ouder als persoon een belangrijke invloed toe in de ontwikkeling van het kind. Deze invloed is wel telkens gemedieerd (door context en opvoedkundige vaardigheden). Toch lijkt het ons zinvol om de persoonlijkheid van de ouders apart te bekijken. Het volgende voorbeeld kan dit verduidelijken. Stel dat de ouder weinig responsief is, of weinig warmte geeft, dan is het volgens ons noodzakelijk om na te gaan wat hiervan de oorzaken kunnen zijn. Het raamwerk kan ons een aanwijzing geven over de geschiedenis van de ouder. Misschien waren zijn ouders ook niet responsief en warm en heeft de ouder deze stijl overgenomen. Op basis van het raamwerk kunnen we echter geen uitspraak doen over de invloed van de psychologische toestand van de ouder. Heeft de ouder misschien een depressie, waardoor hij minder responsief is?

In de handleiding van het assessment framework, wordt wel aangegeven oog te hebben voor de toestand van de ouder. Toch vinden wij deze pijler dermate relevant dat wij ervoor pleiten hem in elk model voor evaluatie apart op te nemen.

We kunnen stellen dat deze methodiek voldoet aan alle procedurele voorwaarden die in punt 1.2. besproken werden.

1.3.2 Montrose home-based family assessment program (Australië)⁵

Het 'Montrose assessment program' is een programma dat het functioneren van een gezin met kinderen van 0 tot 18j in kaart brengt.

⁵ Voor de bespreking van dit programma baseren we ons op het doctoraat van Clark-Duff (2007).

Het 'Montrose assessment program' werd opgesteld voor een andere doelgroep dan die van de IJsbrekermethodiek. Het Australische programma is bedoeld voor gezinnen waarbij de blijvende plaatsing van één of meerdere kinderen in het gezin in gedrang is. Er nemen enkel gezinnen deel waarbij men reeds vaststelde dat het welzijn van het kind in gevaar is. Toch menen we dat het zinvol is om zowel de inhoud als het verloop van het programma naast de IJsbrekermethodiek te leggen en deze laatste erdoor te laten uitdagen.

In wat volgt bespreken we eerst het verloop en een aantal algemene principes van het programma. Vervolgens wordt de inhoud besproken.

Algemene principes en verloop

De assessment wordt steeds door twee personen uitgevoerd (meestal door één 'social worker'⁶ en één 'child protection caseworker'⁷). Nadat de assessment bij een bepaald gezin beëindigd is, wisselen de medewerkers van partner alvorens de assessment in een ander gezin aan te vangen. Dit voorkomt dat assessment routinewerk wordt.

De assessment betreft alle personen die in belangrijke mate bij het gezin betrokken zijn. Verder betreft men ook de informatie en het perspectief van andere instanties die bij het gezin betrokken zijn (school, kinderopvang, artsen). Het is belangrijk dat de 'social worker' en de 'caseworker' met al de betrokken partijen een goede relatie opbouwen.

Voordat de assessment aanvangt, wordt ze door de 'caseworker' voorbereid. Hij bekijkt alle informatie die reeds voorhanden is (Welke problemen zijn er reeds geweest? Wanneer? Welke factoren kunnen met de problemen geassocieerd worden? Is er iets bekend over de sterktes van dit gezin?). Verder heeft hij contact met de ouders. In dit contact wordt uitgelegd hoe het assessment zal verlopen. Verder worden de vragen van de ouders beantwoord en wordt er gevraagd of de ouders akkoord gaan. Ook geven de ouders een informed consent met betrekking tot het contact tussen het Montrose team en de andere instanties die bij het gezin betrokken zijn. Tot slot wordt er een 'social worker' aangesteld die mede verantwoordelijk zal zijn voor de assessment.

De assessment zelf duurt 10 dagen.

De eerste vijf dagen heeft de eigenlijke assessment plaats. Deze voltrekt zich in het gezin en in de lokale gemeenschap. Deze locatie heeft als voordeel dat het Montrose team de basale aspecten van het leven in de familie kan observeren (o.a. veiligheid, accommodatie, eten, hygiëne, routines, bezoekers). Men kan met de gezinsleden praten in hun eigen omgeving en hun relaties en activiteiten observeren. Ook een aantal meer complexe zaken, zoals familiedynamiek, hechting, kennis van de ouders over de noden van het kind en responsiviteit, kunnen ingeschat worden.

Na elke assessment sessie (een sessie duurt 2 à 3 uren) met het gezin of andere personen of instanties, vergaderen de social worker en de caseworker. Deze vergadering heeft als doel de verkregen informatie te bespreken en te situeren in de context. Ook het verloop van de assessment, eventuele problemen hierbij, zaken die

⁶ Social workers in Australië hebben dezelfde functie als social workers in Engeland (zie voetnoot 4).

⁷ 'Caseworkers' hebben vaak maar niet altijd een diploma 'sociaal werk'.

men nog extra moet bevragen, etc. worden besproken. Elke avond spreken de 'social worker' en de 'caseworker' hun bevindingen in op tape.

Zaken die gedurende elke assessment aan bod komen zijn: het opstellen van een genogram, het opstellen van een psychosociale en relationele geschiedenis van de ouders, het evalueren van de ontwikkeling van het kind, het bekijken van het familiebudget, het observeren van familieroutines (bv. ontbijt, avondmaal, bedritueel), het observeren van de veiligheid van de omgeving en van het gedrag van de ouders.

Bij de aanvang van de assessment, wordt er een informele activiteit georganiseerd (meestal de 2^{de} dag). Deze activiteit zorgt enerzijds voor de opbouw van een relatie tussen het gezin en de 'social worker' en 'caseworker'. Anderzijds kan het gezin geobserveerd worden in een andere context.

De laatste vijf dagen wordt de verkregen informatie verwerkt. Ten eerste worden de op tape opgenomen impressies uitgetypt en besproken in groep. Op basis van alle informatie wordt vervolgens een rapport geschreven in een taal die ook voor de ouders duidelijk is. Het zou ons te ver leiden om de inhoud van zulk een rapport in detail weer te geven. Het komt er op neer dat alle verkregen informatie op een gestructureerde manier wordt gerapporteerd. Drie belangrijke domeinen zijn respectievelijk sterktes, zwaktes en aanbevelingen. Het benadrukken van sterke punten maakt dat de familie makkelijker de negatieve zaken zal aanvaarden. Ten derde wordt dit rapport besproken met het gezin. Meestal levert dit weinig problemen op, aangezien het rapport grotendeels zaken rapporteert die gedurende de assessment reeds met de ouders besproken werden. Eventuele commentaren van de ouders worden aan het rapport toegevoegd.

De interventies gebeuren zo snel mogelijk na de assessment. Ervaring leert immers dat de assessmentperiode het gezin 'flexibel' maakt: ze staan open voor verandering en zijn bereid hieraan te werken.

Tijdens de interventieperiode wordt er informatie uitgewisseld tussen de verschillende diensten die bij het gezin betrokken zijn. Verder plannen de 'social worker' en de 'caseworker' regelmatig informele gesprekken met het gezin. Deze gesprekken hebben als doel om vooruitgang te ondersteunen.

Na de interventie worden het proces en de uitkomst geëvalueerd, zowel door het Montrose team als door de andere betrokken partners. Vragen die aan bod komen zijn bijvoorbeeld: "Kwamen de aanbevelingen overeen met de noden van de ouders?", "Kwam de inhoud van het rapport overeen met de visie van de ouders?", "Op welke manier heeft dit proces de situatie van het gezin beïnvloed?"

Het Montrose model

Zoals eerder reeds gesteld, zal de inhoud van een assessment van gezin tot gezin verschillen. Op basis van de gegevens die reeds aanwezig zijn, bepalen de 'social worker' en de 'caseworker' wat ze nog meer te weten willen komen.

Het Montrose model geeft een overzicht van de gegevens die na elke assessment bekend moeten zijn. Het model is gebaseerd op ecologische en inter-relationale principes. Respectievelijk houdt dit in dat ten eerste zowel kenmerken van het kind, de ouder, het gezin, de bredere familie, de gemeenschap en bredere context

betrokken worden. Ten tweede gaat men er van uit dat al deze kenmerken met elkaar in interactie staan en elkaar wederzijds beïnvloeden.

Familiale variabelen	Variabelen individuele ouder/belangrijke opvoeders	Individuele kindvariabelen	Variabelen gerelateerd aan kinderbescherming
<p>Woont de familie in de stad of op het platteland?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etnische herkomst ouders ▪ Grootte familie; aantal mannelijke/vrouwelijke kinderen ▪ Familiestructuur (partnerrelatie; biologische relatie tussen opvoeders, partners en kinderen) ▪ Bron van inkomen ▪ Aanwezige problemen/reden van verwijzing naar Montrose? ▪ Familiaal geweld 	<p>Leeftijd</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geslacht ▪ Geschiedenis van kindermishandeling en/of uithuisplaatsing ▪ Scholingsgraad ▪ Mentale gezondheid (vooral depressie, persoonlijkheidsstoornis) ▪ Fysieke of mentale handicap; chronische ziekte ▪ Emotionele karakteristieken (bv. laag zelfbeeld, immaturiteit) ▪ Middelenmisbruik 	<p>Leeftijd van verwijzing naar Montrose</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geslacht ▪ Ordinale positie ▪ Kwaliteit van gehechtheid ▪ Fysieke of mentale handicap ▪ Geestelijke gezondheid, depressie, gedragsproblemen, etc. ▪ Hoe gaat het op school? ▪ Geschiedenis van kinderbescherming? ▪ Mishandeling? Welk type? ▪ Juridische status ▪ Eerdere uithuisplaatsingen? Welke? 	<p>Hoe verliep de assessment?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wat waren de aanbevelingen en werden deze uitgevoerd? ▪ Aantal meldingen kinderbescherming vóór Montrose ▪ Het aantal meldingen die achteraf geconcludeerd bleken (gedurende drie jaren vóór en na de verwijzing naar Montrose) ▪ Type mishandeling of verwaarlozing, vóór en na verwijzing naar Montrose ▪ Gerechtelijke interventies vóór en na verwijzing naar Montrose ▪ Uithuisplaatsing van een van de kinderen vóór en na verwijzing naar Montrose

Bredere familiale /contextuele factoren	Aan de individuele ouder/belangrijke opvoeders gerelateerde factoren	Factoren kinderen
Diverse culturele achtergronden <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familiale structuren zoals alleenstaand ouderschap, nieuw samengestelde gezinnen, stiefouders, kinderen van verschillende vaders ▪ Sociaal economische status ▪ Contact met de aanwezige welzijnsinstanties ▪ Sociaal geïsoleerde families ▪ Huiselijk geweld ▪ Ongeorganiseerd familiefunctioneren/ familiale crisissen 	Geschiedenis hechting, mishandeling en verwaarlozing <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uithuisplaatsing ▪ Opleiding ▪ Tewerkstelling ▪ Slachtoffer ▪ Middelenmisbruik ▪ In contact geweest met rechtbank en/of gevangenis ▪ Tienerouders ▪ Immaturiteit; sociale vaardigheden; sociale isolatie ▪ Psychiatrische stoornis of persoonlijkheidsproblemen (vooral depressie en agressieve of antisociale persoonlijkheid) ▪ Mentale handicap ▪ Verwachtingen van het kind, inzicht in de ontwikkeling en noden van het kind, verhouding tussen aandacht voor de noden van het kind en de noden van de ouder zelf 	Leeftijden <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschiedenis maatregelen kindbescherming ▪ Fysieke verwaarlozing ▪ Supervisie ▪ Fysieke, seksuele, emotionele mishandeling ▪ Blootstelling aan huiselijk geweld ▪ Hoeveelheid en duur uithuisplaatsingen ▪ Hechting ▪ Gedragsproblemen, agressie, etc. (ook aantal diagnoses en medicatie) ▪ Leerproblemen ▪ Spraakproblemen ▪ Parentificatie ▪ Hoe beschrijft het kind eventueel middelenmisbruik van de ouder of huiselijk geweld (met of zonder emoties, welke emoties)

Figuur 5. Montrose home-based family assessment model

Van deze factoren wordt nog een verdere invulling gegeven, alsook hun effect op de ontwikkeling en het welzijn van kinderen. In het kader van deze bespreking zou het ons te ver leiden om dit uiteen te zetten.

Beschouwingen

Het 'Montrose home-based family assessment program' is een intensief programma. Een veelheid aan factoren wordt erg grondig nagegaan. Aangezien het programma werkt met gezinnen waarvan reeds werd vastgesteld dat het welzijn van de kinderen in gevaar is, is deze werkwijze waardevol. We willen niet beargumenteren dat elke vorm van assessment op dergelijk intensief proces gebaseerd moet zijn. Wel zijn er een aantal zaken (op vlak van inhoud en de manier waarop deze inhoud bevraagd wordt) waar geen enkele hulpverlener aan voorbij kan, wil hij een goed beeld krijgen van de situatie van een gezin en de invloed hiervan op het kind.

Interessant met betrekking tot de inhoud van dit programma is dat er (in tegenstelling tot het 'Framework for the assessment of children in need and their families') kenmerken van (en gerelateerd met) de individuele ouder(s) en of belangrijke opvoeder(s) opgenomen worden.

Anders dan alle vorige modellen, bevat het Montrose model kenmerken van de hulpverleningsgeschiedenis. Naar onze mening is het voor elke assessmentprocedure relevant om deze geschiedenis te bekijken en zich vragen te stellen als: „Staan ouders er voor open?“, „Waar liep het vorige keren mis?“ etc.

Het Montrose home-based family assessment program, schenkt over het algemeen erg veel aandacht aan gegevens die van het gezin reeds bekend zijn. Niet enkel de gegevens waarover zijzelf beschikken maar ook die van andere instanties, worden in rekening genomen. Langs de ene kant spreekt dit voor zich, aangezien alle gezinnen in het programma reeds vaak met andere instanties in aanmerking kwamen. Langs de andere kant is het onzes inziens waardevol om in eender welke assessment situatie zoveel mogelijk informatie van andere instanties te betrekken. Dit kan het beeld van de familie immers enkel uitdiepen.

Zoals het 'Framework for the assessment of children in need and their families', hecht dit programma veel waarde aan de voorbereiding van de assessment. De informatie die reeds voor handen is wordt grondig bekeken en reeds in het model ingepast. Verder worden volgende zaken gepland: „Welke informatie willen we nog te weten komen?“, „Van wie?“, „Op welke manier zullen we de informatie die we reeds hebben toetsen?“, „Welke personen, anders dan het kerngezin, willen we ook zien?, etc.“

Hoewel het programma in principe werd opgesteld voor gezinnen met kinderen tussen de 0 en 18 jaar, spitst het zich toch eerder toe op oudere kinderen.

1.3.3 VOBO

Hoewel men in het 'Montrose home-based family assessment program' en het 'framework for the assessment of children in need and their families' rekening houdt met de beleving van de ouder, is men vooral gericht op het vaststellen van meer objectieve risico's. In de handleiding van de IJsbrekermethodiek wordt gesteld dat het instrument vooral wil peilen naar ondersteuningsbehoeften. De bril waardoor de regioverpleegkundige kijkt is dus geen bril van risico-assessment.

In wat volgt wordt een Nederlands instrument voorgesteld dat ontwikkeld werd om ondersteuningsnoden van ouders met kinderen van 0 tot 4 jaar in kaart te brengen. Net zoals de IJsbrekermethodiek, is het doel van dit instrument met andere woorden niet het taxeren van risico's maar het verhelderen van de vragen van de ouders.

Instrument

Samen met de ouders, worden de volgende thema's overlopen: eetgedrag van hun kind, slaapgedrag van hun kind, huilgedrag van hun kind, emoties van hun kind, sociale gedrag van hun kind, ander gedrag van hun kind, taalontwikkeling van hun kind, denkontwikkeling van hun kind, lichamelijke ontwikkeling van hun kind,

gezondheid van hun kind, ontwikkelingsstimulering van hun kind, woonomgeving en leefklimaat, opvang, omgang met en opvoeding van hun kind, gezinsomstandigheden.

Per thema komen steeds dezelfde vragen terug.

Ten eerste wordt er gevraagd of de ouders sinds de geboorte van het kind problemen hebben gehad omtrent dit thema. Indien de ouders vermelden dat ze problemen hebben gehad, wordt er met hen ingegaan op de aard van die problemen. Als de ouders geen problemen hadden, gaat men over naar het volgende thema.

Ten tweede wordt er op een vijf puntenschaal (gaande van helemaal niet belastend tot zeer belastend) gevraagd hoe belastend de ouders deze problemen ervaren hebben.

Vervolgens peilt men naar de oplossingen die de ouders reeds zelf uitprobeerden voor de moeilijkheden die ze ondervonden.

Ten vierde gaat men na of de ouders behoefte hadden aan ondersteuning van anderen. Zo niet, wordt er overgegaan naar het volgende thema.

Indien de ouders behoefte hadden aan ondersteuning van anderen, gaat men na of de ouders ook degelijk hulp of steun bij anderen zochten. En zo ja, bij wie ze steun gevonden hebben. Als de ouders geen hulp of steun zochten bij anderen, wordt er overgegaan naar het volgende thema.

Ten zesde vraagt men of de ouders na de geboden steun beter met hun problemen konden omgaan. De tevredenheid over de geboden steun wordt nagegaan door de ouder op een vijfpuntenschaal te laten aangeven hoe tevreden ze waren (gaande van 'helemaal niet tevreden' tot 'heel tevreden').

Tot slot wordt er gepeild naar de problemen die de ouders op dit moment bij het thema hebben.

Beschouwingen

Wanneer we de thema's uit de VOBO vergelijken met de in punt 3.1.1. besproken modellen, stellen we vast dat de VOBO vooral individuele kindkenmerken in kaart brengt. Slechts vijf van de veertien thema's behandelen de context van het kind. Wel kunnen alle contextfactoren uit de ecologische modellen onder één of meerdere van de VOBO-thema's aan bod komen, al is het maar via hun invloed hierop (een mama kan bijvoorbeeld aangeven dat ze vreest voor een depressie bij haar kind, omdat de vader hier ook aan leidt). Meer specifiek kunnen kenmerken van de individuele ouder naar boven komen onder het thema 'gezinsomstandigheden'. De omgang met het kind kan aan bod komen bij de thema's 'ontwikkelingsstimulering', 'omgang en opvoeding' en 'opvang'. Kenmerken van de bredere sociale context worden bevraagd in het thema 'woonomgeving en leefklimaat'. Afgezien van het feit dat contextfactoren dus wel degelijk aan bod kunnen komen, blijft echter de kans bestaan dat ze niet besproken worden omdat de ouder ze niet spontaan vermeld.

Met de VOBO wordt er niet expliciet naar protectieve factoren gepeild.

Verder worden ook niet alle risicofactoren in kaart gebracht. Men moet zich er steeds bewust van zijn dat men met een instrument voor 'vraagverheldering in se' enkel zicht heeft op wat de ouder zelf als een probleem ervaart. Factoren die door de ouder niet

als problematisch ervaren worden maar waarvan men op basis van literatuur kan vooronderstellen dat ze dat wel zijn, worden door de VOBO niet gedetecteerd.

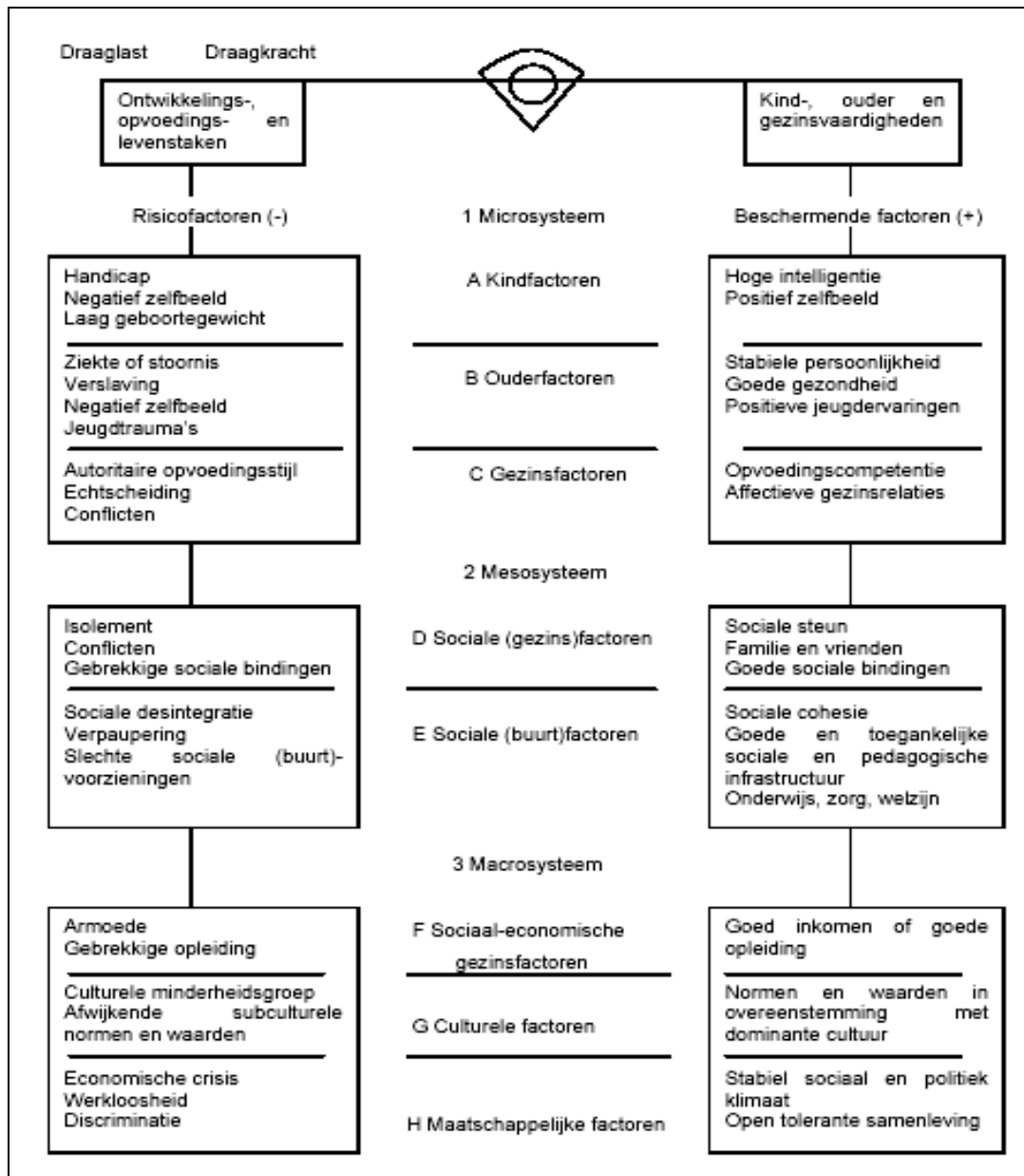
Bij dit instrument worden de noden van ouders direct gekoppeld aan de wensen die ouders hebben met betrekking tot de hulpverlening. In de andere programma's worden beide zaken apart besproken (eerst bekijkt men alle noden en pas later gaat men over naar de hulpverlening). In de andere instrumenten worden ook geen concrete aanwijzingen gegeven over de manier waarop wensen met betrekking tot hulpverlening besproken kunnen worden.

1.3.4 Het balansmodel (Nederland)

Het balansmodel

Het balansmodel van Bakker geeft een overzicht van de risico- en beschermende factoren die op verschillende niveaus de lichamelijke, geestelijke en sociaal-emotionele ontwikkeling van een individu beïnvloeden. Wanneer de balans tussen beschermende en risicofactoren (langdurig) verstoord is, ontstaan er problemen (Kijlstra et al, 2005).

In de literatuur worden vaak programma's vermeld die dit model gebruiken om de risico- en protectieve factoren in gezinnen met een jong kind na te gaan (o.a. Staal et al., 2005; Kijlstra et al., 2005; Voet, 2005). Een beschrijving van de manier waarop deze factoren in kaart worden gebracht, blijft echter steeds achterwegen.



Figuur 6. Het balansmodel (Kijlstra et al., 2005)

Beschouwingen

Hoewel dit model in de praktijk vaak gebruikt wordt in processen van vraag- en aanbodverheldering, vonden we geen literatuur over een methodiek die het balansmodel als uitgangspunt heeft. Er bestaat met andere woorden geen enkel document dat aanwijzingen bevat over procedures van bevraging of over de koppeling van vraagverheldering aan aanbod. Niettegenstaande wilden we dit model toch in deze bespreking opnemen, aangezien het een uitgebreid en specifiek overzicht geeft van de verschillende risico- en protectieve factoren die het welzijn van een kind beïnvloeden.

1.3.5 Literatuurstudie risico- en beschermende factoren (Nederland)

Literatuurstudie

Kijlstra et al (2005) bieden een overzicht van de factoren die in een analyse van risicosituaties betrokken moeten worden. Ook deze auteurs geven ons slechts een beeld van de inhoud die bevraagd moet worden. Suggesties over de manier waarop dit kan gebeuren, blijven echter uit.

Risicofactoren	Beschermende factoren
<p>1 Risicofactoren op microniveau</p> <p>A Kindfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perinatale problemen ▪ Moeilijk temperament ▪ Lagere intelligentie ▪ (chronische) Ziekte of handicap ▪ Psychiatrische stoornis ▪ Geslacht ▪ Externe beheersingsoriëntatie ▪ Aangeboren afwijkingen <p>B Ouderfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (chronische) Ziekte of handicap ▪ Verwaarlozing, misbruik, mishandeling, agressie ▪ Leefstijl (voeding, roken, spelen, beweging, cultuur) ▪ Psychopathologie ouders (depressie, psychose, delinquentie, antisociaal gedrag) ▪ Alcoholisme, druggebruik ouders/gezinsleden ▪ Laag zelfbeeld <p>C Gezinsfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflicten ▪ Echtscheiding ▪ Autoritaire opvoedingsstijl (geen betrokkenheid, genegenheid, warmte of intimiteit) ▪ Deviante gezinsleden ▪ Verlies van geliefde personen ▪ Instabiliteit gezin ▪ Niet-harmonisch gezinsfunctioneren ▪ Eenoudergezin ▪ Groot gezin ▪ Slechte woonsituatie (habitat) ▪ Ontbreken van toezicht 	<p>1 Beschermende factoren op microniveau</p> <p>A Kindfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoge intelligentie ▪ Geslacht (soms) ▪ Positieve zelfwaardering ▪ Actieve, niet-vermijdende copingstijl ▪ Interne beheersingsoriëntatie ▪ Makkelijk temperament <p>B Ouderfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positieve zelfwaardering ▪ Goede gezondheid ▪ Competentie ouders (budgettair, bureaucratisch, sociaal, hygiënisch, pedagogisch) <p>C Gezinsfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positieve gezinssfeer ▪ Stabiel gezin ▪ Goed voorbeeld (geslaagde broer/zus)

<p>2 Risicofactoren op mesoniveau</p> <p>D Sociale (gezins)factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflicten in familie/vriendenkring ▪ Sociale isolatie, ontbreken sociale ondersteuning <p>E Sociale (buurt)factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weinig speelmogelijkheden ▪ Onveiligheid op straat ▪ Slechte sociale buurtvoorzieningen ▪ Slechte relatie met leeftijdgenoten ▪ Geen contact met peuterspeelzaal 	<p>2 Beschermende factoren op mesoniveau</p> <p>D Sociale (gezins)factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociale netwerken ▪ Goede relatie met familie/vrienden <p>E Sociale (buurt)factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toegang tot instellingen onderwijs, welzijn, zorg ▪ Sociale cohesie
<p>3 Risicofactoren op macroniveau</p> <p>F Sociaaleconomische gezinsfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lage SES <p>G Culturele factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Culturele minderheidsgroep ▪ Afwijkende subculturele normen en waarden <p>H Maatschappelijke factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Economische crisis ▪ Werkloosheid ▪ Discriminatie 	<p>3 Beschermende factoren op macroniveau</p> <p>F Sociaaleconomische gezinsfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Goed inkomen/opleiding ouders <p>G Culturele factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normen en waarden in overeenstemming met dominante cultuur <p>Religie</p> <p>H Maatschappelijke factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabiel sociaal en politiek klimaat ▪ Open tolerante samenleving

Figuur 7. Literatuurstudie risico- en protectieve factoren (Kijlstra, 2005)

Kijlstra et al. (2005) geven een overzicht van verschillende risicosituaties. Een risicosituatie is een "duidelijk als eenheid te definiëren situatie waarin er sprake is van een cumulatie van risicofactoren" (Kijlstra et al., 2005 p 23). Voor elk van deze situaties, worden factoren (in kind, ouder en omgeving) opgesomd die het risico op achterstand voor het kind vergroten. De verschillende risicosituaties zijn: pre- en dysmatuur geboren kinderen, chronisch zieke kinderen, alleenstaand ouderschap, langdurige werkloosheid en arbeidsongeschiktheid, verslaafde ouders, ouders met psychiatrische problemen, allochtone kinderen, adoptie van kinderen uit het buitenland, kinderen op de vlucht en illegale kinderen. Van de risicosituaties 'mishandeling, misbruik en/of verwaarlozing', 'dak- en thuisloosheid', 'kinderen met een handicap' en 'kinderen in geïsoleerde omstandigheden', is het niet mogelijk om (op voorhand) te definiëren bij welke groep kinderen een dusdanige combinatie van risicofactoren aanwezig is dat er sprake is van een risicosituatie (Kijlstra et al., 2005, p 23).

Beschouwingen

Ook deze literatuurstudie wilden we u niet onthouden, aangezien ze een specifiek en exhaustief overzicht geeft van de verschillende risico- en protectieve factoren die een invloed hebben op het welzijn van het kind. Hoewel de auteurs aangeven dat men het overzicht kan hanteren in processen van vraag- en aanbodverheldering, geven ze echter geen aanwijzingen over de manier waarop dit kan gebeuren.

1.4 Hoe verhoudt de IJsbrekermethodiek zich tegenover deze modellen en toepassingen?

In wat volgt, bespreken we eerst het luik van de vraagverheldering (4.1.). Met betrekking tot dit luik vergelijken we de inhoud van de IJsbrekermethodiek met de inhoud van de in punt 1.1. besproken modellen en de in punt 1.3. besproken (buitenlandse) methodieken. Ten tweede bespreken we het luik van de aanbodverheldering (4.2). We vergelijken de manier waarop Kind & Gezin conclusies trekt met de manieren waarop dit in andere (buitenlandse) methodieken gebeurt. Tot slot bespreken we enkele algemene kenmerken en voorwaarden van de IJsbrekermethodiek (4.3.). We vergelijken deze kenmerken en voorwaarden met de 'procedurele voorwaarden' besproken in punt 1.2. en 'de procedurele voorwaarden die in andere (buitenlandse) methodieken aan bod komen'.

1.4.1 Vraagverheldering

Zoals reeds aangehaald, wil Kind & Gezin met behulp van de ijsbreker zicht krijgen op de factoren die kansen van kinderen groter maken dan wel belemmeren. Volgens Kind & Gezin situeren deze factoren zich zowel bij het kind zelf, bij zijn ouders, in de relatie tussen ouder en kind als in de context. Ook volgens de hierboven besproken modellen en buitenlandse methodieken bevinden de beïnvloedende factoren zich op deze grote domeinen. Hoewel alle methodieken dezelfde grote domeinen bevragen, worden deze domeinen steeds anders geordend. Sommige methodieken brengen twee domeinen samen onder één noemer, terwijl anderen een bepaald domein opsplitsen. Al bij al zien we dat de meeste modellen en methodieken zich laten inspireren door Bronfenbrenner. De grote domeinen die dan bevraagd moeten worden zijn individuele kindkenmerken en context (opgesplitst in micro-, meso-, exo- en macrosysteem).

In wat volgt overlopen we per domein de verschillen tussen de ijsbreker en de hiervoor besproken modellen en methodieken.

We stellen vast dat de IJsbrekermethodiek over het algemeen dezelfde kindfactoren bevraagt als de eerder besproken modellen en toepassingen, namelijk 'gezondheid en fysieke gesteldheid' en 'ontwikkeling'. In het kader van dit rapport zou het ons te verleiden om een uitgebreide literatuurstudie te doen naar hoe men deze twee factoren bij nuljarigen kan invullen. Op basis van Marcoen (2003), kunnen we echter veronderstellen dat een bevraging van 'voeding', 'slapen', 'huiden', 'groei' en 'algemene toestand', deze factoren dekt. Met betrekking tot algemene toestand, bevragen een aantal buitenlandse methodieken de factoren 'aangeboren afwijkingen' en 'genetische aandoeningen'. Deze factoren worden in de IJsbrekermethodiek niet bevraagd.

In vergelijking met andere modellen en methodieken bevraagt de vobo meer individuele kindfactoren. Naast de factoren die men in de ijsbreker bevraagt, komen ook emoties, sociaal gedrag, ander gedrag, taalontwikkeling, denkontwikkeling en lichamelijke ontwikkeling aan bod. Men kan dit beargumenteren door te stellen dat hoewel deze zaken in de ontwikkeling van een pasgeborene nog niet echt relevant zijn, de ouders hierover wel vragen kunnen hebben (bv: ik maak me zorgen omdat mijn kind nog niet brabbelt, is het normaal dat mijn kind precies naar iedereen lacht? etc.).

Naast individuele kindfactoren, dient men de microsystemen in beschouwing te nemen. Een microsysteem is een setting waarin een individu zich op een gegeven moment in zijn leven bevindt. In deze setting interageert het individu zowel met andere individuen als met objecten en symbolen (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Over het algemeen bevinden pasgeborenen kinderen zich vooral in het microsysteem 'gezin'. In het gezin interageert het kind ten eerste met de ouders.

Met betrekking tot individuele ouderkenmerken, zien we dat de meeste modellen en toepassingen 'ontwikkelings- en opvoedingsgeschiedenis', 'gezondheid en fysieke gesteldheid' en 'persoonlijkheid en vitaliteit' bevragen. Als we de vergelijking met de IJsbrekermethodiek maken, zien we dat deze methodiek de dimensie 'ontwikkelings- en opvoedingsgeschiedenis' niet bevraagt. Met betrekking tot de dimensie 'persoonlijkheid en vitaliteit', stellen we vast dat de ijsbrekermethodiek niet enkel factoren bevraagt die ook in de andere modellen en methodieken terugkomen (namelijk verslaving en psychische problemen). Hierbovenop wordt ook de tevredenheid van de moeder bevraagd, door te peilen naar hoe de zwangerschap, bevalling en thuiskomst verlopen is. Hoewel dit ons een belangrijke aanvulling lijkt, stellen we ons een drietal bedenkingen bij deze bevraging. Ten eerste zou een bespreking van deze drie elementen onder de dimensie 'persoonlijkheid en vitaliteit', de structuur en duidelijkheid van het instrument ten goede komen. Verder vragen we ons af waarom enkel de tevredenheid van ouder 1 en niet die van ouder 2 bevraagd wordt. Tot slot merken we op dat de factor 'beleving van de thuiskomst' in de handleiding slechts geïntroduceerd wordt. In het vervolg van de handleiding en ook op het antwoordblad, komt deze factor niet meer voor. De kans dat men deze factor vergeet te bevragen is onzes inziens dan ook groot.

Naast ouderkenmerken, moet ook de interactie tussen ouder en kind (of opvoeding) bevraagd worden. Rekening houdend met de leeftijd van het kind, zien we dat opvoeding in de IJsbrekermethodiek op een adequate manier bevraagd wordt. Op basis van Bronfenbrenner kunnen we één opmerking maken, namelijk dat men ook met de continuïteit in deze interacties rekening moet houden.

Ten tweede moet men nagaan of er in het gezin naast de opvoeders nog personen aanwezig zijn met wie het kind in belangrijke mate interageert (bv: broers en zussen, andere inwonenden). Ook met betrekking tot deze personen, moet men 'ontwikkelings- en opvoedingsgeschiedenis', 'gezondheid en fysieke gesteldheid' en 'persoonlijkheid en vitaliteit' bevragen. Verder dient ook de interactie tussen deze personen en het kind aan bod te komen. Dit luik wordt in de ijsbreker niet bevraagd.

Ten derde moet men de interactie tussen het kind en de materiële omgeving nagaan. Met betrekking tot het microsysteem 'gezin', kan hier de huisvesting aan bod komen. In de ijsbreker komt deze factor ook aan bod maar op een andere plaats.

In het kader van het microsysteem 'gezin' zijn verder een aantal algemene gezinskenmerken relevant, namelijk 'gezinsorganisatie', 'gezinscultuur' en 'gezinsdynamiek'. Naast deze kenmerken van het gezin moeten ook de verschillende subsystemen (echtelijke relatie en eventuele sibling-groep) in kaart gebracht worden. Hoewel deze zaken in de Ijsbrekermethodiek niet specifiek bevraagd worden, zouden ze onder ijsbreker vier, bij het kenmerk gezinssamenstelling, aan bod kunnen komen. Onder het kenmerk gezinssamenstelling wordt nu specifiek gepeild naar de kenmerken 'eenoudergezin', 'nieuw samengesteld gezin', 'chtscheiding' en 'andere kinderen en andere inwonenden'. Deze factoren zouden onzes inziens vroeger aan bod moeten komen, zelfs nog voor men met de eigenlijke Ijsbrekermethodiek aan de slag gaat. Deze informatie is immers cruciaal in het kader van de beslissing over de personen die tijdens de gesprekken aanwezig moet zijn (cfr. infra). Naast gezinssamenstelling, komt onder ijsbreker vier de 'rol van de partner' (gespecificeerd in 'verzorgende competenties' en 'eensgezindheid over verzorging') aan bod. Onzes inziens kunnen de verzorgende competenties beter bevraagd worden bij de dimensie 'ouderkenmerken' (in het kader van de interactie tussen ouder 2 en kind). Een bespreking van de echtelijke relatie, kan tijdens de bespreking van de verschillende subsystemen aan bod komen.

Men dient steeds na te gaan of het pasgeboren kind ook in andere microsystemen tijd doorbrengt. Als dit het geval is, moet men ook met betrekking tot deze systemen de protectieve- en risicofactoren bevragen. Dit luik komt in de Ijsbrekermethodiek niet aan bod.

Met betrekking tot het mesosysteem, is het belangrijk om de relaties tussen de verschillende microsystemen in beschouwing te nemen. Men dient zich vragen te stellen zoals: „Is er contact tussen de systemen?“, „Is er consistentie in hun manier van aanpak?“, „Wordt er tussen de verschillende microsystemen expertise uitgewisseld?“, etc.

Op exoniveau wordt in de meeste modellen en buitenlandse programma's 'het sociaal netwerk van de ouders' (familie, vrienden, collega's en professionelen) besproken. Zowel de grootte, de frequentie van contact, als de inhoud van het contact (vrijtijdsbesteding, praktische steun, emotionele steun, informatie en advies), komen aan bod. Verder is het ook belangrijk om de tevredenheid van de ouders te bespreken. Een sociaal netwerk kan immers steun bieden maar kan ook zorgen voor conflicten, spanning, etc. In de Ijsbrekermethodiek wordt het luik 'sociaal netwerk' iets minder uitgebreid bevraagd.

Verder moet op exoniveau 'de buurt' bekeken worden. Vragen die men zich moet stellen zijn: „In welke omgeving woont het gezin?“, „Welke voorzieningen zijn er beschikbaar?“, „Welk type gezinnen woont er?“ etc. Dit luik komt in de ijsbreker niet aan bod.

Op macroniveau inventariseert men de invloed van de bredere samenleving. In de besproken modellen en buitenlandse methodieken neemt men over het algemeen de factoren 'opleiding en tewerkstelling', 'inkomen', 'cultuur' en 'culturele normen en

waarden' op. Over het algemeen worden deze factoren ook in de ijsbreker bevestigd. In het kader van 'cultuur' en 'culturele normen en waarden' is het wel belangrijk om aandacht te hebben voor risicofactoren als 'discriminatie' en 'opvoeden in twee culturen'.

Verder heeft men in de IJsbrekermethodiek op dit niveau aandacht voor 'drempels tot gezondheidszorg'. Hoewel dit in geen enkel van de door ons besproken modellen en methodieken aan bod komt, lijkt het ons erg zinvol deze factor te bevestigen.

Enkel het 'Montrose home-based family assessment program' beklemtoont de invloed van ingrijpende zaken uit de geschiedenis van het gezin. Bovendien is er geen enkel programma dat het toekomstperspectief bevestigd. Op basis van de modellen kunnen we echter stellen dat beide zaken belangrijk zijn.

Elke methodiek beklemtoont dat het belangrijk is om de inschatting van risico- en protectieve factoren niet te beperken tot één moment. Ook in de IJsbrekermethodiek stelt men dat het proces van vraag- en aanbodverheldering zowel bij de start van de dienstverlening als op 9 en 18 maand dient te gebeuren. Het spreekt voor zich dat de inhoud van de methodiek dan wel zal moeten aangepast worden.

De IJsbrekermethodiek peilt vooral naar risicofactoren. Hoewel de ouders in principe vrij zijn om ook protectieve factoren in gesprek te brengen, komen er in het protocol onder de kolom 'belangrijke specificeringen' vooral risicofactoren aan bod. Hierdoor is de kans reëel dat de regioverpleegkundigen zich tijdens de gesprekken en observaties vooral op die zaken gaan focussen. Voldoende oog hebben voor sterktes is ten eerste voor de ouders aangenamer. Het zal de kans op participatie aan het proces aanzienlijk vergroten. Ten tweede moeten protectieve factoren geïnventariseerd worden met het oog op een empowerende hulpverlening, waarin men gebruik maakt van sterktes van cliënten.

In de handleiding van de IJsbrekermethodiek wordt gesteld dat de vader, indien mogelijk, bij het proces van vraag- en aanbodverheldering betrokken moet worden. We willen hier toch nogmaals wijzen op het belang hiervan. Informatie die men van de vader krijgt is immers op geen enkele manier te vervangen. Het perspectief van de vader bevestigen via de moeder heeft dan ook weinig zin. Verder moeten niet enkel de moeder en vader maar alle personen die in het leven van het kind een belangrijke rol spelen, in het proces betrokken worden. Ook deze personen brengen immers unieke informatie aan, die niet vervangen kan worden door het onrechtstreeks bevestigen van hun perspectief (via moeder of vader).

Tot slot zien we dat het document dat door de regioverpleegkundige en de ouders samen wordt ingevuld, minder specificerende elementen bevat dan de handleiding. Op zich is het geen probleem dat er in het algemeen minder elementen worden opgenomen, omdat dit de overzichtelijkheid van het document bevordert. Het is ons echter onduidelijk waarom bepaalde specificeringen wel en andere niet opgenomen worden.

1.4.2 Aanbodverheldering

In de buitenlandse methodieken, worden er tijdens de aanbodverheldering over het algemeen 'actiepunten' en 'aandachtspunten / zaken die worden meegenomen'

gedefinieerd. Specifiek aan de IJsbrekermethodiek is dat men expliciet de mogelijkheid tot vraagverdieping aanbiedt. Hoewel deze stap waarschijnlijk ook in de buitenlandse methodieken aan bod komt, heeft het de voorkeur om hem expliciet te vermelden. Op deze manier vergroot de kans dat er ook werkelijk bij stilgestaan wordt.

1.4.3 Algemene kenmerken en voorwaarden

We kunnen stellen dat het gehele proces van vraag- en aanbodverheldering dat in het kader van de IJsbrekermethodiek doorlopen wordt, sterk lijkt op dat uit buitenlandse programma's. Zowel de IJsbrekermethodiek als andere programma's doorlopen de stappen 'voorstelling van dienstverlening', 'vraagverheldering', 'analyse van vraagverheldering' en 'planning van dienstverlening'.

In punt 3.1.2. werd er gesteld dat opvoedingsondersteuning in het algemeen aan de voorwaarden van 'een degelijke organisatorische structuur', 'deskundigheid van de hulpverlener' en 'professionele houding van de hulpverlener' moet voldoen. Met betrekking tot de IJsbrekermethodiek kunnen we aannemen dat aan deze voorwaarden in het algemeen voldaan is.

Op vlak van de organisatorische structuur, kunnen we stellen dat de regioverpleegkundigen slechts beperkt zelfstandig en flexibel kunnen beslissen over het aantal, de frequentie en de duur van de verschillende contacten. Men stelt immers voorop dat het proces van vraag- en aanbodverheldering moet afgewerkt worden gedurende twee huisbezoeken en twee consultaties. Indien vraagverdieping nodig is kan het gehele proces meer tijd in beslag nemen. Maar zelfs indien vraagverdieping niet nodig is, kan men zich afvragen of er voldoende tijd voorzien wordt. In de hierboven besproken programma's wordt er immers aanzienlijk meer tijd uitgetrokken. We willen niet beargumenteren dat elke vorm van assessment op dergelijk intensief proces gebaseerd moet zijn. De werking van Kind & Gezin valt immers ook niet helemaal te vergelijken met die van de buitenlandse programma's (in de buitenlandse programma's wordt er sowieso met zeer complexe gezinssituaties gewerkt, aangezien zij niet preventief maar remediërend werken). Wel zijn er een aantal zaken waar geen enkele hulpverlener aan voorbij kan, wil hij een goed beeld krijgen van de situatie van een gezin en de invloed hiervan op het kind. Omdat het grondig en systematisch inventariseren van deze factoren veel tijd vraagt en bovendien afhankelijk zal zijn van gezin tot gezin en van context tot context, pleiten we voor meer flexibiliteit inzake duur van het proces van vraag- en aanbodverheldering.

Met betrekking tot de deskundigheid van de hulpverlener, stellen we ons de vraag in hoeverre de regioverpleegkundigen van Kind & Gezin zich op het betreffende domein voldoende deskundig vinden. Het leiden van een proces van vraag- en aanbodverheldering is immers niet gemakkelijk. Kind & Gezin speelde hier op in door de regioverpleegkundigen te voorzien van een uitgebreid protocol. Dit ziet men in buitenlandse methodieken minder vaak. Ondanks dit houvast is het echter onvermijdelijk dat de regioverpleegkundigen nog een heel aantal zaken zelf moeten beslissen. Inhoud en vorm van het proces zijn immers steeds afhankelijk van het gezin in kwestie en zijn context. In de buitenlandse programma's zien we dat dit op verschillende manieren wordt opgelost. In de meeste programma's wordt de social

worker ondersteund door een team waarmee hij verplicht is te overleggen over genomen of te nemen beslissingen. Verder bestaat er in elk van de buitenlandse programma's de mogelijkheid om professionelen in te roepen die een antwoord kunnen geven op de vragen van de social workers. In het programma uit Montrose gaat men nog verder en wordt er steeds in duo's gewerkt. Het feit dat er overleg gepleegd moet worden zorgt ten eerste voor houvast en komt ten tweede de kwaliteit van de resultaten ten goede. De IJsbrekermethodiek voorziet geen vaste momenten waarop de regioverpleegkundigen van Kind & Gezin in overleg gaan met anderen (bijvoorbeeld met de gezinsondersteuner, een andere regioverpleegkundige, een team van medewerkers van Kind & Gezin). De regioverpleegkundigen kunnen wel steeds beroep doen op de gezinsondersteuner. De vraag stelt zich echter of deze persoon voldoende expertise bezit om alle vragen te beantwoorden.

Naast deze algemene voorwaarden voor opvoedingsondersteuning, haalden we in punt 1.2. aan dat een methodiek voor efficiënte opvoedingsondersteuning gebaseerd moet zijn op de kenmerken 'laagdrempelig en niet-stigmatiserend', 'vraaggericht werken', 'hulp-op-maat', 'methodisch werken' en 'empowerment-based care'.

De IJsbrekermethodiek voldoet over het algemeen aan deze kenmerken.

Met betrekking tot het methodisch werken zien we dat de methodiek van Kind & Gezin, in vergelijking met methodieken uit het buitenland, voorziet in een handleiding die de regioverpleegkundigen een goed houvast biedt. Toch zien we dat er nog een aantal zaken voor verbetering vatbaar zijn.

In boekdeel 2 wordt er weinig houvast voorzien met betrekking tot het proces van het samen met ouders zoeken naar samenhang, linken en oorzakelijke verbanden tussen de verschillende gegevens. Ten tweede blijven er nog een aantal zaken onuitgelegd. In boekdeel 2 wordt er bijvoorbeeld gesteld dat het belangrijk is om bezorgdheden rond items waarbij ouders geen hulpvragen hebben uit te spreken naar het gezin. Er wordt echter geen verdere uitleg gegeven over manieren waarop men dit kan aanpakken. Ten derde kan het voor de regioverpleegkundigen verwarrend zijn om verschillende handleidingen naast elkaar te gebruiken (bijvoorbeeld voor 'typologie hulpvragers', 'bespreking competenties' (p 34 boekdeel 2) en 'plan van aanpak kindermishandeling'). Ten vierde dient de handleiding goed nagekeken te worden op ontbrekende delen (bijvoorbeeld boekdeel 1, p 8, bij interdisciplinair werken) en fouten (bijvoorbeeld boekdeel 2, p 39, hoe gaat het met je kindje i.p.v. hoe gaat het met zijn/haar gezondheid). Vervolgens kan men zich de vraag stellen of de regioverpleegkundigen in het algemeen voldoende tijd krijgen om bepaalde zaken grondig te analyseren (cfr. supra). Tot slot willen we stellen dat evaluatie van de mate waarin de gestelde doelen bereikt zijn, een van de kenmerken van methodisch werken is. De evaluatie van gestelde doelen wordt in de handleiding slechts kort aangehaald. Onzes inziens zou er meer klemtoon op moeten liggen. In het kader van evaluatie, is het vermeldenswaardig dat het Montrose programma niet enkel het resultaat maar ook het proces evalueert. Bovendien wordt de evaluatie uitgevoerd door alle betrokkenen (m.a.w. niet enkel door het Montrose team maar ook door ouders, andere belangrijke opvoeders, etc.).

Met betrekking tot 'vraaggericht werken', stelt Kind & Gezin dat hun ondersteuning dient te vertrekken van de vragen van ouders. Niet de kijk van de hulpverlener op de gebeurtenissen staat centraal maar wel die van de ouders: er zijn problemen als

ouders vinden dat er problemen zijn. Deze aanname strookt niet volledig met de IJsbrekermethodiek. Naast de vragen van de ouders, detecteert de ijsbrekers immers ook problematische elementen waar ouders geen vragen bij hebben. We zijn van mening dat dit gezien het doel van Kind & Gezin (namelijk het bevorderen van kansen voor het kind) noodzakelijk is. Men moet zich echter wel behoeden voor contradicties in standpunten.

Met betrekking tot empowerment-based care kunnen we stellen dat de IJsbrekermethodiek in verhouding minder peilt naar protectieve dan naar risicofactoren (cfr. supra).

Aan bovenstaande principes voegt Kind & Gezin nog toe dat er interdisciplinair gewerkt wordt. Als we de werking van Kind & Gezin vergelijken met die van buitenlandse methodieken, zien we dat Kind & Gezin hierin nog verder kan gaan, vooral met betrekking tot het luik vraagverheldering. In het kader van de vraagverheldering wordt er binnen Kind & Gezin sowieso samengewerkt tussen artsen en regioverpleegkundigen. Hierbovenop maken buitenlandse methodieken ook intensief gebruik van andere instanties die bij het gezin of kind betrokken zijn. In de handleiding van de IJsbrekermethodiek wordt er wel vermeld dat de regioverpleegkundigen moeten bevragen of het gezin ook andere ondersteuningsbronnen heeft. Er wordt echter niet verder uitgewerkt welke functie deze andere bronnen hebben in het proces van vraag- en aanbodverheldering.

2 Beoordeling van de IJsbrekermethodiek door experts

We hebben de vorm van de IJsbrekermethodiek laten beoordelen door drie externe experts, zijnde Prof. Johan Vanderfaellie, Prof. Karla Van Leeuwen en Kristien Lacluyse.

Het onderstaande is een bundeling van hun opmerkingen en onze suggesties ter verbetering van de IJsbrekermethodiek. Deze opmerkingen en suggesties werden voorgelegd aan de leden van de stuurgroep rond de IJsbrekermethodiek tijdens de stuurgroepvergadering van 19 december 2007.

Algemene opmerkingen:

Het instrument is zeer moeilijk te begrijpen door de vele afkortingen die erin gebruikt worden.

- Enerzijds is het begrijpelijk dat er een opsplitsing in verschillende categorieën moet gemaakt worden, zodat er informatie verzameld kan worden over het kind, de ouders, de omgeving ... Anderzijds maakt deze opsplitsing het gesprek erg kunstmatig, want de categorieën staan zeker niet los van elkaar. Het is beter om een gespreksleidraad te ontwikkelen, waarin de verschillende aspecten onderling wat meer verweven worden. Als de ouder bijvoorbeeld dan zelf een aantal 'storingen' aangeeft ter bespreking, kan er gemakkelijker aansluiting gevonden worden bij wat de ouder eerder al gezegd heeft.

Er dienen veel vragen te worden gesteld in een korte tijdsperiode, en er zou tijdstekort kunnen optreden wanneer zich op vlak van één of meerdere thema's

problemen voordoen. De thema's die aan bod komen, zijn echter allemaal relevant, dus het is moeilijk daarin te snoeien.

Het is zeer zeker zinvol om RV's te ondersteunen in hun gesprekken met ouders door een dergelijk instrument te voorzien. De vragen kunnen ouders helpen bepaalde behoeften en noden aan ondersteuning te concretiseren. Wat echter opvalt, is dat de nadruk vooral op vragen van RV's aan de ouders ligt, maar niet omgekeerd. Dit kan controlerend overkomen – ouders lijken te worden ondervraagd - vooral omdat men niet kan verwachten dat de RV al vanaf het eerste gesprek een vertrouwenspersoon is. Zoals het protocol er nu uitziet, ligt het accent niet op de ouders als vragende partij naar ondersteuning.

Het instrument dat bij de IJsbrekermethodiek hoort, zou geen screeningsinstrument noch een instrument voor risico-inschatting zijn. Toch moet een RV op basis van het gesprek de beslissing nemen of er méér voor het gezin moet gedaan worden. Dit is heel contradictorisch. Nu hangt de beslissing of het basisaanbod voldoende is voor het gezin of dat er plusmodules moeten opgestart worden alleen af van de RV. In hoeverre is dit een gezamenlijke beslissing van ouders en RV? Indien de beslissing van de RV alleen komt, lijkt dit op 'opgelegde hulpverlening'. Hoe brengt de RV dan het besluit dat een plusaanbod noodzakelijk is aan bij de ouders? Brengt dit geen weerstand bij de ouders met zich mee? Wat als er iets fout loopt in het gezin? Wordt de RV dan medeverantwoordelijk gesteld, bijvoorbeeld wanneer bepaalde signalen niet opgemerkt zijn?

Het lijkt echt geen eenvoudig instrument om mee te beginnen werken als RV. Het is niet erg overzichtelijk, toch eerder lang, en vooral weinig concreet.

Generaliseerbaarheid van de vragenlijst?

De vragenlijst zal ook gebruikt worden voor adoptie of oudere kinderen die later aansluiten bij het gezin. Een deel van de vragenlijst is dan niet meer zinvol en kan voor hen niet gebruikt worden. Zo is bijvoorbeeld de vraag 'Hoe is de zwangerschap/bevalling verlopen?' niet van toepassing bij adoptie of wanneer oudere kinderen aansluiten bij het gezin.

Beleving versus feitelijkheden

- Er wordt vooral gepeild naar de belevingen van de ouders, terwijl er veel minder rechtstreeks naar de mate waarin ouders behoefte hebben aan ondersteuning of informatie over bepaalde aspecten gevraagd wordt. Dit kan misschien wel afgeleid worden uit de beleving die ouders verwoorden, maar dat is niet altijd eenvoudig voor de RV. De RV kan nog altijd zelf suggesties doen rond informatie en/of ondersteuning, wanneer zij vindt dat bepaalde aspecten niet zo goed lopen of wanneer ze zich zorgen maakt.

Een vraag naar de beleving van ouders zoals de vraag 'Hoe voel je je daarbij?' is relevant om inzicht te krijgen in hoe mensen bepaalde situaties subjectief ervaren en om een inschatting te maken van de belasting die deze situaties met zich meebrengen. De volgende vraag naar beleving ('Wat maakt dat je er zo bij voelt?')

is echter in veel gevallen moeilijk te beantwoorden. Dit veronderstelt bij de ondervraagde(n) een bepaald analytisch inzicht in oorzaken en gevolgen, iets wat meer aan bod kan komen wanneer men beslist tot verdere hulpverlening, het gesprek een meer diagnostisch karakter krijgt, én er meer tijd voorzien is.

Aard en vorm van ijsbrekers

In de vragenlijst staan verschillende uitspraken die normerend kunnen overkomen, bijvoorbeeld in verband met eet- of voedingsproblemen. Wat voor problemen zijn dit precies? Is er hier eenduidigheid over? Is het een probleem van de regioverpleegkundige of van de ouders?

- Het is nodig om een aantal ijsbrekers te concretiseren. Sommige vragen peilen immers naar specifieke risicofactoren. Het is dan nodig om goed aan de RV te verduidelijken waarnaar er precies gepeild moet worden. Zo wordt er bij de vraag rond een scheiding tussen ouder en kind van meer dan 24 uur de vraag gesteld hoe de ouder zich voelt. Eigenlijk wilt de RV weten of de ouders het gevoel heeft dat deze scheiding het opbouwen van een band met het kind bemoeilijkt heeft. Dit hoeft niet rechtstreeks aan de ouder gevraagd te worden, maar er moet wel duidelijk gemaakt worden aan de RV waarom dit belangrijk is.

Observatie ouder-kindcontact

Het contact tussen ouders en kinderen moet worden geobserveerd. Wat als de kinderen slapen? Of als er heel weinig interactie is op het moment dat de regioverpleegkundige op huisbezoek komt? Bovendien is het bezoek van een vreemde geen natuurlijke situatie, en is het moeilijk om op deze manier een juiste inschatting van de ouder-kindinteractie te maken.

Suggesties ter verbetering van de Ijsbrekermethodiek

- De vragen dienen beter gegroepeerd te worden onder een duidelijke hoofding. De titels van sommige ijsbrekers dekken niet de inhoud van de vragen die ertoe behoren. Hierdoor is het erg moeilijk voor de RV om te onthouden welke vragen bij welke titel horen. Door beter te groeperen zijn er automatisch minder ijsbrekers, wat de kwaliteit van de bevraging enkel ten goede kan komen.
- In plaats van telkens dezelfde zinnestjes toe te voegen bij elke vraag (bijvoorbeeld in verband met de beleving) is het beter meer concrete handvaten aan te reiken, bijvoorbeeld beter toelichten wat de bedoeling is van bepaalde vragen.
- Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen behoeftes die ouders aangeven versus bezorgdheden bij de RV.

3 Conclusie

De inhoudsvaliditeit van de IJsbrekermethodiek werd door middel van twee procedures nagegaan. Ten eerste analyseerden we het theoretische begrip 'risico en protectieve factoren voor kansen van kinderen' en de manier waarop men deze risico- en protectieve factoren het best vaststelt. Ten tweede legden we de IJsbrekermethodiek voor aan experts op het betreffende domein.

Ontkrachten de resultaten van ons validiteitsonderzoek het vermoeden dat de IJsbrekermethodiek een valide meetinstrument is?

Onzes inziens kunnen we op basis van ons onderzoek op bovenstaande vraag 'neen' antwoorden. Over het algemeen waren de conclusies met betrekking tot inhoud, procedures en vorm van de ijsbreker positief. Wel werden er enkele voorstellen geformuleerd voor aanpassingen. Inhoudelijk dekt de IJsbrekermethodiek de domeinen waarop ouders met jonge kinderen vragen kunnen hebben en steun behoeven. Zowel de experts als de verkenning van de literatuur wijzen erop dat de IJsbreker wat inhoud betreft voldoende 'volledig' is en de mogelijkheid biedt om vragen en noden van jonge ouders voldoende gedifferentieerd en vanuit een gecontextualiseerd kader te bekijken. Punten van kritiek hebben eerder betrekking op de vorm van de IJsbrekermethodiek. Ze gaan over de manier waarop de ijsbrekers in de loop van de contacten met ouders ter sprake worden gebracht, praktische aspecten van uitvoering en bevraging, interpretatie van resultaten én ook over de manier waarop het instrument binnen en buiten de organisatie wordt gepresenteerd. Hoewel algemeen preventief van opzet kan niet worden ontkend dat er een aspect van risicotaxatie aan het afnemen van de methodiek is verbonden. Dat is onvermijdelijk het geval. Maar het wordt door de organisatie niet als zodanig benoemd omdat de methodiek geheel wordt gekaderd in haar preventieve activiteiten. In de buitenlandse modellen die we presenteerden kwam dit risicoaspect doorgaans meer op de voorgrond en werd het explicieter benoemd. Sommige van de geschetste modellen waren overigens expliciet bedoeld ter inschatting van risicofactoren in kwetsbare gezinnen. Het is onzes inziens van belang dat Kind & Gezin dit aspect van de IJsbrekermethodiek mee opneemt in haar presentatie om zo de methodiek zijn juiste plaats te geven binnen haar werking. Wanneer met deze kritieken wordt rekening gehouden, kan het meetinstrument nog meer inhoudelijk valide worden.

Hoofdstuk 4

Onderzoek naar de congruente validiteit van de IJsbrekermethodiek

In wat volgt, wordt het onderzoek naar de congruente validiteit van de IJsbrekermethodiek besproken. In hoofdstuk twee werd congruente validiteit als volgt gedefinieerd: "Het vergelijken van de meetresultaten van de te valideren meetprocedure met andere meetresultaten bij dezelfde elementen. Met behulp van een externe maatstaf (het criterium), wordt de geldigheid van de meetprocedure ondersteund" (De Munter, 2005, p 126). In dit onderzoek, werden bij 180 gezinnen de resultaten op de IJsbrekermethodiek vergeleken met de resultaten op een aantal reeds gevalideerde instrumenten.

In punt 1. stellen we de methode van het onderzoek voor. Ten eerste bespreken we de gebruikte instrumenten (1.1). Ten tweede komt de procedure aan bod (1.2). Tot slot geven we een beschrijving van de respondenten die geïncludeerd werden (1.3).

Vervolgens worden de resultaten van het onderzoek weergegeven en besproken. In punt 2 worden de resultaten van de IJsbrekermethodiek en de reeds gevalideerde vragenlijsten beschreven. We geven een antwoord op vragen als: „Hoeveel actiepunten werden er in totaal geformuleerd?“, „Voor welke ijsbreker werd het grootste aantal aandachtspunten genoteerd?“, „Hoeveel respondenten behalen een klinische score op een van de reeds gevalideerde vragenlijsten?“ etc. In punt 3 wordt er ingegaan op de samenhang tussen de resultaten van de ijsbreker en die van de reeds gevalideerde vragenlijsten.

1 Methode

1.1 Instrumenten⁸

De beslissingen die de regioverpleegkundigen op basis van de IJsbrekermethodiek nemen, zullen vergeleken worden met de resultaten van een door de onderzoekers opgestelde vragenlijst. Het betreft een niet-originele vragenlijst, samengesteld uit vier reeds bestaande en gevalideerde vragenlijsten:

- De Perceptions of Parenting Inventory (POPI). Deze vragenlijst meet de percepties van ouders met betrekking tot ouderschap (opvoedingsbeleving) (Lawson, 2004).
- Een verkorte versie van de General Health Questionnaire (GHQ-12), een vragenlijst voor de detectie van non-psychotische, psychiatrische stoornissen (Koeter & Ormel, 1991).
- De Vragenlijst Gezinsproblemen (VGP), een instrument dat gebruikt wordt voor de zelfbeoordeling van gezinsproblemen (Koot, 1997).

⁸ De gebruikte instrumenten kunnen integraal geraadpleegd worden in Appendices 1 tot en met 6.

- De Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG) meet een aantal ingrijpende en stressvolle gebeurtenissen die het afgelopen jaar in een gezin hebben plaats gevonden (Veerman et al., 2003).

Van de VGP werden slechts de subschalen 'steun en communicatie', 'betrokkenheid', 'geborgenheid' en 'partnerrelatie' opgenomen. De Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen werd aangepast aan de leeftijd van de kinderen. Verder werd ook van de General Health Questionnaire een licht gewijzigde versie opgenomen. Om het invullen van de vragenlijst voor de ouders zo vlot mogelijk te laten verlopen, werden de verschillende antwoordcategorieën bij de verschillende items gereduceerd tot vier gelijke antwoordcategorieën. Van de POPI werd een Nederlandstalige versie opgenomen, die bekomen werd door vertaling en terugvertaling.

Naast deze bestaande vragenlijsten, bevat het instrument ook enkele vragen omtrent zorggebruik en zorgbehoefte⁹.

1.2 Procedure

De Ijsbrekermethodiek werd bij de meeste gezinnen tijdens de eerste twee huisbezoeken afgenomen. Afhankelijk van het aantal problemen, de duidelijkheid van de problemen, de motivaties van de ouders, etc., werd de methodiek bij sommige gezinnen in één of drie huisbezoeken afgewerkt.

De vragenlijst werd door de regioverpleegkundigen tijdens het tweede huisbezoek overhandigd aan de ouders. Er werd gevraagd de ingevulde vragenlijst zo snel mogelijk te verzenden naar de wetenschappelijk medewerker van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (men hoefde geen postzegel te kleven).

De congruente validiteit van de Ijsbrekermethodiek werd nagegaan door de resultaten van de ijsbreker te vergelijken met die van de vragenlijst. Enkel de ingevulde vragenlijsten waarvan er ook een ingevulde ijsbreker ter beschikking was, kwamen met andere woorden in aanmerking voor verdere analyse. De data, verkregen door de Ijsbrekermethodiek en de vragenlijst, werden ingegeven in het programma SPSS. Met hetzelfde statistische programma werden ook de analyses uitgevoerd.

1.3 Respondenten

De respondenten zijn de ouders van kinderen die geboren zijn in maart en september 2008 in de regio's Halle, Wetteren, Gent II, Mechelen, Tongeren en Diksmuide¹⁰.

⁹ Deze vragen, alsook de (herwerkte versies van de) andere vragenlijsten, werden integraal overgenomen uit de startvragenlijst van de cohorte 0-jarigen van het SWVG-onderzoek JOnG!

¹⁰ Deze regio's werden door Kind en Gezin bepaald op basis van een aantal criteria. Ten eerste werd er rekening gehouden met diversiteit. Diversiteit heeft betrekking op de socio-economische kenmerken van de bevolking (vb. staat van de woning, perceptie van de kwaliteit van de woonomgeving, aandeel werkzoekenden in de beroepsbevolking, uitrusting van huishoudens met PC en internetaansluiting, etc.). Zowel gemiddelde als eerder uitzonderlijke regio's werden opgenomen. Gemiddelde regio's zijn regio's wiens score op de indicatoren aansluit bij het Vlaamse gemiddelde. Uitzonderlijke regio's zijn regio's die sterk lager of hoger scoren dan het Vlaamse gemiddelde. Naast het criterium diversiteit werd er ook rekening gehouden met stedelijkheid en provinciale spreiding. Er werden zowel stedelijke als landelijke regio's opgenomen en elke provincie werd minstens via één regio vertegenwoordigd. Tot slot werden er zo weinig mogelijk regio's betrokken waarin het SWVG reeds via andere onderzoeksprogramma's actief is.

Het onderzoek werd door de regioverpleegkundigen van Kind en Gezin voorgesteld aan alle gezinnen waarbij een kindje geboren werd in maart of september 2008 en die op het moment van de geboorte woonachtig waren in een van de zes regio's. De onderzoekers ontvingen 259 ingevulde ijsbrekers en 208 vragenlijsten (waarvan twee niet ingevuld). 180 duo's van ijsbrekervragenlijsten, konden voor verdere analyse weerhouden worden. Voor 173 van deze gezinnen beschikken we over IKAROS-gegevens.

88 gezinnen zijn afkomstig uit de regio Diksmuide, 24 uit regio Gent II, 19 uit regio Tongeren, 19 uit regio Wetteren, 15 uit regio Mechelen en 4 uit regio Halle. Verder namen er ook vier gezinnen uit vier andere regio's deel, namelijk de regio's Oostende, Geel, Haacht en Lokeren.

Er werden 92 jongens en 81 meisjes geïncludeerd.

Bij hun geboorte, hadden 13 moeders een andere nationaliteit dan de Belgische. Eén moeder was Armeens, 1 Spaans, 1 Kroatisch, 1 Lets, 4 Marokkaans, 1 Nederlands, 1 Pools, 1 Russisch en 2 Turks. Vijf moeders veranderden deze nationaliteit. De vier Marokkaanse moeders werden Belg en de Russische moeder werd Duits. Vandaag de dag hebben met andere woorden 9 moeders een andere nationaliteit dan de Belgische, respectievelijk Armeens, Duits, Spaans, Kroatisch, Lets, Nederlands, Pools en Turks. Op één na (Georgische), hebben alle kinderen de Belgische nationaliteit.

169 gezinnen krijgen ondersteuning van Kind en Gezin in het Nederlands, twee in het Engels, één in het Armeens en één in het Frans.

Van de 173 gezinnen waarvan we over IKAROS-gegevens beschikken, voldoen er 146 aan geen enkel van de zes kansarmoedecriteria¹¹, 15 gezinnen hebben er één, 5 gezinnen twee, 5 gezinnen drie, 1 gezin vier en 1 gezin vijf. Zeven gezinnen kunnen dus volgens de Kind & Gezin-criteria als kansarm worden beschouwd (3 of meer criteria aanwezig). Zesentwintig gezinnen halen de vooropgestelde grens voor het criterium 'opleiding ouders' niet, 5 voor het criterium 'huisvesting', 3 voor 'gezondheid', 6 voor 'maandinkomen', 9 voor 'arbeidssituatie' en 2 voor 'ontwikkeling kind'. Voor geen enkel van de 173 gezinnen is het verblijf in België precair. Zes kindjes werden vroeger dan 36 weken zwangerschap geboren, namelijk één op 33 weken, drie op 34 weken en twee op 35 weken. In de studie werden vijf tweelingen betrokken. De POS-schaal werd in totaal 13 keer ingevuld. In vier gevallen werd een kritische score (totaalscore > 8) behaald.

2 Resultaten: descriptie

In wat volgt worden ten eerste de gegevens beschreven die door middel van de IJsbrekermethodiek verzameld werden. Achtereenvolgens bespreken we de keuze

¹¹ Kind en Gezin stelt 6 criteria voorop die de regioverpleegkundigen moeten helpen bij het vaststellen van kansarmoede. Het gaat met name om het maandinkomen van het gezin, de opleiding van de ouders, de ontwikkeling van de kinderen, de arbeidssituatie van de ouders, de huisvesting en de gezondheid. Per criterium werd een grens bepaald, die aangeeft of men op dat criterium al dan niet als kansarm beschouwd wordt. Wanneer een gezin aan drie of meer van deze zes criteria beantwoordt, wordt het als kansarm beschouwd (Kind & Gezin, 2009).

voor een basis- of extra aanbod (2.1.), de formulering van actiepunten (2.2.), aandachtspunten (2.3.), zaken die worden meegenomen (2.4.), positieve belevingen (2.5.), negatieve belevingen (2.6.) en vraagverdiepingen (2.7.).

Ten tweede worden de gegevens uit de reeds gevalideerde vragenlijsten voorgesteld. Zowel de gegevens die verkregen werden door middel van de POPI (2.8.), GHQ-12 (2.9.), de VGP (2.10.), de VMG (2.11.) en de bevraging over zorggebruik en/of – behoefte (2.12.) worden besproken.

Dit beschrijvende deel wordt afgesloten met een bespreking van de scores van de respondenten over de verschillende reeds gevalideerde vragenlijsten heen (2.13) en een conclusie (2.14).

2.1 IJsbrekermethodiek: Aanbod

In tabel 1 zien we dat voor 23 van de 180 gezinnen (of 12,8 %) naast het basisaanbod (al dan niet aangevuld met aandachtspunten, actiepunten of zaken die men dient mee te nemen) een extra aanbod werd voorzien. Aan de andere 157 gezinnen (of 87,2 %) biedt Kind en Gezin zijn basispakket aan (al dan niet aangevuld met aandachtspunten, actiepunten of zaken waarvoor men aandacht dient te hebben).

Tabel 1. Frequentieverdeling gezinnen per keuze aanbod

	Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Basisaanbod	157	157	87,2	87,2
Extra aanbod	23	180	12,8	100,0
Totaal	180		100,0	

2.2 IJsbrekermethodiek: Actiepunten

In onderstaande tabellen zien we dat de regioverpleegkundigen in totaal 28 actiepunten formuleerden, bij 19 verschillende gezinnen. Bij 12 van deze gezinnen werd er één actiepunt genoteerd, bij zes gezinnen twee actiepunten en bij één gezin vier actiepunten (zie tabel 2).

Als men het aantal actiepunten per ijsbreker bekijkt (zie tabel 3), valt op dat de helft van het totale aantal actiepunten werd geformuleerd met betrekking tot ijsbreker één (de gezondheid van het kind).

Tabel 2. Frequentieverdeling gezinnen per aantal actiepunten

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
Aantal actiepunten per gezin	0	161	161	89,4	89,4
	1	12	173	6,7	96,1
	2	6	179	3,3	99,4
	3	0	179	0,0	99,4
	4	1	180	,6	100,0
	Totaal	180		100,0	

Tabel 3. Frequentieverdeling actiepunten per ijsbreker

Aantal actiepunten						
Totaal	ijsbreker 1 12	ijsbreker 2	ijsbreker 3	ijsbreker 4	ijsbreker 5	ijsbreker 6
28	14	3	3	1	2	5

2.3 Ijsbrekermethodiek: Aandachtspunten

In onderstaande tabellen ziet men dat de regioverpleegkundigen in totaal 119 aandachtspunten noteerden, bij 65 verschillende gezinnen. Bij 36 gezinnen formuleerde men één aandachtspunt, bij 13 gezinnen twee, bij 11 gezinnen drie en bij vijf gezinnen vier of meer (zie tabel 4).

In tabel 5 zien we dat, zoals bij de actiepunten, ook het grootste aantal aandachtspunten werd geformuleerd voor ijsbreker één (67 aandachtspunten). Voor ijsbreker twee (de gezondheid van de ouders) werden 24 aandachtspunten genoteerd en ijsbreker zes (verleden en toekomstperspectief) kreeg er 14.

Tabel 4. Frequentieverdeling gezinnen per aantal aandachtspunten

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Aantal aandachtspunten per gezin	0	115	115	63,9	63,9
	1	36	151	20,0	83,9
	2	13	164	7,2	91,1
	3	11	175	6,1	97,2
	4	2	177	1,1	98,3
	5	2	179	1,1	99,4
	6	1	180	,6	100,0
	Totaal	180		100,0	

¹² Ijsbreker 1: Hoe gaat het met jullie kindje?, ijsbreker 2: Hoe gaat het met jou/jullie?, ijsbreker 3: Ouder worden van...het is een hele belevenis, hoe is dat voor jullie?, ijsbreker 4: hoe gaat het met de rest van het gezin?, ijsbreker 5: ouder worden, een kind krijgen, daar komen ook heel wat andere zaken bij kijken, ijsbreker 6: zijn er voor jullie (in de afgelopen tijd) belangrijke gebeurtenissen of veranderingen geweest?, ijsbreker 7: stel, we zijn een paar jaren verder, hoe zie je je gezin dan? In de analyses werden ijsbrekers 6 en 7 samengevoegd tot 'verleden en toekomstperspectief'.

Tabel 5. Frequentieverdeling aandachtspunten per ijsbreker

Aantal aandachtspunten						
Totaal	ijsbreker 1	ijsbreker 2	ijsbreker 3	ijsbreker 4	ijsbreker 5	ijsbreker 6
119	67	24	6	5	3	14

2.4 IJsbrekermethodiek: Meenemen

In totaal houden de regioverpleegkundigen in 27 verschillende gezinnen, met 48 zaken rekening in hun verdere aanbod (zie tabel 6 en 7). Ook met betrekking tot dit aspect, werden op het vlak van 'de gezondheid van het kind' en 'de gezondheid van de ouders', de meeste zaken weerhouden (zie tabel 7). Op deze domeinen werden respectievelijk 21 en 16 zaken meegenomen.

Tabel 6. Frequentieverdeling gezinnen per aantal zaken dat wordt meegenomen

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Aantal zaken dat wordt meegenomen per gezin	0	153	153	85,0	85,0
	1	14	167	7,8	92,8
	2	8	175	4,4	97,2
	3	3	178	1,7	98,9
	4	1	179	,6	99,4
	5	1	180	,6	100,0
	Totaal	180		100,0	

Tabel 7. Frequentieverdeling zaken die worden meegenomen per ijsbreker

Aantal zaken dat wordt meegenomen						
Totaal	ijsbreker 1	ijsbreker 2	ijsbreker 3	ijsbreker 4	ijsbreker 5	ijsbreker 6
48	21	16	4	0	3	4

2.5 IJsbrekermethodiek: aantal negatieve belevingen

In tabel 8 en 9 zien we dat de regioverpleegkundigen in totaal 40 negatieve belevingen noteerden, in 17 verschillende gezinnen. In vijf van de 17 gezinnen, werd er één negatieve beleving geformuleerd, in vijf gezinnen twee, in drie gezinnen vier en in vier gezinnen vijf (zie tabel 8). In tabel 9 zien we dan bijna de helft van het totale aantal negatieve belevingen (18 belevingen) werd geformuleerd ten aanzien van ijsbreker twee (gezondheid ouders). Voor ijsbreker één (gezondheid kind) werden negen negatieve belevingen genoteerd.

Tabel 8. Frequentieverdeling gezinnen per aantal negatieve belevingen

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
Aantal negatieve belevingen per gezin	0	163	163	90,6	90,6
	1	5	168	2,8	93,3
	2	5	173	2,8	96,1
	3	3	176	1,7	97,8
	4	4	180	2,2	100,0
Totaal		180		100,0	

Tabel 9. Frequentieverdeling negatieve belevingen per ijsbreker

Aantal negatieve belevingen						
Totaal	ijsbreker 1	ijsbreker 2	ijsbreker 3	ijsbreker 4	ijsbreker 5	ijsbreker 6
40	9	18	0	5	1	7

2.6 Ijsbrekermethodiek: aantal positieve belevingen

In onderstaande tabellen zien we dat de regioverpleegkundigen voor 23 gezinnen maar liefst 185 positieve belevingen noteerden. In 12 gezinnen werden er van één tot vijf positieve belevingen genoteerd, in vier gezinnen van zes tot 10 positieve belevingen en in 7 gezinnen minimum 13 (zie tabel 10).

Het grootste aantal positieve belevingen werd genoteerd op ijsbreker één, gevolgd door respectievelijk ijsbreker twee, drie, vier, vijf en zes (zie tabel 11).

Tabel 10. Frequentieverdeling gezinnen per aantal positieve belevingen

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
Aantal positieve belevingen per gezin	0	157	157	87,2	87,2
	1	3	160	1,7	88,9
	2	3	163	1,7	90,6
	3	4	167	2,2	92,8
	4	1	168	,6	93,3
	5	1	169	,6	93,9
	6	1	170	,6	94,4
	7	2	172	1,1	95,6
	10	1	173	,6	96,1
	13	1	174	,6	96,7
	14	1	175	,6	97,2
	15	1	176	,6	97,8
	17	2	178	1,1	98,9
	21	1	179	,6	99,4
	28	1	180	,6	100,0
	Totaal		180		100,0

Tabel 11. Frequentieverdeling positieve belevingen per ijsbreker

Aantal positieve belevingen						
Totaal	ijsbreker 1	ijsbreker 2	ijsbreker 3	ijsbreker 4	ijsbreker 5	ijsbreker 6
185	45	36	33	30	28	12

2.7 Ijsbrekermethodiek: aantal vraagverdiepingen

In totaal werden er in 27 gezinnen, 39 vragen verder uitgediept (zie tabel 12 en 13). In tabel 12 ziet men dat de regioverpleegkundigen in 22 gezinnen één vraagverdieping afwerkten, in drie gezinnen twee en in twee gezinnen respectievelijk vijf en zes vraagverdiepingen.

Wederom merken we dat het merendeel van deze vragen (27 van de 39) te maken had met de gezondheid van de ouder of het kind (zie tabel 13).

Tabel 12. Frequentieverdeling gezinnen per aantal vraagverdiepingen

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Aantal vraagverdiepingen per gezin	0	153	153	85,0	85,0
	1	22	175	12,2	97,2
	2	3	178	1,7	98,9
	5	1	179	,6	99,4
	6	1	180	,6	100,0
	Totaal	180		100,0	

Tabel 13. Frequentieverdeling aantal vraagverdiepingen per ijsbreker

Aantal vraagverdiepingen						
Totaal	ijsbreker 1	ijsbreker 2	ijsbreker 3	ijsbreker 4	ijsbreker 5	ijsbreker 6
39	11	16	2	4	3	5

2.8 Vragenlijst: Perceptions of Parenting Inventory (POPI)

2.8.1 POPI Totalscore

De POPI totaalscore heeft een bereik van 0 (negatieve beleving van het ouderschap) tot 36 (positieve beleving van het ouderschap).

De gemiddelde totaalscore van de respondenten in dit onderzoek is 24,26. De minimumscore is 6 en de maximumscore bedraagt 30,75. De meeste respondenten scoorden tussen 20 en 25 of tussen 25 en 30, respectievelijk 88 en 77 respondenten.

Voor de Nederlandstalige versie van de POPI zijn nog geen normen beschikbaar. Om te kunnen differentiëren tussen gezinnen met een al dan niet zorgwekkende beleving van het ouderschap, werd de standaardafwijking berekend. De cutoff werd vastgesteld op één standaardafwijking onder het gemiddelde. De gezinnen zullen met andere woorden in twee groepen worden opgedeeld, namelijk de gezinnen die minimum één

standaardafwijking onder het gemiddelde scoren (en waarbij we als dusdanig spreken over een eerder zorgwekkende beleving van het ouderschap) en de andere gezinnen. We hanteren deze werkwijze omdat we ze bij gebrek aan normen als enige alternatief zien. De 'cutoff'-score die we op deze manier berekenen, moet dan worden beschouwd als een score gebaseerd op een binnengroepsvergelijking en dient in die relatieve zin te worden geïnterpreteerd. Verder kunnen we deze werkwijze verantwoorden vanuit de steekproeftrekking. Hoewel de trekking niet als zuiver aselekt kan worden beschouwd, kunnen we wel veronderstellen dat binnen de regio's van Kind & Gezin waarin het onderzoek werd uitgevoerd een steekproef van ouders kon worden bereikt waarin met betrekking tot voor het onderzoek relevante variabelen (bv. socio-economische status, opvoedingsvaardigheden en -attitudes) voldoende variatie aanwezig is.

We stellen vast dat 20 respondenten meer dan 1 standaardafwijking lager scoren dan het gemiddelde. Vijf van deze respondenten scoren lager dan 2 standaardafwijkingen onder het gemiddelde.

Tabel 14. Beschrijvende statistiek POPI totaalscore

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
POPI Totaalscore	6,00	30,75	24,2636	2,85810

Tabel15. Frequentieverdeling gezinnen voor 6 verschillende bereiken van POPI totaalscores

	Frequentie	Cumulatieve frequentie
$6 \leq POPI_{\text{totaal}} \leq 10$	1	1
$10 < POPI_{\text{totaal}} \leq 15$	1	2
$15 < POPI_{\text{totaal}} \leq 20$	11	13
$20 < POPI_{\text{totaal}} \leq 25$	88	101
$25 < POPI_{\text{totaal}} \leq 30$	77	178
$30 < POPI_{\text{totaal}} \leq 35$	1	179
	179	

2.8.2 POPI Verrijking

De subschaal verrijking heeft een bereik van 0 (het ouderschap is voor mij niet verrijkend) tot 6 (het ouderschap is voor mij verrijkend). Bij onze respondenten is de minimumscore op deze subschaal 1, de maximumscore 6. Het gemiddelde is 5,54. Gemiddeld genomen ervaren de respondenten het ouderschap als verrijkend.

22 respondenten scoren lager dan één standaardafwijking onder het gemiddelde. 4 respondenten scoren lager dan twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde.

Tabel 16. Beschrijvende statistiek POPI Verrijking

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
POPI Verrijking	1	6	5,5373	,55760

Tabel 17. Frequentieverdeling gezinnen voor 6 verschillende bereiken van scores op POPI Verrijking

	Frequentie	Cumulatieve frequentie
$0 \leq \text{POPI}_{\text{verrijking}} \leq 1$	1	1
$1 < \text{POPI}_{\text{verrijking}} \leq 2$	0	1
$2 < \text{POPI}_{\text{verrijking}} \leq 3$	0	1
$3 < \text{POPI}_{\text{verrijking}} \leq 4$	1	2
$4 < \text{POPI}_{\text{verrijking}} \leq 5$	28	30
$5 < \text{POPI}_{\text{verrijking}} \leq 6$	150	180
	180	

2.8.3 POPI Isolatie

Het bereik van de subschaal isolatie gaat van 0 (het ouderschap beperkt mijn vrijheid helemaal niet en heeft helemaal geen negatieve invloed op mijn relaties met anderen) tot 6 (het ouderschap beperkt mijn vrijheid en heeft een negatieve invloed op mijn relaties met anderen). Als we de scores van onze respondenten voor de subschaal isolatie bekijken, zien we dat de minimumscore 1 is en de maximumscore 6. Het gemiddelde ligt op 2,88. Gemiddeld genomen vinden de respondenten eerder niet dat het ouderschap een beperking vormt voor hun vrijheid en de relaties die ze onderhouden met anderen.

28 respondenten scoren op deze subschaal meer dan 1 standaardafwijking hoger dan het gemiddelde. 4 respondenten scoren meer dan 2 standaardafwijkingen hoger.

Tabel 18. Beschrijvende statistiek POPI Isolatie

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
POPI Isolatie	1	6	2,8792	,97291

Tabel 19. Frequentieverdeling gezinnen voor 6 verschillende bereiken van scores op POPI Isolatie

	Frequentie	Cumulatieve frequentie
$0 \leq \text{POPI}_{\text{isolatie}} \leq 1$	7	7
$1 < \text{POPI}_{\text{isolatie}} \leq 2$	37	44
$2 < \text{POPI}_{\text{isolatie}} \leq 3$	64	108
$3 < \text{POPI}_{\text{isolatie}} \leq 4$	51	159
$4 < \text{POPI}_{\text{isolatie}} \leq 5$	19	178
$5 < \text{POPI}_{\text{isolatie}} \leq 6$	2	180
	180	

2.8.4 POPI Toewijding

De subschaal toewijding heeft een bereik van 0 ("ik heb niet het gevoel dat ik permanent verantwoordelijk ben over mijn kind, niet nu en niet in de toekomst") tot 6 ("ik heb het gevoel dat ik permanent verantwoordelijk ben over mijn kind, nu en in de toekomst"). Uit onderstaande tabellen kunnen we opmaken dat de meeste ouders een sterk gevoel van toewijding hebben. De minimumscore is 1,50 en de maximumscore 6. Het gemiddelde is 4,55.

16 respondenten scoren meer dan 1 standaardafwijking hoger dan het gemiddelde. 0 respondenten scoren meer dan 2 standaardafwijkingen hoger.

Tabel 20. Beschrijvende statistiek POPI Toewijding

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
POPI Toewijding	1,50	6	4,5456	,81356

Tabel 21. Frequentieverdeling gezinnen voor 6 verschillende bereiken van scores op POPI Toewijding

	Frequentie	Cumulatieve frequentie
$0 \leq \text{POPI}_{\text{toewijding}} \leq 1$	1	1
$1 < \text{POPI}_{\text{toewijding}} \leq 2$	3	4
$2 < \text{POPI}_{\text{toewijding}} \leq 3$	4	8
$3 < \text{POPI}_{\text{toewijding}} \leq 4$	40	48
$4 < \text{POPI}_{\text{toewijding}} \leq 5$	91	139
$5 < \text{POPI}_{\text{toewijding}} \leq 6$	40	179
	179	

2.8.5 POPI Kost

De subschaal 'kost' heeft een bereik van nul (het ouderschap brengt geen extra kosten mee, noch op materieel, noch op fysiek of emotioneel vlak) tot zes (het ouderschap brengt op deze vlakken wel extra kosten mee). In onderstaande tabellen zien we dat geen enkele ouder op deze subschaal de maximumscore haalt. Het maximum is 5,50 en het minimum 0. Het gemiddelde bedraagt 3,14. We merken dat de meeste respondenten zich in het midden houden, terwijl er een gelijk aantal uitschieters naar links en naar rechts zijn.

21 respondenten scoren meer dan 1 standaardafwijking hoger dan het gemiddelde. 3 respondenten scoren meer dan 2 standaardafwijkingen hoger.

Tabel 22. Beschrijvende statistiek POPI Kost

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
POPI Kost	0	5,50	3,1429	,85708

Tabel 23. Frequentieverdeling gezinnen voor 6 verschillende bereiken van scores op POPI Kost

	Frequentie	Cumulatieve frequentie
$0 \leq \text{POPI}_{\text{kost}} \leq 1$	1	1
$1 < \text{POPI}_{\text{kost}} \leq 2$	19	20
$2 < \text{POPI}_{\text{kost}} \leq 3$	66	86
$3 < \text{POPI}_{\text{kost}} \leq 4$	72	158
$4 < \text{POPI}_{\text{kost}} \leq 5$	18	176
$5 < \text{POPI}_{\text{kost}} \leq 6$	3	179
	179	

2.8.6 POPI Continuïteit

Hoe hoger de score op deze subschaal, hoe meer men kan aannemen dat de ouder reeds begaan is met de toekomst en hiervan de verwachting heeft dat het kind ooit kleinkinderen zal verschaffen, de familielijn zal voortzetten, een vriend voor het leven zal worden en financiële steun zal bieden. De subschaal heeft een bereik van 0 tot 6. Bij de groep respondenten uit deze studie is de minimumscore 0 en de maximumscore 6. Het gemiddelde ligt iets onder vier (3,89). In onderstaande tabellen zien we dat de meeste respondenten tussen 3 en 4 of tussen 4 en 5 scoren.

17 respondenten scoren lager dan één standaardafwijking onder het gemiddelde. 4 respondenten scoren lager dan twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde.

Tabel 24. Beschrijvende statistiek POPI Continuïteit

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
POPI Continuïteit	0	6,00	3,8911	,85825

Tabel 25. Frequentieverdeling gezinnen voor 6 verschillende bereiken van scores op POPI Continuïteit

	Frequentie	Cumulatieve frequentie
$0 \leq \text{POPI}_{\text{continuïteit}} \leq 1$	3	1
$1 < \text{POPI}_{\text{continuïteit}} \leq 2$	1	4
$2 < \text{POPI}_{\text{continuïteit}} \leq 3$	23	27
$3 < \text{POPI}_{\text{continuïteit}} \leq 4$	80	107
$4 < \text{POPI}_{\text{continuïteit}} \leq 5$	68	175
$5 < \text{POPI}_{\text{continuïteit}} \leq 6$	4	179
	179	

2.8.7 POPI Steun

Deze subschaal heeft een bereik van 0 (geen ervaring van instrumentele en sociale steun) tot 6 (een sterke ervaring van instrumentele en sociale steun). De respondenten in dit onderzoek scoren gemiddeld 4,56. Als we de frequenties bekijken zien we dat de meeste respondenten redelijk hoog scoren, namelijk 40 tussen 3 en 4, 76 tussen 4 en 5 en 44 tussen 5 en 6.

16 respondenten scoren lager dan één standaardafwijking onder het gemiddelde. 5 respondenten scoren lager dan twee standaardafwijkingen onder het gemiddelde.

Tabel 26. Beschrijvende statistiek POPI Steun

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
POPI Steun	0	6,00	4,5570	1,10933

Tabel 27. Frequentieverdeling gezinnen voor 6 verschillende bereiken van scores op POPI Steun

	Frequentie	Cumulatieve frequentie
$0 \leq \text{POPI}_{\text{steun}} \leq 1$	2	2
$1 < \text{POPI}_{\text{steun}} \leq 2$	7	9
$2 < \text{POPI}_{\text{steun}} \leq 3$	10	19
$3 < \text{POPI}_{\text{steun}} \leq 4$	40	59
$4 < \text{POPI}_{\text{steun}} \leq 5$	76	135
$5 < \text{POPI}_{\text{steun}} \leq 6$	44	179
	179	

2.9 Vragenlijst: General Health Questionnaire (GHQ-12)

De GHQ-12 heeft een bereik van 0 (geen aanwijzing voor de aanwezigheid van non-psychotische, psychiatrische stoornissen) tot 12 (sterke aanwijzing voor de aanwezigheid van non-psychotische, psychiatrische stoornis(sen)). Voor de Nederlandstalige versie van de GHQ-12 zijn normen beschikbaar. In dit onderzoek wordt een cutoff van 2 gehanteerd (Koeter & Ormel, 1991)¹³.

In onderstaande tabel ziet men dat de meeste respondenten (69,6%) een score van één of meer behalen. 82 respondenten (of 45,6%) behalen een score van twee of meer, wat overeenkomt met een score boven de cutoff. Geen enkele respondent behaalde een score hoger dan acht.

Tabel 28. Frequentieverdeling gezinnen over de verschillende scores op GHQ-12

	Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Scores GHQ-12	0	53	29,4	29,4
	1	45	25,0	54,4
	2	33	18,3	72,8
	3	15	8,3	81,1
	4	13	7,2	88,3
	5	11	6,1	94,4
	6	4	2,2	96,7
	7	5	2,8	99,4
	8	1	,6	100,0
Totaal	180		100,0	

¹³ Men moet in het achterhoofd houden dat bij de vragenlijst die in dit onderzoek gebruikt werd, de antwoordcategorieën licht gewijzigd werden (zie ook punt 4.1.1.). Aangezien we niet verwachtten dat deze wijzigingen de resultaten zouden beïnvloeden, werd ervoor gekozen om de normen van de oorspronkelijke Nederlandse vertaling te gebruiken.

2.10 Vragenlijst: Vragenlijst voor GezinsProblemen (VGP)

Zoals reeds eerder gesteld, werden in dit onderzoek vier subschalen uit de VGP gebruikt. Voor de VGP zijn normen beschikbaar (Koot, 1997). Een score van 1 of 2 op een subschaal, geeft aan dat de behaalde score hoger is dan die van respectievelijk 50% of 75% van de personen in de normgroep. Bij een score van 3, kan men aannemen dat de score hoog genoeg is om te duiden op een belangrijk probleem in het betreffende gebied van gezinsfunctioneren. Een score van 4 is hoog genoeg om te duiden op een klinisch belangrijk probleem (Koot, 1997).

2.10.1 VGP Steun en communicatie

In onderstaande tabel ziet men dat 163 gezinnen (of 90,6%) een score hebben, lager dan 3. Bij deze gezinnen zijn er geen aanwijzingen voor problemen met betrekking tot wederzijdse hulp of steun, aandacht, vertrouwen, begrip, communicatie over belangrijke dingen en moeilijkheden in de wijze waarop problemen worden opgelost (Koot, 1997, p.67). Bij 17 gezinnen (of 9,4%) is dit wel het geval.

Tabel 29. Frequentieverdeling gezinnen over de verschillende scores op VGP Steun en communicatie

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Mogelijke scores	0	70	70	38,9	38,9
	1	52	122	28,9	67,8
	2	41	163	22,8	90,6
	3	2	165	1,1	91,7
	4	15	180	8,3	100,0
	Totaal	180		100,0	

2.10.2 VGP Betrokkenheid

Men stelt vast dat 10 gezinnen (of 5,5%) hoger scoren dan 3, wat wijst op een gebrek aan, vooral emotionele, betrokkenheid. Dit komt tot uiting in onverschilligheid en een gebrek aan meeleven en uitingen van betrokkenheid (Koot, 1997, p.68). Bij 170 gezinnen (of 94,4%) zijn er geen aanwijzingen om dergelijk gebrek te veronderstellen.

Tabel 30. Frequentieverdeling gezinnen over de verschillende scores op VGP Betrokkenheid

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Mogelijke scores	0	146	146	81,1	81,1
	1	0	146	0,0	81,1
	2	24	170	13,3	94,4
	3	2	172	1,1	95,6
	4	8	180	4,4	100,0
	Totaal	180		100,0	

2.10.3 VGP Geborgenheid

In onderstaande tabel ziet men dat 174 gezinnen (of 96,7%) lager scoren dan 3 op de subschaal geborgenheid. Ten aanzien van de 6 gezinnen (of 3,3%) die hoger scoren, kan men stellen dat er aanwijzingen zijn voor een afwezigheid van personen in het gezin die zorgen voor gezelligheid, die hulp en steun bieden en andere gezinsleden een veilig gevoel geven (Koot, 1997, p.68).

Tabel 31. Frequentieverdeling gezinnen over de verschillende scores op VGP Geborgenheid

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Mogelijke scores	0	132	132	73,3	73,3
	1	32	164	17,8	91,1
	2	10	174	5,6	96,7
	3	0	174	0,0	96,7
	4	6	180	3,3	100,0
	Totaal	180		100,0	

VGP Partnerrelatie

173 gezinnen (of 96,6%) scoren lager dan 3, wat wijst op de afwezigheid van belangrijke problemen in de partnerrelatie, vooral waar het gaat om onderlinge steun en gelijkgezindheid over de opvoeding van de kinderen. Bij 6 gezinnen (of 3,4%), zijn er wel aanwijzingen voor problemen op dit vlak.

Tabel 32. Frequentieverdeling gezinnen over de verschillende scores op VGP Partnerrelatie

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Mogelijke scores	0	130	130	72,6	72,6
	1	0	130	0,0	72,6
	2	43	173	24,0	96,6
	3	3	176	1,7	98,3
	4	3	179	1,7	100,0
	Totaal	179		100,0	
	Ontbrekend	1			
	Totaal	180			

2.11 Vragenlijst: Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG)

Voor de Nederlandstalige versie van de VMG zijn er geen normen beschikbaar. Scores die meer dan één standaardafwijking verschillen van het gemiddelde zullen in verdere analyses onderscheiden worden van de andere. We nemen met andere woorden aan dat een verschil van meer dan één standaardafwijking kan wijzen op een risico met betrekking tot meegemaakte gebeurtenissen.

2.11.1 VMG Aantal a priori stressvol meegemaakte gebeurtenissen

Deze subschaal heeft een bereik van 0 (het gezin maakte geen enkele gebeurtenis mee die door de auteurs van de test als stressvol beschouwd wordt) tot 17 (het gezin maakte alle 17 de gebeurtenissen mee die door de auteurs van de test als stressvol beschouwd worden). De meeste gezinnen (103 gezinnen of 57,2%), maakten geen enkele van deze gebeurtenissen mee. Van de overige gezinnen, maakten de meesten één of twee door de auteurs als stressvol bevonden gebeurtenissen mee.

We stellen vast dat 33 respondenten meer dan 1 standaardafwijking hoger scoren dan het gemiddelde (0,72 a priori stressvol meegemaakte gebeurtenissen). Elf van deze respondenten scoort meer dan 2 standaardafwijkingen hoger.

Tabel 33. Beschrijvende statistiek VMG Aantal a priori stressvol meegemaakte gebeurtenissen

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
VMG A priori stressvol	0	6	,7167	1,06899

Tabel 34. Frequentieverdeling gezinnen over de verschillende scores voor VMG Aantal a priori stressvol meegemaakte gebeurtenissen

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Mogelijke scores	0	103	103	57,2	57,2
	1	44	147	24,4	81,7
	2	22	169	12,2	93,9
	3	7	176	3,9	97,8
	4	1	177	,6	98,3
	5	2	179	1,1	99,4
	6	1	180	,6	100,0
	Totaal	180		100,0	

2.11.2 VMG Aantal negatief en ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

Deze subschaal heeft een bereik van 0 (de respondent beoordeelde geen enkele van de door de onderzoekers opgelijste gebeurtenissen als meegemaakt, negatief en ingrijpend) tot 19 (de respondent beoordeelde alle door de onderzoekers opgelijste gebeurtenissen als meegemaakt, negatief en ingrijpend). Een grote meerderheid van de respondenten (137 of 76,1%) beoordeelde geen enkele gebeurtenis als dusdanig. 31 gezinnen (of 17,2%) maakten één dergelijke gebeurtenis mee.

We stellen vast dat 12 respondenten meer dan één standaardafwijking hoger scoren dan het gemiddelde. Dezelfde respondenten scoren tegelijkertijd ook meer dan twee standaardafwijkingen hoger.

Tabel 35. Beschrijvende statistiek VMG Aantal negatief en ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
VMG Negatief&ingrijpend	0	5	,3278	,69178

Tabel 36. Frequentieverdeling gezinnen over de verschillende scores voor VMG Aantal negatief en ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Mogelijke scores	0	137	137	76,1	76,1
	1	31	168	17,2	93,3
	2	10	178	5,6	98,9
	3	1	179	,6	99,4
	5	1	180	,6	100,0
	Totaal	180		100,0	

2.11.3 VMG Aantal negatief en niet-ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

Deze subschaal heeft een bereik van 0 (de respondent beoordeelde geen enkele van de door de onderzoekers opgelijste gebeurtenissen als meegemaakt, negatief en niet-ingrijpend) tot 19 (de respondent beoordeelde alle door de onderzoekers opgelijste gebeurtenissen als meegemaakt, negatief en niet-ingrijpend). Een grote meerderheid van de respondenten (140 of 77,8%) beoordeelde geen enkele gebeurtenis als dusdanig. 31 gezinnen (of 17,2%) maakte één dergelijke gebeurtenis mee.

We stellen vast dat 40 respondenten meer dan 1 standaardafwijking hoger scoren dan het gemiddelde. Van deze groep scoren negen respondenten ook meer dan twee standaardafwijkingen hoger.

Tabel 37. Beschrijvende statistiek VMG Aantal negatief en niet-ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
VMG Negatief&niet-ingrijpend	0	4	,2889	,62077

Tabel 38. Frequentieverdeling gezinnen over de verschillende scores voor VMG Aantal negatief en niet- ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

	Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Mogelijke scores				
0	140	140	77,8	77,8
1	31	171	17,2	95,0
2	7	178	3,9	98,9
3	1	179	,6	99,4
4	1	180	,6	100,0
Totaal	180		100,0	

2.11.4 VMG Aantal positief en ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

Deze subschaal heeft een bereik van 0 (de respondent beoordeelde geen enkele van de door de onderzoekers opgelijste gebeurtenissen als meegemaakt, positief en ingrijpend) tot 19 (de respondent beoordeelde alle door de onderzoekers opgelijste gebeurtenissen als meegemaakt, positief en ingrijpend). Bijna alle respondenten (167 of 92,8%) beoordeelden geen enkele gebeurtenis als dusdanig. 12 gezinnen (of 6,7%) maakten één dergelijke gebeurtenis mee.

We stellen vast dat 13 respondenten meer dan 1 standaardafwijking hoger scoren dan het gemiddelde. Deze hele groep scoort eveneens meer dan 2 standaardafwijkingen hoger dan het gemiddelde.

Tabel 39. Beschrijvende statistiek VMG Aantal positief en ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
VMG Positief&ingrijpend	0	2	,0778	,28862

Tabel 40. Frequentieverdeling gezinnen over de verschillende scores voor VMG Aantal positief en ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
Mogelijke scores	0	167	167	92,8	92,8
	1	12	179	6,7	99,4
	2	1	180	,6	100,0
	Totaal	180		100,0	

2.11.5 VMG Aantal positief en niet-ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

Deze subschaal heeft een bereik van 0 (de respondent beoordeelde geen enkele van de door de onderzoekers opgelijste gebeurtenissen als meegemaakt, positief en niet-ingrijpend) tot 19 (de respondent beoordeelde alle door de onderzoekers opgelijste gebeurtenissen als meegemaakt, positief en niet-ingrijpend). De meerderheid van de respondenten (16 of 90%) beoordeelde geen enkele gebeurtenis als dusdanig. 12 gezinnen (of 6,7%) maakten één dergelijke gebeurtenis mee.

We stellen vast dat 18 respondenten meer dan 1 standaardafwijking hoger scoren dan het gemiddelde. Deze hele groep scoort eveneens meer dan 2 standaardafwijkingen hoger dan het gemiddelde.

Tabel 41. Beschrijvende statistiek VMG Aantal positief en niet-ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaardafwijking
VMG Positief&niet-ingrijpend	0	2	,1333	,42807

Tabel 42. Frequentieverdeling gezinnen over de verschillende scores voor VMG Aantal positief en niet-ingrijpend geachte meegemaakte gebeurtenissen

		Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief Percentage
Mogelijke scores	0	162	162	90,0	90,0
	1	12	174	6,7	96,7
	2	6	180	3,3	100,0
	Totaal	180		100,0	

2.12 Vragenlijst: Gebruik van en behoefte aan zorg

Als we onderstaande tabel bekijken, valt op dat de respondenten 22 keer melding maakten van 'gebruik van zorg' of 'nood aan zorg'. Verdere analyse wees uit dat zeven respondenten aangaven gebruik te maken van zorg (op één of meerdere domeinen). Zeven respondenten gaven aan behoefte te hebben aan zorg (op één of meerdere domeinen). Van deze laatste groep gezinnen, zijn er vier gezinnen die op één of meerdere domeinen enkel behoefte aan zorg signaleerden (zonder op de respectievelijke domeinen ook al gebruik te maken van zorg).

Verder valt op dat de meeste zorg gebruikt wordt naar aanleiding van problemen met andere kinderen (zes vermeldingen), gevolgd door problemen bij de respondent zelf (vijf vermeldingen). Slechts één respondent heeft een partner die zorg gebruikt. Ook de nood aan zorg stelt zich het meest op het domein van 'problemen met andere kinderen' (negen vermeldingen).

Tabel 43. Frequentieverdeling van de vermeldingen van gebruik van zorg en nood aan zorg, op drie verschillende domeinen

		0		1	
		Frequentie	Percentage	Frequentie	Percentage
Gebruikt zorg voor zichzelf	Gezondheidsproblemen	176	98,9	2	1,1
	Psychologische problemen	176	99,4	1	0,6
	Sociale problemen	175	98,9	2	1,1
Nood zorg zichzelf	Gezondheidsproblemen	177	99,4	1	0,6
Partner gebruikt zorg	Gezondheidsproblemen	178	100	0	0
	Psychologische problemen	177	100	0	0
	Sociale problemen	176	99,4	1	0,6
Gebruik zorg voor ander kind	Gezondheidsproblemen	178	100	0	0
	Ontwikkelingsproblemen	174	98,3	3	1,7
	Gedragsproblemen	175	98,9	2	1,1
	Opvoedingsproblemen	176	99,4	1	0,6
Nood zorg ander kind	Gezondheidsproblemen	178	100	0	0
	Ontwikkelingsproblemen	175	98,9	2	1,1
	Gedragsproblemen	172	97,2	5	2,8
	Opvoedingsproblemen	175	98,9	2	1,1

2.13 Vragenlijst: Totaal aantal klinische scores (POPI, VMG, VGP, GHQ-12)

In onderstaande tabel wordt de frequentieverdeling van het aantal behaalde klinische scores weergegeven. Indien de POPI totaalscore van een respondent meer dan één standaardafwijking onder het gemiddelde bedraagt, wordt er gesteld dat de respondent op deze vragenlijst een klinische score haalt. Een respondent behaalt een klinische score op de GHQ-12, indien hij een score van 2 of meer haalt. Indien de respondent op één of meer subschalen van de VGP 3 of meer scoort, behaalt hij een klinische score voor deze vragenlijst. Tot slot behaalt een respondent een klinische score op de VMG, indien het aantal 'als a priori stressvol te beschouwen meegemaakte gebeurtenissen' of het aantal 'als negatief en ingrijpend ervaren meegemaakte gebeurtenissen' minimum één standaardafwijking boven het gemiddelde ligt.

Per respondent wordt het aantal klinische scores over de vier vragenlijsten heen opgeteld om zo tot een 'totaal aantal klinische scores' te komen. Dit totaal heeft met andere woorden een bereik van 0 (de respondent behaalt op geen enkele vragenlijst

een klinische score) tot 4 (de respondent behaalt op alle vragenlijsten een klinische score).

Men stelt vast dat 62 respondenten (of 34,4%) op geen enkele van de 4 vragenlijsten een klinische score behalen. Van de overige 118 respondenten die één of meer klinische scores behalen, telt men 78 gezinnen met één klinische score, 32 gezinnen met twee klinische scores, zes gezinnen met drie klinische scores en twee gezinnen die op elke vragenlijst een klinische score behaalden.

Tabel 44. Frequentieverdeling aantal behaalde klinische scores

	Frequentie	Cumulatieve frequentie	Percentage	Cumulatief percentage
Totaal aantal klinische scores	62	62	34,4	34,4
1	78	140	43,3	77,8
2	32	172	17,8	95,6
3	6	178	3,3	98,9
4	2	180	1,1	100,0
Totaal	180		100,0	

2.14 Conclusies

Met betrekking tot de resultaten van de ijsbreker, stellen we ten eerste vast dat er bij weinig gezinnen een uitspraak gedaan werd over de beleving van de verschillende domeinen. Slechts bij 26 gezinnen werd er minimum één beleving (positief of negatief) genoteerd. Dit vraagt enige reflectie, vooral omdat er in de handleiding van de methodiek een sterke klemtoon gelegd wordt op het belang van beleving.

In die gezinnen waar wel nota gemaakt werd van beleving, valt op dat de regioverpleegkundigen niet enkel aandacht hebben voor negatieve maar ook voor positieve belevingen van de ouders. Het belang hiervan werd reeds beklemtoond (cfr. Hoofdstuk 3).

Verder stellen we vast dat er in vergelijking met het aantal actiepunten, veel aandachtspunten en 'zaken die men moet meenemen' geformuleerd worden (respectievelijk 28 t.o.v. 119 en 48). Men kan zich afvragen of dit werkelijk zaken zijn waaraan niets veranderd kan worden, of dat er andere factoren in het spel zijn (bvb tijdsdruk, onderbezetting, etc.) die maken dat een regioverpleegkundige minder geneigd is een actiepunt te formuleren en als gevolg ook een actie te ondernemen.

Tot slot zien we dat 'actiepunten', 'aandachtspunten', 'zaken die worden meegenomen', 'negatieve belevingen', 'positieve belevingen' en 'vraagverdiepingen' vooral geformuleerd worden t.a.v. ijsbreker één en twee. Hier dienen we een link te maken met de in hoofdstuk 3 gestelde vraag, namelijk of de regioverpleegkundigen wel voldoende expertise en ervaring bezitten om ook problemen op andere vlakken vast te stellen of om problemen door een andere bril dan de medische te kunnen zien.

Met betrekking tot de resultaten van de ijsbreker, stellen we vast dat het aantal respondenten die op de POPI totaalschaal of op de POPI subschalen, één standaardafwijking lager (respectievelijk hoger) scoren dan het gemiddelde, telkens rond de 20 ligt. Voor de subschalen van de VGP, scoren er telkens gemiddeld 10

respondenten hoger dan drie (uitgezonderd voor de subschaal steun en communicatie, waar er 17 respondenten een score behalen die hoger is dan drie¹⁴). Met betrekking tot de subschalen van de VMG varieert het aantal respondenten dat meer dan één standaardafwijking hoger scoort dan het gemiddelde, tussen 13 en 33. Opvallend is dat maar liefst 82 respondenten op de GHQ-12 een score behalen die hoger is dan twee. Deze bevinding ligt in lijn met het grote aantal 'actiepunten', 'aandachtspunten', 'vraagverdiepingen', 'zaken die worden meegenomen' en 'negatieve belevingen' die op dit domein geformuleerd werden. Een eerste verklaring is dat er in de respondentengroep wel degelijk sprake is van een veelvuldigheid aan problemen met betrekking tot de gezondheid van de ouders (die zowel in de vragenlijst als met behulp van de IJsbrekermethodiek gedetecteerd worden). Een tweede verklaring ligt in lijn met de opmerking die we reeds eerder maakte en heeft betrekking op het feit dat de ijsbreker door regioverpleegkundigen wordt afgenomen. Het zou immers kunnen zijn dat de regioverpleegkundigen tijdens de huisbezoeken bepaalde zaken in ouders losmaken (bvb door veel te praten over medische problemen of door vele problemen door een medische bril te bekijken) die een invloed hebben op het invullen van de GHQ-12.

3 Resultaten: Samenhang

In wat volgt, bespreken we de samenhang tussen de gegevens verworven met de IJsbrekermethodiek en de gegevens bekomen met de vragenlijsten.

Ten eerste (3.2.), gingen we het verband na tussen de verschillende parameters van de IJsbrekermethodiek¹⁴ en het aantal klinische scores op de reeds gevalideerde vragenlijsten¹⁵. We verwachtten dat de gezinnen waarbij men met behulp van de vragenlijsten risico's detecteerde, ook als dusdanig met behulp van de IJsbrekermethodiek gedetecteerd werden. Ten tweede (3.3.), bekeken we de samenhang tussen de scores op de reeds gevalideerde vragenlijsten afzonderlijk en de verschillende parameters van de IJsbrekermethodiek. We gingen na welke vragenlijsten in welke parameters variantie verklaren. We vroegen ons met andere woorden af welke problematieken (zoals gedetecteerd door de reeds gevalideerde vragenlijsten) met behulp van de IJsbrekermethodiek al dan niet gedetecteerd konden worden. In punt 3.4. komt het verband tussen 'de verschillende parameters van de ijsbreker', 'het al dan niet gebruik maken van zorg' en 'het al dan niet behoefte hebben aan zorg', aan bod. We wilden nagaan of de conclusies die door middel van de ijsbreker getrokken werden, al dan niet overeenkomen met de conclusies van andere professionals en/of met de beleving van ouders.

In punt 3.1. worden vooreerst de weergegeven die met betrekking tot deze samenhang gemaakt werden.

¹⁴ Zijnde 'basisaanbod/extra aanbod', 'aantal actiepunten', 'aantal aandachtspunten', 'aantal zaken dat wordt meegenomen', 'aantal negatieve belevingen', 'aantal positieve belevingen' en 'aantal vraagverdiepingen'.

¹⁵ Zijnde POPI, GHQ-12, VGP en VMG.

3.1 Hypothesen samenhang

We verwachten ten eerste dat er zich in de groep gezinnen die een extra aanbod krijgen, gemiddeld genomen, meer gezinnen met (een groter aantal) klinische scores bevinden dan in de groep gezinnen met een basisaanbod. We verwachten ook een samenhang tussen alle verschillende vragenlijsten afzonderlijk en de keuze voor een basis- dan wel extra aanbod.

Geen enkele van de reeds gevalideerde vragenlijsten meet de beleving van de ouders zoals dit bij de IJsbrekermethodiek gebeurt (zowel de beleving van de gerapporteerde feiten, als de nood aan ondersteuning die ouders hierbij hebben). We verwachten met andere woorden niet direct samenhang tussen het aantal klinische scores en het aantal negatieve of positieve belevingen.

De VGP en de VMG (uitgezonderd de subschaal 'a priori stressvolle gebeurtenissen') bevragen wel de beleving van ouders m.b.t. een aantal feiten. We verwachten met andere woorden een positieve samenhang tussen de scores op deze vragenlijsten en 'het aantal negatieve belevingen' en een negatieve samenhang tussen deze scores op deze vragenlijsten en 'het aantal positieve belevingen'¹⁶.

Aangezien actiepunten vooral geformuleerd worden met betrekking tot zaken waarover zowel de verpleegkundige als de ouders bezorgd zijn, verwachten we dat er in de groepen gezinnen met een groot aantal klinische scores, gemiddeld genomen meer gezinnen (meer) actiepunten kregen. We verwachten met andere woorden een positieve samenhang tussen deze twee factoren.

Een actiepunt kan in sommige gevallen echter ook een probleem zijn, waarbij de ouder niet meteen een negatieve beleving heeft. We verwachten dat deze zaken vooral door de POPI, de GHQ-12 en de subschaal 'a priori stressvolle gebeurtenissen' van de VMG gedetecteerd worden.

Algemeen, kunnen we met andere woorden een samenhang verwachten tussen het aantal actiepunten en het aantal klinische scores. Als we de afzonderlijke vragenlijsten bekijken, zal deze samenhang waarschijnlijk iets sterker zijn voor de POOPI, de GHQ-12 en de subschaal 'a priori stressvolle gebeurtenissen'.

Een aandachtspunt is een feit waaraan men niets kan veranderen maar waarvoor men in de loop van de hulpverlening toch oog moet hebben (in deze betekenis is het gelijk aan de parameter 'zaken die worden meegenomen'). In de handleiding van de IJsbrekermethodiek wordt het voorbeeld van een handicap gegeven. We verwachten geen samenhang met het aantal klinische scores maar wel met de vragenlijst meegemaakte gebeurtenissen.

Verder verwachten we samenhang tussen het aantal klinische scores en het aantal vraagverdiepingen. We veronderstellen immers dat vraagverdiepingen vaker zullen voorkomen bij personen die (kleine of grote) problemen hebben dan bij personen die helemaal geen problemen vertonen. De cutoff voor de klinische scores op de vragenlijsten ligt niet hoog (cfr. één standaardafwijking voor de POPI en de VMG;

¹⁶ Hiermee stellen we niet dat negatieve belevingen op bepaalde domeinen niet gepaard zouden kunnen gaan met positieve belevingen op hetzelfde of andere domeinen. Wel maken we volgende redenering: hoe meer negatieve belevingen op bepaalde domeinen, hoe minder kans op positieve belevingen op die domeinen.

zowel score drie als vier voor de VGP; een cutoff van twee op de GHQ-12, afgezien van het feit dat een groot aantal gezinnen deze cutoff behaalde). We verwachten met andere woorden dat ook de problemen waarover twijfel bestaat (ofwel over het probleem zelf, ofwel over de vraag van de ouders hierbij) en waarvoor de regioverpleegkundigen een vraagverdieping uitvoeren, in de reeds gevalideerde vragenlijst een klinische score krijgen.

We verwachten ook een samenhang tussen de scores op de verschillende vragenlijsten en het aantal vraagverdiepingen.

Met betrekking tot het verband tussen 'de verschillende parameters van de ijsbreker', 'het al dan niet gebruik maken van zorg' en 'het al dan niet behoefte hebben aan zorg', verwachten we vooreerst een positieve samenhang tussen het gebruik maken van zorg en alle parameters van de ijsbreker (uitgezonderd 'aantal positieve belevingen', waarmee een negatieve samenhang verwacht wordt). Doch zijn we ons bewust van de mogelijkheid dat regioverpleegkundigen minder geneigd zijn een extra aanbod te doen of actiepunten te formuleren wanneer de ouders reeds gebruik maken van zorg. Het uitblijven van samenhang zou hierdoor verklaard kunnen worden.

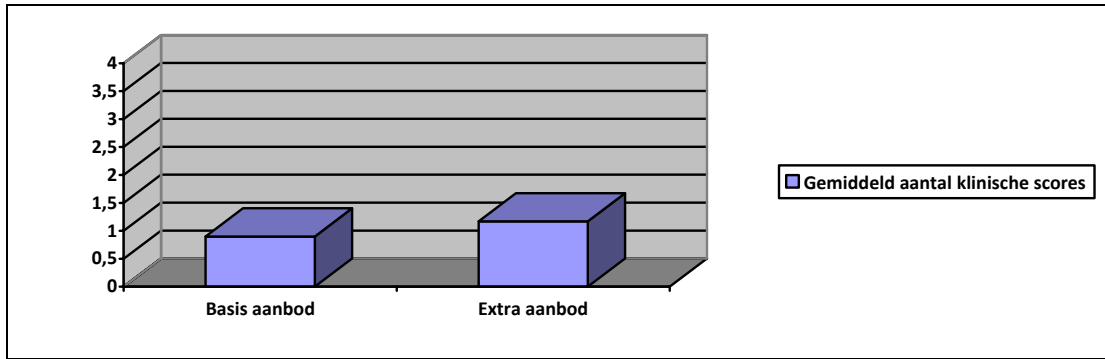
Ten tweede verwachten we een samenhang tussen 'zorgbehoefte' enerzijds en anderzijds 'de parameters uit de ijsbreker waarin de beleving van de ouders een rol speelt' en 'aantal vraagverdiepingen'. We voorspellen een positieve samenhang tussen 'zorgbehoefte' en 'basis – extra aanbod', 'aantal actiepunten', 'aantal negatieve belevingen' en 'aantal vraagverdiepingen' en een negatieve samenhang tussen 'zorgbehoefte' en 'aantal positieve belevingen' (cfr de gedachtegang die hierboven gemaakt werd). We kunnen veronderstellen dat de gezinnen die aangeven op een bepaald domein gebruik te maken van zorg, op deze domeinen ook aangeven behoefte te hebben aan zorg. Daarom wordt de samenhang tussen de parameters op de ijsbreker en de zorgbehoefte ook berekend bij die gezinnen die enkel behoefte hebben aan zorg, zonder er gebruik van te maken.

3.2 Samenhang tussen 'aantal klinische scores op de reeds gevalideerde vragenlijsten' en 'verschillende parameters van de Ijsbreker-methodiek'¹⁷

3.2.1 Samenhang aantal klinische scores – Basisaanbod/Extra aanbod

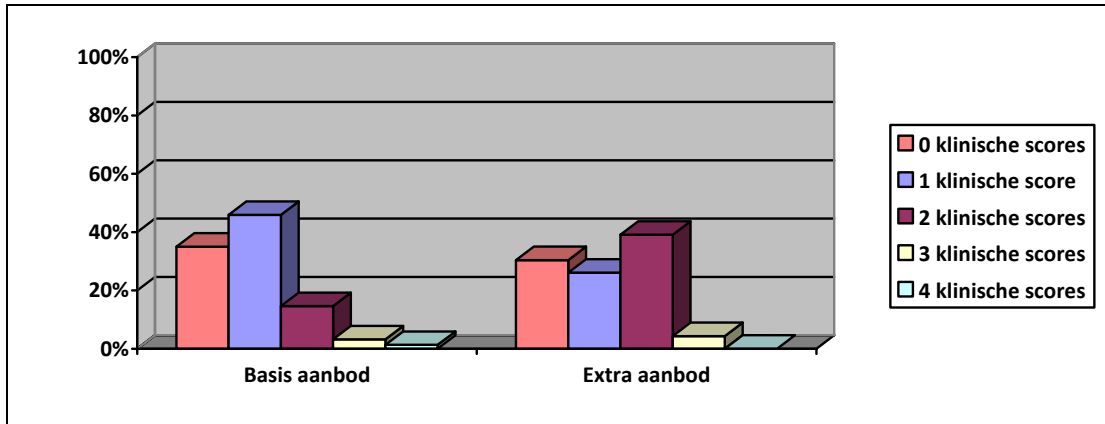
In onderstaande figuur wordt per groep van aanbod, het gemiddeld aantal klinische scores weergegeven. De gezinnen die het basisaanbod van Kind en Gezin ontvangen, behaalden gemiddeld 0,90 klinische scores, tegenover gemiddeld 1,17 klinische scores bij de gezinnen die het extra aanbod ontvangen.

¹⁷ In wat volgt worden telkens de belangrijkste resultaten van de analyses gerapporteerd. Voor tabellen met meer uitgebreid cijfermateriaal, verwijzen we naar Appendix 7 tot en met 12.



Figuur 8. Gemiddeld aantal klinische scores per groep gezinnen met een gelijk aanbod

In onderstaande figuur wordt per groep gezinnen met een gelijk aanbod, het percentage gezinnen voorgesteld die op de reeds gevalideerde vragenlijsten respectievelijk 0, 1, 2, 3 of 4 klinische scores behaalden. In beide groepen bevinden zich zogenaamde 'uitschieters' of met andere woorden respondenten die bijvoorbeeld 3 of 4 klinische scores halen maar zich toch in de groep van het basisaanbod bevinden en vice versa.

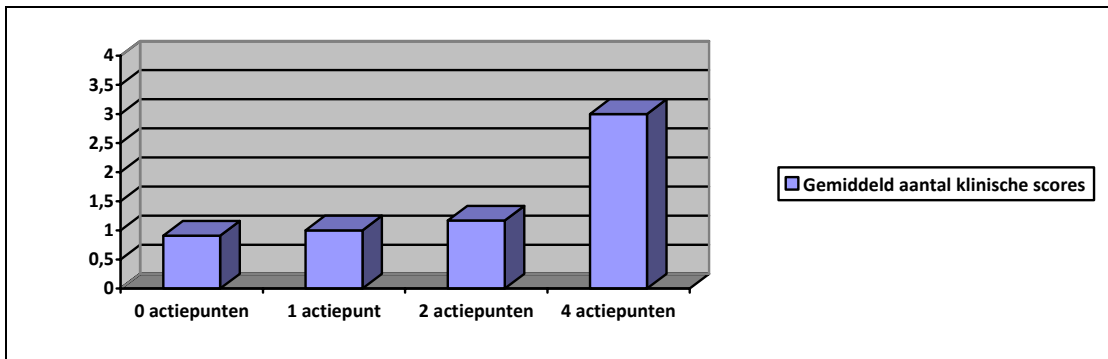


Figuur 9. Verdeling over het aantal klinische scores, per groep gezinnen met een gelijk aanbod.

De samenhang werd berekend aan de hand van een χ^2 toets ($X = 9,070$; $p = 0,059 > 0,05$). De nulhypothese (er is geen samenhang tussen 'het aantal klinische scores, behaald op de reeds gevalideerde vragenlijsten' en 'de keuze van de regioverpleegkundigen voor een basis- dan wel een extra aanbod') werd net niet verworpen ($p > 0,05$).

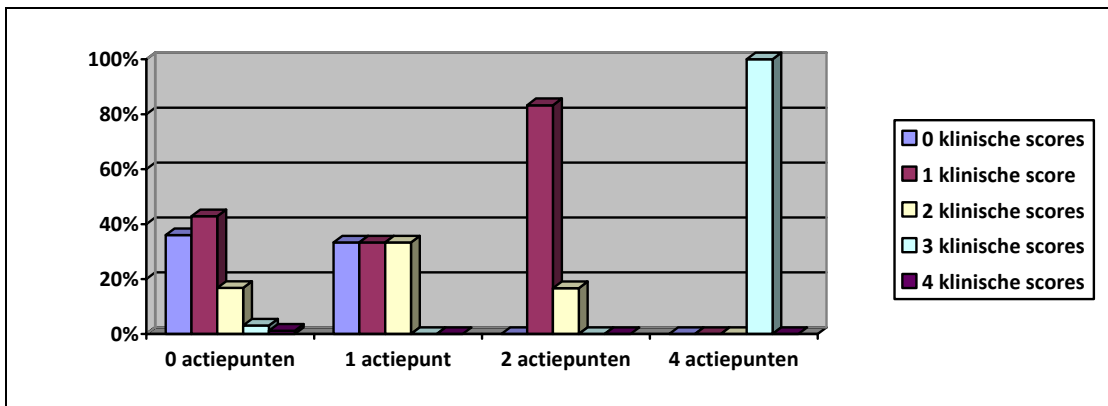
3.2.2 Samenhang aantal klinische scores – aantal actiepunten

In onderstaande figuur merken we op dat het aantal klinische scores gemiddeld genomen groter is in de groepen gezinnen die ook meer actiepunten toegewezen krijgen (respectievelijk gemiddeld 0,91; 1; 1,17 en 3 klinische scores).



Figuur 10. Gemiddeld aantal klinische scores per groep gezinnen met een gelijk aantal actiepunten

In onderstaande figuur wordt per groep van gezinnen die respectievelijk 0, 1, 2 of 4 actiepunten kregen (3 actiepunten kwam niet voor, zie ook punt 4.2.2.), het percentage gezinnen voorgesteld die op de reeds gevalideerde vragenlijsten respectievelijk 0, 1, 2, 3 of 4 klinische scores behaalde. Ook nu stellen we vast dat hoewel er in de groepen gezinnen met minder actiepunten vaak minder klinische scores te zien zijn en vice versa, er in de groepen gezinnen die 0 of 1 actiepunt toegewezen kregen, ook een aantal gezinnen drie tot zelfs vier klinische scores behaalden.



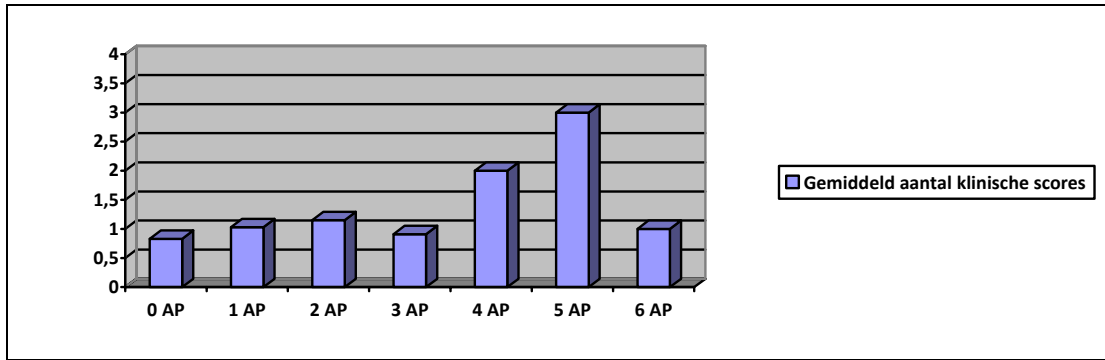
Figuur 11. Verdeling over het aantal klinische scores, per groep gezinnen met een gelijk aantal actiepunten.

Tussen de twee variabelen werd een niet significante correlatie vastgesteld¹⁸ ($\rho = 0,108$; $p = 0,148 > 0,05$). De nulhypothese (er is geen samenhang tussen het aantal klinische scores en het aantal actiepunten) wordt niet verworpen ($p > 0,05$).

¹⁸ Aangezien de variabele 'aantal actiepunten' in principe een oneindig aantal categorieën heeft (de regioverpleegkundigen worden niet gelimiteerd in het aantal actiepunten dat kan worden toegewezen), is het uitvoeren van een χ^2 toets niet opportuun. Verder werd de keuze voor de Spearman correlatiecoëfficiënt gemaakt op basis van de vaststelling dat de scores niet normaal verdeeld zijn (Cramer&Howitt, 2004).

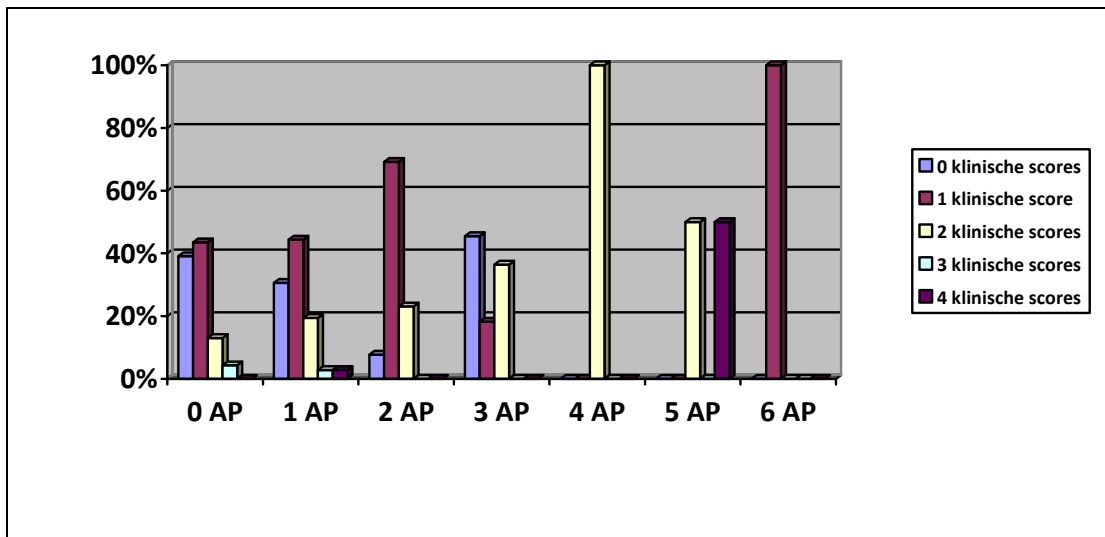
3.2.3 Samenhang aantal klinische scores – aantal aandachtspunten

In onderstaande figuur zien we dat het gemiddeld aantal klinische scores niet rechtlijnig toeneemt naarmate het aantal aandachtspunten toeneemt. De gezinnen die respectievelijk 0, 1, 2, 3, 4, 5 of 6 aandachtspunten toegewezen kregen, behaalden op de reeds gevalideerde vragenlijsten gemiddeld 0, 83; 1,03; 1,15; 0,91; 2; 3 en 1 klinische scores.



Figuur 12. Gemiddeld aantal klinische scores per groep gezinnen met een gelijk aantal aandachtspunten

Als we figuur 13 bekijken, stellen we vast dat er in de groepen gezinnen die minder aandachtspunten toegewezen kregen, vaak minder klinische scores te zien zijn en vice versa. Toch zien we ook verschillende uitschieters. In de groepen gezinnen die 0 of 1 aandachtspunt toegewezen kregen, behalen een aantal gezinnen bijvoorbeeld drie tot zelfs vier klinische scores.

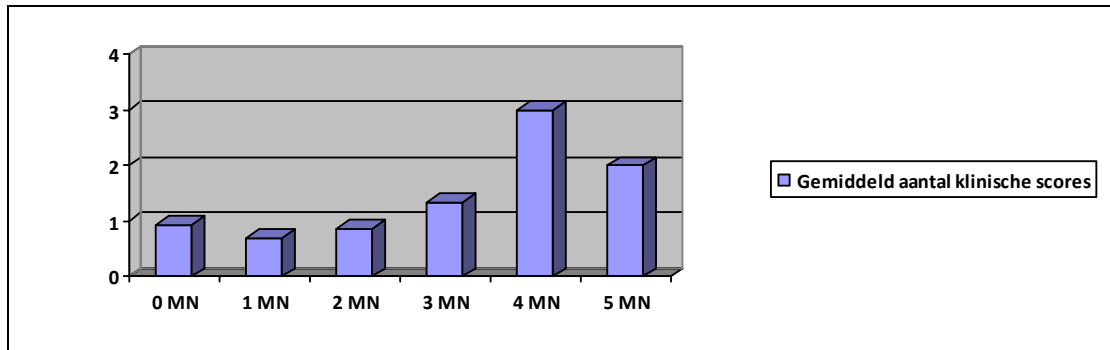


Figuur 13. Verdeling over het aantal klinische scores, per groep gezinnen met een gelijk aantal aandachtspunten.

Tussen de twee variabelen werd een significante correlatie vastgesteld ($p = 0,182$; $p = 0,014 < 0,05$). De nulhypothese (er is geen samenhang tussen het aantal klinische scores en het aantal aandachtspunten) wordt met andere woorden verworpen ($p < 0,05$).

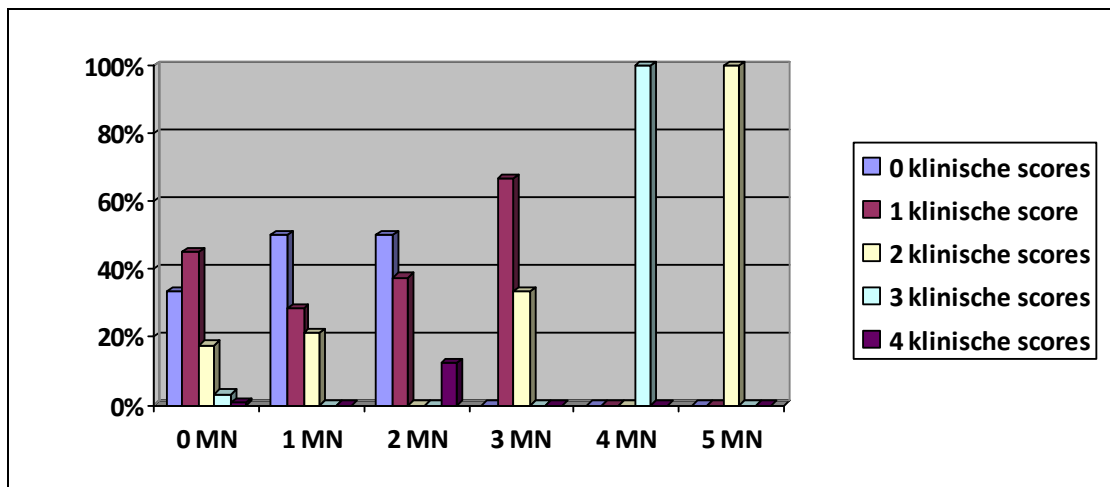
3.2.4 Samenhang aantal klinische scores – aantal zaken dat wordt meegenomen

Ook met betrekking tot de groepen gezinnen waarin een gelijk aantal zaken wordt meegenomen, stellen we vast dat het gemiddeld aantal klinische scores niet lineair toeneemt. Toch kunnen we ook hier van enig verband spreken. De gemiddelde aantallen klinische scores bedragen respectievelijk 0,93; 0,71; 0,88; 1,33; 3 en 2.



Figuur 14. Gemiddeld aantal klinische scores per groep gezinnen met een gelijk aantal zaken dat wordt meegenomen

Ook in onderstaande figuur zien we dat hoe meer zaken er voor gezinnen worden meegenomen, hoe vaker er sprake is van (meer) klinische scores op de vragenlijsten. Toch zien we dat deze algemene trend zich ook op dit vlak niet steeds rechtlijnig doortrekt.



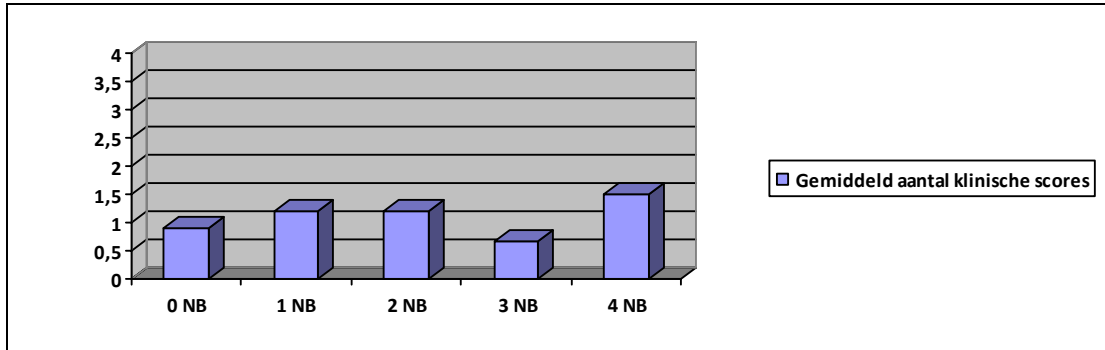
Figuur 15. Verdeling over het aantal klinische scores, per groep gezinnen met een gelijk aantal zaken dat wordt meegenomen

Tussen de twee variabelen werd een niet significante correlatie vastgesteld ($p = -0,003$; $p = 0,970 > 0,05$). De nulhypothese (er is geen samenhang tussen het aantal klinische scores en het aantal zaken dat wordt meegenomen) wordt met andere woorden niet verworpen ($p > 0,05$).

3.2.5 Samenhang aantal klinische scores – aantal negatieve belevingen

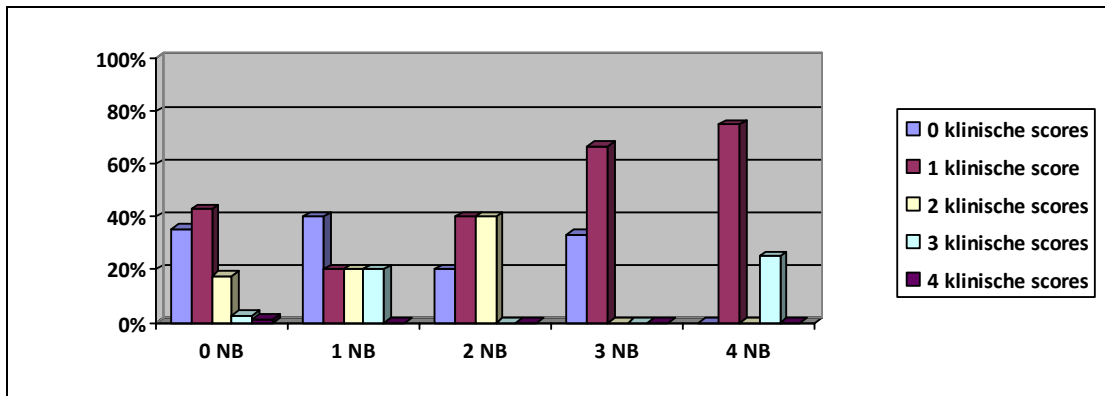
Afgezien van de groep gezinnen waarbij de regioverpleegkundigen drie negatieve belevingen vaststelden, loopt het aantal negatieve belevingen gelijk op met het

gemiddeld aantal klinische scores. De verschillen zijn echter niet groot. Respectievelijk noteerde men gemiddeld 0,91; 1,2; 1,2; 0,67 en 1,5 klinische scores.



Figuur 16. Gemiddeld aantal klinische scores per groep gezinnen met een gelijk aantal negatieve belevingen

Als we per groep gezinnen met een gelijk aantal negatieve belevingen, de verdeling over het aantal klinische scores bekijken, stellen we een zwak verband vast tussen het aantal klinische scores en het aantal negatieve belevingen.

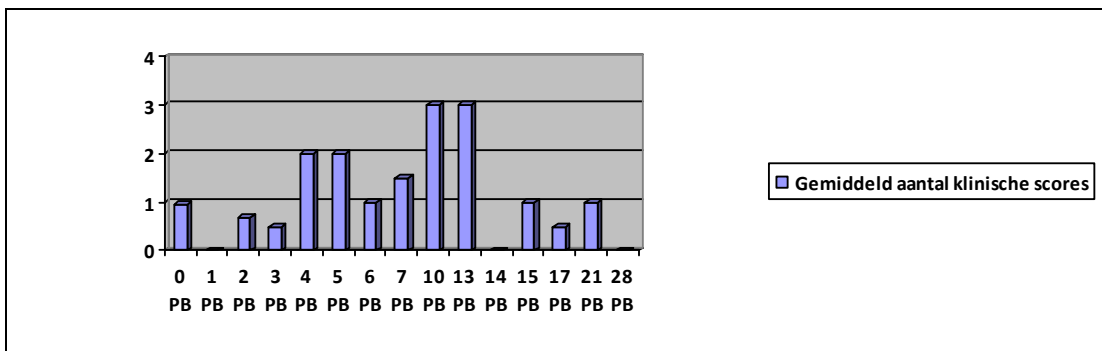


Figuur 17. Verdeling over het aantal klinische scores, per groep gezinnen met een gelijk aantal negatieve belevingen

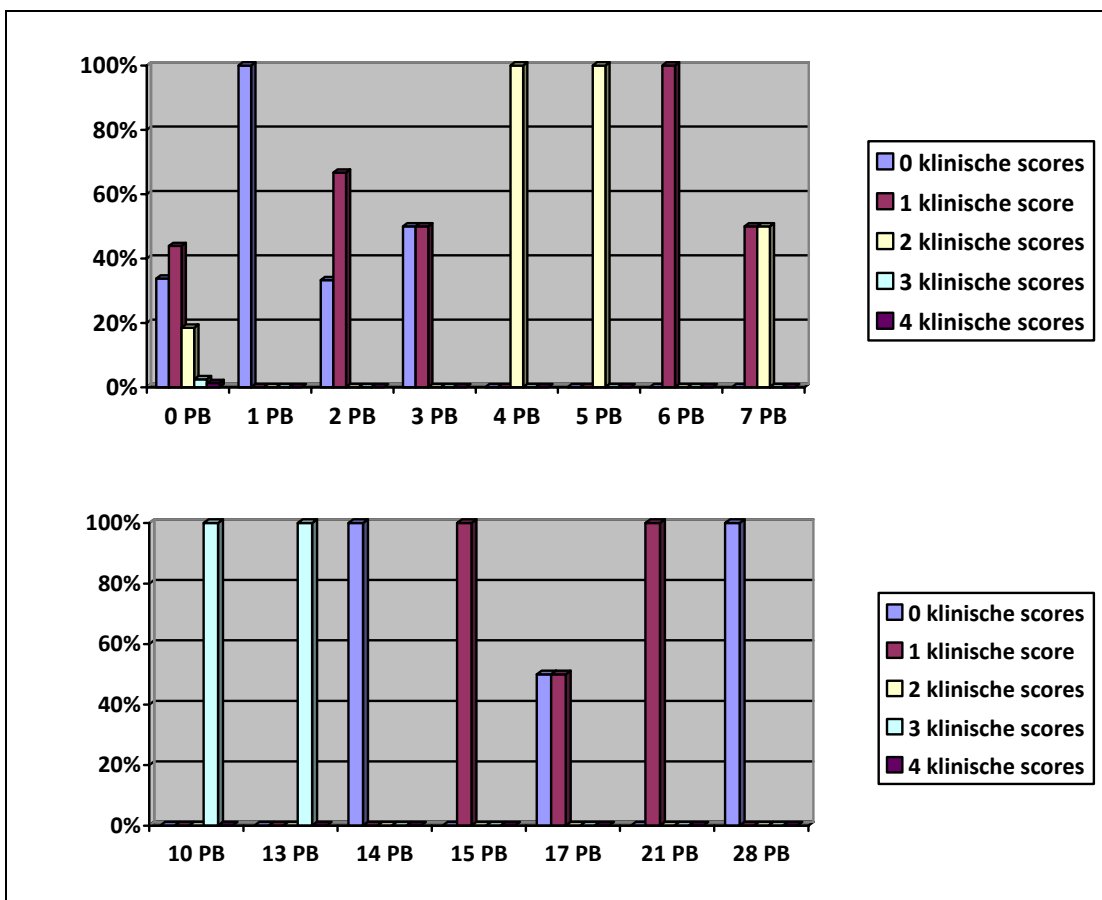
Er werd tussen de twee variabelen een niet significante correlatie vastgesteld ($\rho = 0,087$; $p = 0,244 > 0,05$). De nulhypothese (er is geen samenhang tussen het aantal klinische scores en het aantal negatieve belevingen) wordt met andere woorden niet verworpen ($p > 0,05$).

3.2.6 Samenhang aantal klinische scores – aantal positieve belevingen

In onderstaande figuren zien we geen duidelijk verband tussen het aantal klinische scores en het aantal positieve belevingen.



Figuur 18. Gemiddeld aantal klinische scores per groep gezinnen met een gelijk aantal positieve belevingen



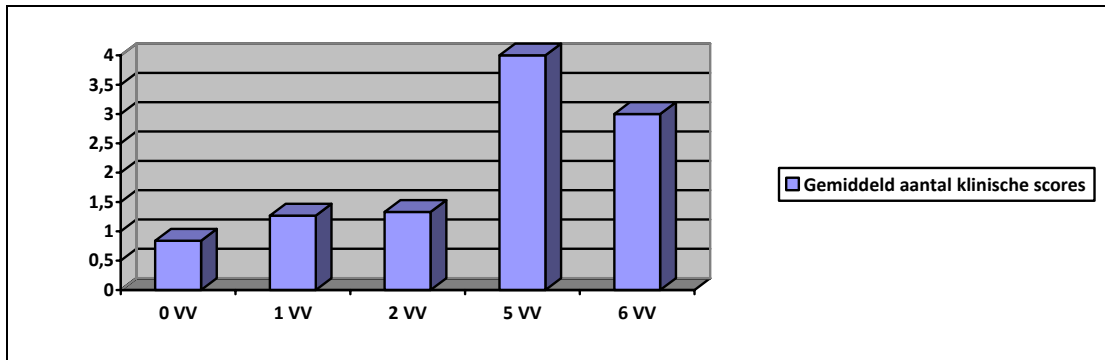
Figuur 19. Verdeling over het aantal klinische scores, per groep gezinnen met een gelijk aantal positieve belevingen

Ook statistisch werd er tussen de twee variabelen een niet significante correlatie vastgesteld ($\rho = -0,014$; $p = 0,851 > 0,05$). De nulhypothese (er is geen samenhang tussen het aantal klinische scores en het aantal positieve belevingen) wordt met andere woorden niet verworpen ($p > 0,05$).

3.2.7 Samenhang aantal klinische scores – aantal vraagverdiepingen

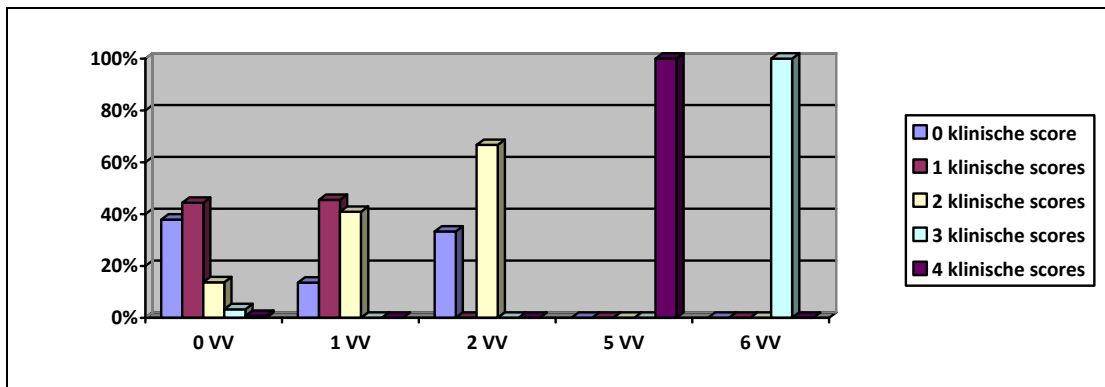
In onderstaande figuur zien we een sterk rechtlijnig verband tussen het aantal klinische scores en het aantal vraagverdiepingen (met een kleine uitschieter van de

groep gezinnen waarbij zes vraagverdiepingen uitgevoerd werden). Voor de groepen gezinnen met 0, 1, 2, 5 en 6 vraagverdiepingen werden respectievelijk 0,48; 1,27; 1,33; 4 en 3 klinische scores genoteerd.



Figuur 20. Gemiddeld aantal klinische scores per groep gezinnen met een gelijk aantal vraagverdiepingen

Ongeacht het aantal uitschieters dat men ook ongetwijfeld in onderstaande figuur vaststelt, zien we over het algemeen minder klinische scores bij de groepen gezinnen met minder vraagverdiepingen en vice versa.



Figuur 21. Verdeling over het aantal klinische scores, per groep gezinnen met een gelijk aantal vraagverdiepingen

Ook statistisch werd er een significante samenhang vastgesteld ($p = 0,253$; $p = 0,001 < 0,05$). De nulhypothese (er is geen samenhang tussen het aantal klinische scores en het aantal vraagverdiepingen) wordt verworpen ($p < 0,05$).

3.2.8 Conclusie

Van de zeven hypothesen over de samenhang tussen het aantal klinische scores en de parameters van de ijsbrekers, werden er vier bevestigd en drie verworpen.

Ten eerste stelden we vast dat er inderdaad meer vraagverdiepingen worden uitgevoerd bij personen bij wie op basis van de reeds gevalideerde vragenlijsten problemen gedetecteerd werden.

Verder werd er, in lijn met de verwachting, geen verband gevonden tussen 'het aantal klinische scores' enerzijds en anderzijds 'het aantal positieve of negatieve belevingen' en 'het aantal zaken dat wordt meegenomen'.

Tegen de verwachtingen in kon er geen significant positief verband worden vastgesteld tussen het aantal op basis van de vragenlijst gedetecteerde problemen en de keuze voor een basis of extra aanbod. Hetzelfde geldt voor de samenhang tussen het aantal door de vragenlijst gedetecteerde problemen en het aantal actiepunten.

We kunnen hieruit besluiten dat de keuzes van de regioverpleegkundigen voor het formuleren van een bepaald aanbod of actiepunt niet samenhangen met de problemen die met behulp van de reeds gevalideerde vragenlijsten werden vastgesteld (m.b.t. tot beleving of feitelijkheid).

Hoewel er geen positief verband verwacht werd tussen het aantal door de vragenlijst gedetecteerde problemen en het aantal aandachtspunten, werd dit verband wel gevonden. Dit resultaat doet ons de vraag stellen of de verpleegkundigen enkel aandachtspunten formuleren voor zaken waaraan men werkelijk niets kan veranderen.

3.3 Samenhang tussen 'scores op de reeds gevalideerde vragenlijsten' en 'verschillende parameters van de IJsbrekermethodiek'

3.3.1 Samenhang scores vragenlijsten – Basisaanbod/Extra aanbod

Via een variantieanalyse werd de samenhang nagegaan tussen de scores op de verschillende vragenlijsten en de keuze van de regioverpleegkundigen voor een basis- of extra aanbod.

In onderstaande tabel worden voor de groepen gezinnen die respectievelijk een basisaanbod of een extra aanbod kregen, de gemiddelde scores op de verschillende vragenlijsten weergegeven¹⁹. In de laatste kolom wordt per vragenlijst aangegeven of de gemiddelden van de twee groepen al dan niet significant verschillen.

Er werd een statistisch significante samenhang ($p > 0,05$) genoteerd tussen 'basisaanbod/extra aanbod' en de subschalen 'a priori stressvolle gebeurtenissen' en 'als negatief en ingrijpend geachte gebeurtenissen' van de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen.

Met betrekking tot de POPI stellen we vast dat de verschillen tussen de groepen basis- en extra aanbod miniem zijn en zelfs niet altijd 'in het voordeel' van de groep met een basisaanbod (bij de subschalen verrijking, isolatie en toewijding). In het geval van de GHQ-12 is er wel een klein verschil op te merken, maar dit is niet significant. Ook de verschillen op de VGP zijn klein. Tegen de verwachting in, liggen de gemiddeldes van de groep met een basisaanbod op de subschalen 'steun en communicatie' en 'partnerrelatie' lager dan de gemiddeldes van de groep met een extra aanbod. Bij de VMG rapporteert de groep met een extra aanbod gemiddeld meer gebeurtenissen die ingrijpend of negatief geacht worden.

¹⁹ Voor de interpretatie van deze scores, verwijzen we naar punt 4.2.8 tem 4.2.11.

Tabel 45. Per (subschaal van een) vragenlijst de gemiddelde scores van de gezinnen met een basisaanbod en de gezinnen met een extra aanbod

	Basisaanbod	Extra aanbod	F(df1,df2)=	p
POPI				
Totaalscore	24,30	24,01	F(1,177)=0,20	0,656
Verrijking	5,52	5,66	F(1,178)=1,37	0,243
Isolatie	2,88	2,86	F(1,178)=0,01	0,914
Toewijding	4,55	4,51	F(1,177)=0,05	0,827
Kost	3,12	3,32	F(1,177)=1,16	0,284
Continuïteit	3,91	3,78	F(1,177)=0,42	0,518
Steun	4,62	4,14	F(1,177)=3,84	0,052
GHQ-12	1,78	2,22	F(1,178)=1,08	0,299
VGP				
Steun&communicatie	1,12	1,04	F(1,178)=0,09	0,771
Betrokkenheid	0,44	0,74	F(1,178)=1,61	0,206
Geborgenheid	0,39	0,65	F(1,178)=1,85	0,176
Partnerrelatie	0,62	0,41	F(1,177)=0,87	0,353
VMG				
Negatief&ingrijpend	0,28	0,65	F(1,178)=5,96	*0,016
Negatief&niet-ingrijpend	0,29	0,30	F(1,178)=0,02	0,899
Positief&ingrijpend	0,06	0,17	F(1,178)=2,96	0,087
Positief&niet-ingrijpend	0,15	0,04	F(1,178)=1,12	0,282
A priori stressvolle gebeurtenissen	0,66	1,13	F(1,178)=4,02	*0,047

* $p < 0,05$

3.3.2 Samenhang scores vragenlijsten - aantal actiepunten

Statistisch werd de correlatie tussen de verschillende vragenlijsten en het aantal actiepunten berekend. Als maat voor correlatie werd de Spearman correlatiecoëfficiënt gebruikt²⁰. In onderstaande tabel kunnen we zien dat enkel de VMG subschalen 'negatief en niet-ingrijpend' en 'a priori stressvolle gebeurtenissen' significant correleren met het aantal actiepunten (respectievelijk $\rho = 0,184$; $p < 0,05$ en $\rho = 0,152$; $p < 0,05$).

Ter informatie worden in onderstaande tabel, voor de verschillende vragenlijsten, ook de gemiddeldes van de groepen gezinnen met een gelijk aantal actiepunten weergegeven²¹. We stellen vast dat de scores op de POPI-subschalen 'verrijking',

²⁰ De keuze voor het berekenen van een correlatie en de keuze voor het gebruik van de Spearman correlatiecoëfficiënt, gebeurde omwille van dezelfde redenen zoals beschreven in punt 4.4.1.

²¹ De correlatiecoëfficiënt werd berekend op basis van de verschillende scores van alle respondenten en niet op basis van gemiddeldes. Dit maakt de berekening aanzienlijk betrouwbaarder (Moore & McCabe, 2001).

'isolatie' en 'kost', de VGP-subschalen 'geborgenheid' en 'partnerrelatie' en de VMG-subschalen 'negatief en ingrijpend', 'positief en ingrijpend' en 'positief en niet-ingrijpend' niet veel van elkaar verschillen.

Volgende scores variëren wel maar niet volgens het verwachte patroon: de POPI-totaalscore, de GHQ-12 totaalscore, de scores op de POPI-subschalen 'toewijding', 'continuïteit' en 'steun' en de scores op de VGP subschalen 'steun en communicatie' en 'betrokkenheid'.

Tabel 46. Per (subschaal van een) vragenlijst de gemiddelde scores van de gezinnen met een gelijk aantal actiepunten, de correlatiecoëfficiënt (ρ) en de P-waarde hiervan.

	Aantal actiepunten				P	P
	,00	1,00	2,00	4,00		
POPI						
Totaalscore	24,2477	24,9550	23,3267	24,1300	0,019	0,804
Verrijking	5,5356	5,5467	5,5350	5,7100	-0,019	0,803
Isolatie	2,8944	2,6875	2,9167	2,5000	-0,056	0,452
Toewijding	4,5323	4,6667	4,4167	6,0000	0,032	0,671
Kost	3,1188	3,3817	3,1667	4,0000	0,089	0,235
Continuïteit	3,8782	4,1108	3,5700	5,2500	0,074	0,323
Steun	4,5429	5,1108	3,8067	4,6700	0,065	0,389
GHQ-12	1,7702	2,3333	2,1667	4,0000	0,120	0,110
VGP						
Steun&communicatie	1,1180	,9167	1,1667	2,0000	0,011	0,879
Betrokkenheid	,4348	,3333	1,3333	4,0000	0,124	0,097
Geborgenheid	,4161	,4167	,5000	1,0000	0,074	0,321
Partnerrelatie	,5901	,5455	1,0000	,0000	0,038	0,613
VMG						
Negatief&ingrijpend	,3106	,5000	,5000	,0000	0,100	0,180
Negatief&niet- ingrijpend	,2547	,3333	,8333	2,0000	0,184	0,014*
Positief&ingrijpend	,0745	,1667	,0000	,0000	0,038	0,616
Positief&niet-ingrijpend	,1429	,0833	,0000	,0000	-0,058	0,436
A priori stressvolle gebeurtenissen	,6708	,9167	1,3333	2,0000	0,152	0,041*

* $p < 0,05$

3.3.3 Samenhang scores vragenlijsten - aantal aandachtspunten

Ook de samenhang tussen de scores op de verschillende vragenlijsten en het aantal aandachtspunten, werd berekend aan de hand van correlaties. Significante correlaties werden genoteerd tussen het aantal aandachtspunten en de subschalen 'steun' van de POPI ($\rho = -0,159$; $p < 0,05$), 'steun en communicatie' van de VGP ($\rho = 0,193$; $p < 0,05$), 'betrokkenheid' van de VGP ($\rho = 0,146$; $p < 0,05$), 'geborgenheid' van de VGP ($\rho = 0,152$; $p < 0,05$), 'negatief en niet-ingrijpend' van de VMG ($\rho = 0,216$; $p < 0,05$) en 'a priori stressvolle gebeurtenissen' van de VMG ($\rho = 0,194$; $p < 0,05$). Problemen met betrekking tot steun, communicatie, betrokkenheid van anderen, geborgenheid en

meegemaakte gebeurtenissen, verklaren met andere woorden in significante mate de variatie in de hoeveelheid aandachtspunten die regioverpleegkundigen weerhouden.

Met betrekking tot de gemiddeldes, merken we op dat ten aanzien van de subschalen 'verrijking' en 'continuïteit' van de POPI en de subschalen 'positief en ingrijpend' en 'positief en niet-ingrijpend' van de VMG, de gemiddelde scores tussen de verschillende groepen gezinnen met een gelijk aantal aandachtspunten, niet erg verschillen.

Met betrekking tot de andere subschalen en totaalscores (de subschalen 'isolatie', 'toewijding' en 'kost' (POPI), 'partnerrelatie' en 'continuïteit' (VGP) en 'negatief en ingrijpend' (VMG) en de totaalscore van de GHQ-12 en VGP), variëren de scores wel in enige mate maar niet volgens het verwachte patroon.

Tabel 47. Per (subschaal) vragenlijst de gemiddelde scores van de gezinnen met een gelijk aantal aandachtspunten, de correlatiecoëfficiënt (ρ) en de P-waarde hiervan.

	Aantal aandachtspunten							P	P
	,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	6,00		
POPI									
Totaalscore	24,5923	23,7344	23,3923	24,2873	24,1250	20,3150	25,0800	-0,150	0,460
Verrijking	5,5503	5,4197	5,7454	5,5827	5,7500	5,4400	4,8300	-0,078	0,296
Isolatie	2,8261	3,1111	2,6154	2,8409	1,6250	4,2500	4,2500	0,073	0,328
Toewijding	4,5146	4,7847	4,3654	4,4318	4,8750	4,2500	3,0000	0,019	0,796
Kost	3,0702	3,3403	3,3462	2,8936	3,0000	4,0000	3,0000	0,078	0,300
Continuïteit	3,9803	3,8658	3,6669	3,5682	3,2100	3,3750	3,5000	-0,109	0,146
Steun	4,6879	4,5450	4,1538	4,0300	3,6650	3,0000	6,0000	-0,159	*0,034
GHQ-12	1,6870	1,9167	2,0000	2,0000	1,5000	6,5000	3,0000	0,099	0,185
VGP									
Steun & communicatie	,9478	1,5000	1,4615	1,0000	1,0000	2,5000	,0000	0,193	*0,010
Betrokkenheid	,3478	,7222	,4615	,3636	3,0000	2,0000	,0000	0,146	*0,050
Geborgenheid	,3391	,5000	,3846	,5455	3,0000	1,0000	,0000	0,152	*0,042
Partnerrelatie	,5043	,7714	,6154	,7273	1,0000	2,0000	,0000	0,118	0,115
VMG									
Negatief & ingrijpend	,3043	,2778	,4615	,2727	1,0000	1,5000	,0000	0,815	0,416
Negatief & niet-ingrijpend	,1913	,3889	,6923	,1818	1,0000	1,0000	1,0000	0,216	**0,004
Positief & ingrijpend	,0783	,0556	,2308	,0000	,0000	,0000	,0000	-0,032	0,670
Positief & niet-ingrijpend	,1304	,1944	,1538	,0000	,0000	,0000	,0000	-0,032	0,669
A priori stressvolle gebeurtenissen	,5826	,7778	1,4615	,4545	2,0000	2,5000	1,0000	0,194	**0,009

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

3.3.4 Samenhang scores vragenlijsten – aantal zaken dat wordt meegenomen

Een statistisch significante samenhang werd enkel gevonden tussen de subschaal 'geborgenheid' van de VGP en 'het aantal zaken dat wordt meegenomen' ($\rho = 0,178$; $p < 0,05$). Hoe meer problemen een gezin op het vlak van geborgenheid vertoont, hoe meer zaken er door de regioverpleegkundigen worden meegenomen.

Met betrekking tot gemiddeldes, stellen we vast dat de scores op de POPI-subschalen 'verrijking' en 'steun', de VGP subschalen 'steun en communicatie', 'geborgenheid' en 'partnerrelatie' en de VMG-subschalen 'positief en ingrijpend' en 'positief en niet-ingrijpend' weinig variëren.

De gemiddelde POPI totaalscore en de gemiddelde scores op de POPI-subschalen 'isolatie' en 'continuïteit' variëren sterk maar niet volgens het verwachte patroon.

De gemiddelde scores op de 'GHQ-12', de POPI-subschalen 'toewijding' en 'kost' en de VMG-subschalen 'negatief en ingrijpend', 'negatief en niet-ingrijpend' en 'a priori stressvolle gebeurtenissen' variëren volgens het verwachte patroon. De samenhang tussen de scores van de verschillende respondenten en het aantal zaken dat wordt meegenomen is echter in geen van deze gevallen significant.

Tabel 48. Per (subschaal van een) vragenlijst de gemiddelde scores van de gezinnen met een gelijk aantal zaken dat wordt meegenomen, de correlatiecoëfficiënt (ρ) en de P-waarde hiervan.

	Aantal zaken dat wordt meegenomen						P	P
	,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00		
POPI								
Totaalscore	24,2426	25,4186	23,4775	23,5867	24,130	19,7400	-0,038	0,610
Verrijking	5,5221	5,7529	5,4475	5,4767	5,7100	5,5700	0,034	0,065
Isolatie	2,9118	2,3571	3,0625	2,9167	2,5000	4,0000	-0,067	0,374
Toewijding	4,5126	4,6429	4,6250	4,7500	6,0000	5,5000	0,100	0,184
Kost	3,1228	2,8271	3,6250	4,0000	4,0000	3,3300	0,081	0,282
Continuïteit	3,8707	4,0121	3,9688	4,6667	5,2500	1,0000	0,089	0,239
Steun	4,5724	4,5486	4,3762	4,1100	4,6700	5,0000	-0,043	0,565
GHQ-12	1,8497	1,1429	1,8750	4,0000	4,0000	,0000	-0,023	0,757
VGP								
Steun & communicatie	1,0588	1,0714	1,8750	1,6667	2,0000	1,0000	0,104	0,166
Betrokkenheid	,4967	,1429	,5000	,0000	4,0000	,0000	-0,068	0,364
Geborgenheid	,3987	,1429	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	0,178	*0,017
Partnerrelatie	,5592	,5714	1,2500	1,3333	,0000	,0000	0,094	0,211
VMG								
Negatief & ingrijpend	,3203	,2857	,2500	,6667	,0000	2,0000	0,062	0,407
Negatief & niet-ingrijpend	,2418	,4286	,7500	,0000	2,0000	1,0000	0,145	0,052
Positief & ingrijpend	,0850	,0714	,0000	,0000	,0000	,0000	-0,062	0,412
Positief & niet-ingrijpend	,1438	,0000	,0000	,6667	,0000	,0000	-0,082	0,704
A priori stressvolle gebeurtenissen	,6667	,7143	1,0000	1,3333	2,0000	3,0000	0,134	0,074

* $p < 0,05$

3.3.5 Samenhang scores vragenlijsten – aantal negatieve belevingen

In onderstaande tabel zien we dat er een statistisch significant verband is tussen de POPI-totaalscore en het aantal negatieve belevingen ($\rho = -0,171$; $P < 0,05$). Hoe negatiever de perceptie van het ouderschap, hoe vaker er door de regioverpleegkundigen van Kind en Gezin negatieve belevingen genoteerd werden. Ook de rapportage van de ouders over meegemaakte gebeurtenissen die als negatief en niet-ingrijpend ervaren werden, hangt significant samen met het aantal negatieve belevingen zoals genoteerd door de regioverpleegkundigen ($\rho = 0,159$; $P < 0,05$).

De gemiddelde scores op de POPI-subschalen 'verrijking', 'isolatie', 'toewijding', 'kost', 'continuïteit' en 'steun', de VGP-subschalen 'geborgenheid' en 'partnerrelatie' en de VMG-subschalen 'positief en ingrijpend' en 'positief en niet-ingrijpend' vertonen weinig variatie.

De gemiddelde scores op de GHQ-12, de VGP-subschalen 'steun en communicatie' en 'betrokkenheid' en de VMG-subschalen 'negatief en ingrijpend' en 'a priori stressvolle gebeurtenissen' vertonen veel variatie maar niet volgens het verwachte patroon.

Tabel 49. Per (subschaal van een) vragenlijst de gemiddelde scores van de gezinnen met een gelijk aantal negatieve belevingen, de correlatiecoëfficiënt (ρ) en de P-waarde hiervan.

	Aantal negatieve belevingen					P	P
	,00	1,00	2,00	3,00	4,00		
POPI							
Totaalscore	24,4699	24,2560	21,8300	25,2533	18,2175	-0,171	*0,022
Verrijking	5,5652	5,7260	5,4980	5,7267	4,0700	-0,037	0,617
Isolatie	2,8681	3,0000	3,3000	2,1667	3,1875	0,037	0,624
Toewijding	4,5304	4,5500	5,0500	4,7500	4,3750	0,105	0,164
Kost	3,1028	3,1500	3,7500	3,0833	4,0425	0,146	0,051
Continuïteit	3,8781	4,1000	3,5000	4,4167	4,2500	0,047	0,530
Steun	4,6072	4,1340	3,9340	4,3333	4,0000	-0,092	0,222
GHQ-12	1,8160	2,4000	3,2000	,3333	1,2500	0,022	0,772
VGP							
Steun&communicatie	1,1104	1,6000	1,2000	,0000	1,2500	0,009	0,909
Betrokkenheid	,4417	,4000	,8000	,0000	2,0000	0,096	0,199
Geborgenheid	,4172	,4000	,6000	,0000	,7500	0,060	0,427
Partnerrelatie	,6111	,4000	,8000	,0000	,5000	-0,034	0,650

* $p < 0,05$

VMG							
Negatief&ingrijpend	,3129	1,2000	,2000	,3333	,0000	-0,007	0,929
Negatief&niet-ingrijpend	,2638	,2000	,2000	1,0000	1,0000	0,159	*0,033
Positief&ingrijpend	,0798	,2000	,0000	,0000	,0000	-0,022	0,770
Positief&niet-ingrijpend	,1472	,0000	,0000	,0000	,0000	-0,107	0,151
A priori stressvolle gebeurtenissen	,6871	1,4000	,4000	1,3333	1,0000	0,097	0,193

Samenhang scores vragenlijsten – aantal positieve belevingen

Vooreerst stellen we vast dat geen enkele vragenlijst een significante samenhang vertoont met het aantal door de regioverpleegkundigen genoteerde positieve belevingen.

Als we de gemiddeldes bekijken, zien we dat de scores op de meeste vragenlijsten erg variëren over de groepen heen maar niet volgens het verwachte patroon.

De gemiddeldes voor de POPI-subschaal 'verrijking', voor de VGP-subschaal 'geborgenheid' en voor de VMG-subschalen 'positief en ingrijpend' en 'positief en niet-ingrijpend', variëren weinig over de groepen heen.

Met betrekking tot de VMG-subschalen 'a priori stressvolle gebeurtenissen', 'negatief en ingrijpend' en 'negatief en niet-ingrijpend', doet er zich een lichte trend voor, namelijk iets hogere scores bij die gezinnen waarvoor weinig positieve belevingen genoteerd werden. De correlatie tussen de scores van de individuele gezinnen en deze subschalen is echter niet significant ($P > 0,05$).

Tabel 50. Per (subschaal van een) vragenlijst de gemiddelde scores van de gezinnen met een gelijk aantal positieve belevingen, de correlatiecoëfficiënt (ρ) en de P-waarde hiervan.

	Aantal positieve belevingen															P	P
	0	1	2	3	4	5	6	7	10	13	14	15	17	21	28		
POPI																	
Totaalscore	24,31	25,16	22,89	26,26	24,41	22,11	21,58	21,79	24,13	19,58	22,54	27,17	23,19	24,32	25,25	-0,084	0,266
Verrijking	5,534	5,77	5,20	5,91	6,00	4,86	6,00	5,16	5,71	5,00	5,88	6,00	4,86	5,57	6,00	0,017	0,820
Isolatie	2,89	2,50	2,75	2,75	2,50	4,00	4,25	2,88	2,50	3,25	2,00	2,25	3,38	3,25	1,75	-0,023	0,764
Toewijding	4,51	4,58	4,83	4,81	3,00	4,75	5,75	4,63	6,00	6,00	5,00	4,50	3,88	5,25	5,75	0,135	0,072
Kost	3,11	3,08	3,67	2,69	3,25	4,25	5,50	3,25	4,00	4,50	3,25	1,75	3,59	2,75	3,50	0,096	0,200
Continuïteit	3,89	4,00	3,06	4,44	4,50	4,25	4,75	3,38	5,25	3,00	3,25	4,00	3,50	4,00	4,25	0,002	0,983
Steun	4,57	4,56	4,89	5,17	1,67	5,00	5,33	3,34	4,67	4,33	2,67	4,67	4,67	5,00	5,00	-0,009	0,901
GHQ-12	1,87	,33	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	4,00	6,00	1,00	2,00	,00	2,00	,00	-0,038	0,613
VGP																	
Steun& communicatie	1,15	,00	1,33	,50	2,00	1,00	2,00	,00	2,00	4,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	-0,073	0,331
Betrokkenheid	,46	,00	1,33	,00	,00	,00	2,00	1,00	4,00	2,00	,00	,00	,00	,00	,00	0,035	0,641
Geborgenheid	,43	,00	,67	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	,00	,00	0,019	0,795
Partnerrelatie	,63	,00	2,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	2,00	,00	,00	,00	,00	,00	-0,097	0,198

3.3.6 Samenhang scores vragenlijsten – aantal vraagverdiepingen

Er bleken 7 (subschalen van) vragenlijsten significant te correleren met het aantal door de regioverpleegkundigen nodig geachte vraagverdiepingen. Significante correlaties deden zich voor met betrekking tot de 'POPI totaalscore' ($\rho = -0,157$; $p < 0,05$), de POPI-subschaal 'kost' ($\rho = 0,220$; $p < 0,05$), de GHQ-12 ($\rho = 0,167$; $p < 0,05$), de VGP-subschalen 'betrokkenheid' ($\rho = 0,169$; $p < 0,05$) en 'geborgenheid' ($\rho = 0,220$; $p < 0,05$) en de VMG-subschalen 'negatief en ingrijpend' ($\rho = 0,207$; $p < 0,05$) 'negatief en niet-ingrijpend' ($\rho = 0,245$; $p < 0,05$) en 'a priori stressvolle gebeurtenissen' ($\rho = 0,229$; $p < 0,05$).

Als we van de overige vragenlijsten de gemiddelde scores bekijken, zien we bij twee subschalen van de POPI ('verrijking' en 'toewijding') weinig variatie optreden.

Enige variatie treedt wel op bij de gemiddelde scores van de subschalen 'Isolatie', 'continuïteit' en 'steun' van de POPI en de subschalen 'steun en communicatie' en 'partnerrelatie' van de VGP. Deze variaties nemen echter niet de verwachte patronen aan.

De kleine variatie in de subschalen 'positief en ingrijpend' en 'positief en niet-ingrijpend' van de VMG neemt wel het verwachte patroon aan maar is niet significant ($p < 0,05$).

Tabel 51. Per (subschaal van een) vragenlijst de gemiddelde scores van de gezinnen met een gelijk aantal vraagverdiepingen, de correlatiecoëfficiënt (ρ) en de P-waarde hiervan.

	Aantal vraagverdiepingen					P	P
	,00	1,00	2,00	5,00	6,00		
POPI							
Totaalscore	24,5324	22,6945	24,3200	17,8800	24,1300	-0,157	*0,036
Verrijking	5,5629	5,3727	5,5967	4,8800	5,7100	-0,038	0,617
Isolatie	2,8350	3,1250	2,7500	5,0000	2,5000	0,116	0,120
Toewijding	4,5554	4,3977	4,7500	4,2500	6,0000	0,002	0,982
Kost	3,0658	3,6173	3,0833	3,7500	4,0000	0,220	**0,003
Continuïteit	3,9222	3,6441	3,9733	3,0000	5,2500	-0,076	0,311
Steun	4,5923	4,4545	4,3333	2,0000	4,6700	-0,080	0,284
GHQ-12	1,6863	2,4091	2,6667	7,0000	4,0000	0,167	*0,025
VGP							
Steun&communicatie	1,0850	1,0909	1,3333	4,0000	2,0000	0,117	0,117
Betrokkenheid	,4052	,5455	1,3333	4,0000	4,0000	0,169	*0,023
Geborgenheid	,3464	,8182	,6667	2,0000	1,0000	0,220	**0,003
Partnerrelatie	,5686	,5714	1,3333	4,0000	,0000	0,073	0,330
VMG							
Negatief&ingrijpend	,2745	,5455	1,6667	,0000	,0000	0,207	**0,005
Negatief&niet-ingrijpend	,2353	,4091	1,0000	2,0000	2,0000	0,245	**0,001
Positief&ingrijpend	,0850	,0455	,0000	,0000	,0000	-0,059	0,432
Positief&niet-ingrijpend	,1569	,0000	,0000	,0000	,0000	-0,140	0,062
A priori stressvolle gebeurtenissen	,6209	1,0000	2,6667	2,0000	2,0000	0,229	**0,002

* $P < 0,05$

** $P < 0,01$

3.3.7 Conclusie

Ten eerste werd er een samenhang verwacht tussen de scores op alle verschillende (subschalen van) vragenlijsten en de keuze voor een basis- dan wel extra aanbod. Deze verwachting werd niet ingevuld. We stellen vast dat regioverpleegkundigen eerder een extra aanbod formuleren voor gezinnen die 'objectief stressvolle' gebeurtenissen meemaakten. Verder krijgen ook gezinnen die gebeurtenissen meemaakten die negatief en ingrijpend ervaren werden een extra aanbod.

Uit dit resultaat kunnen we ten eerste opmaken dat gezinnen waarin er zich andere problemen voordoen evenveel kans hebben dan gezinnen waarbij zich deze problemen niet voordoen om een extra aanbod te verkrijgen.

Ten tweede zou men op basis van de resultaten kunnen concluderen dat alle ouders die 'objectief stressvolle gebeurtenissen' meemaken (ongeacht hun beleving) meer kans hebben op een extra aanbod. Deze gedachtegang moet echter genuanceerd worden. Nadere analyse wijst immers op een sterke correlatie tussen de subschalen 'a priori stressvolle gebeurtenissen' en 'negatief en ingrijpend ervaren gebeurtenissen' ($p = 0,642$; $p = 0,000$).

Verder werd er een positieve samenhang verwacht tussen de scores op de subschalen van de VGP en de VMG (uitgezonderd subschaal 'a priori stressvolle gebeurtenissen') enerzijds en het aantal negatieve belevingen anderzijds.

Ten eerste werd er een significant verband geconstateerd tussen het aantal negatieve belevingen en de VMG-subschaal 'negatief en niet-ingrijpend'. Het zijn dus vooral belevingen omtrent meegemaakte gebeurtenissen die als negatief en niet-ingrijpend ervaren worden, die de regioverpleegkundigen definiëren als 'negatieve belevingen'. De andere belevingen die in de door de onderzoekers opgestelde vragenlijst bevraagd worden, worden door de regioverpleegkundigen ofwel niet onderkend, ofwel niet genoteerd, ofwel niet als 'negatieve beleving' genoteerd.

Naast de vaststelling dat een aantal verwachte samenhangen zich niet voordeden, stellen we ook vast dat een onverwachte samenhang zich wel voordoet. Er is namelijk sprake van een significante samenhang tussen het aantal negatieve belevingen en de POPI-totaalscore. Hoogstwaarschijnlijk vermelden de personen met een negatieve totaalscore op de POPI meer negatieve belevingen, die door de regioverpleegkundigen als dusdanig genoteerd worden. Een alternatieve verklaring zou zijn dat de regioverpleegkundigen de vastgestelde problematische feiten op een verkeerde plek noteren (en ze aldus beschouwen als negatieve belevingen in plaats van feitelijkheden).

Er werd geen enkele significante relatie geconstateerd tussen het aantal positieve belevingen en de scores op (een subschaal van) een vragenlijst. We veronderstellen dat de positieve belevingen door de regioverpleegkundigen niet voldoende onderkend en/of genoteerd worden.

Aangezien de verantwoording van een actiepoint in de meeste gevallen zowel problematische feiten als een problematische beleving hiervan door de ouders bevat, werd er samenhang verwacht tussen de scores op alle vragenlijsten en het aantal actiepunten. Dat de verantwoording van een actiepoint in sommige gevallen enkel problematische feiten bevat, zou een eventueel zwakkere samenhang met vragenlijsten waarin de beleving van de ouders een rol speelt kunnen verklaren. Uit de resultaten kan men opmaken dat de regioverpleegkundigen over het algemeen wel degelijk zowel feiten als de beleving van deze feiten in rekening nemen maar enkel op het domein van meegemaakte gebeurtenissen. Feiten met betrekking tot opvoedingsbeleving (POPI) en gezondheid van de ouder (GHQ-12) en belevingen omtrent gezinsfunctioneren (VGP), vinden geen weerslag in het aantal actiepunten. Verder komt met betrekking tot meegemaakte gebeurtenissen enkel één soort beleving tot uiting in het aantal actiepunten, namelijk de negatieve en niet-

ingrijpende. Dit viel enigszins te verwachten, aangezien het ook deze vragenlijst is die samenhang vertoont met het aantal door de regioverpleegkundigen genoteerde negatieve belevingen.

Als we de samenhang tussen de scores op de reeds gevalideerde vragenlijsten enerzijds en het aantal aandachtspunten anderzijds bekijken, valt op dat er maar liefst zes (subschalen van) vragenlijsten een samenhang vertonen.

Met betrekking tot de beleving van ouders, zien we een samenhang met drie subschalen van de VGP en de subschaal 'negatief en niet-ingrijpend' van de VMG. Op het vlak van problematische feiten, zien we een samenhang met 'a priori stressvolle gebeurtenissen' van de VMG en 'steun' van de POPI. Ten eerste lijkt het er met andere woorden op dat regioverpleegkundigen geen andere definitie hanteren voor het formuleren van een actiepunt of aandachtspunt. In beide formuleringen worden zowel feiten als belevingen betrokken. We hebben geen zicht op wat er verder met de aandachtspunten gebeurt. Mochten de verpleegkundigen, in lijn met de eigenlijke definitie van een aandachtspunt, niets doen, dan zou dit problematisch zijn. Ten tweede zijn de verpleegkundigen geneigd om voor een groot arsenaal aan problemen aandachtspunten te noteren, terwijl ze de actiepunten enkel formuleren naar aanleiding van meegemaakte gebeurtenissen. Toch vertoont ook het aantal aandachtspunten samenhang met gebeurtenissen die negatief en niet-ingrijpend ervaren worden. Duiden regioverpleegkundigen voor deze gebeurtenissen zowel een aandachtspunt als een actiepunt aan? We vragen ons verder af waarom enkel meegemaakte gebeurtenissen (en niet de problemen op andere domeinen) aanleiding kunnen geven tot het formuleren van een actiepunt. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de ernsttaxatie door de regioverpleegkundigen (ze beschouwen meegemaakte gebeurtenissen als ernstiger) en de werklast van de regioverpleegkundigen (het vraagt veel inspanning om een actiepunt rond bvb opvoeding op te stellen). Dat er geen samenhang te onderkennen is tussen de GHQ-12 en het aantal aandachtspunten valt te verklaren. In het descriptieve gedeelte (zie punt 4.2.) stelden we immers vast dat regioverpleegkundigen op het domein van de gezondheid van de ouder veel aandachtspunten noteerden en dit bij een groot aantal gezinnen. Aangezien het noteren van aandachtspunten op dit domein op grote schaal gebeurde, werden er waarschijnlijk ook aandachtspunten geformuleerd bij gezinnen die op dit domein geen echte problemen hadden (zoals gedetecteerd met de GHQ-12). Dit kan het uitblijven van samenhang tussen de GHQ-12 en het aantal aandachtspunten verklaren.

Verder werd er een samenhang geconstateerd tussen het aantal zaken dat wordt meegenomen en de subschaal geborgenheid van de VGP. Een hoge score op deze subschaal wijst op de afwezigheid van personen die zorgen voor gezelligheid, hulp en steun en een veilig gevoel. In dit opzicht zou een hoge score kunnen wijzen op het verlies van een persoon, een echtscheiding etc. en is de samenhang met het aantal zaken dat wordt meegenomen gelegitimeerd. Toch bleef de verwachte samenhang, namelijk met de VMG, uit. We zagen reeds hoger dat problemen op dit vlak echter vooral tot uiting komen in de keuze voor een basis- of extra aanbod, het aantal actiepunten en het aantal aandachtspunten.

Er werd een samenhang verwacht tussen de scores op alle vragenlijsten en het aantal vraagverdiepingen. Uit de resultaten blijkt er inderdaad een sterke samenhang tussen deze twee factoren.

3.4 Samenhang tussen 'gebruik maken van/behoefte aan zorg' en 'verschillende parameters van de IJsbrekermethodiek'

In wat volgt wordt telkens eerst per parameter van de IJsbrekermethodiek, de verdeling van het aantal gezinnen dat al dan niet gebruik maakt van zorg, weergegeven. Vervolgens wordt hetzelfde gedaan voor het aantal gezinnen dat al dan niet een behoefte aan zorg uit. Bij geen enkele bespreking was het mogelijk de statistische significantie van de samenhang na te gaan via een chi2 toets²². Wel werden er correlaties berekend²³.

3.4.1 Samenhang 'gebruik maken van/behoefte aan zorg' – 'Basisaanbod/Extra aanbod'

In onderstaande tabel zien we dat van de zeven gezinnen die in de vragenlijst aangaven op één of meerdere domeinen gebruik te maken van zorg, één gezin een extra aanbod kreeg van Kind en Gezin. De correlatie tussen beide variabelen is niet significant ($\rho = 0,011$; $p = 0,878 > 0,05$).

Tabel 52. Frequentieverdeling van de vermeldingen van gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een basisaanbod en een extra aanbod

		Gebruik zorg			
		,00	1,00	3,00	Totaal
Basisaanbod/	0	151	5	1	157
Extra aanbod	1	22	0	1	23
	Totaal	173	5	2	180

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst één of meerdere keren een behoefte aan zorg uitten, kreeg één gezin een extra aanbod van Kind en Gezin. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen het gebruiken van zorg en de keuze van de regioverpleegkundigen voor een basis- dan wel extra aanbod ($\rho = 0,008$; $p = 0,919 > 0,05$).

²² Indien een kruistabel meer dan twee rijen en kolommen heeft, moet de verwachte frequentie in alle cellen minimum 1 zijn. Verder moet de verwachte frequentie in minimum 80% van de cellen minimum 5 zijn (Cramer & Howitt, 2004). In geen enkel van de tabellen die in wat volgt besproken worden, werd aan deze voorwaarden voldaan.

Indien een kruistabel slechts twee rijen en kolommen heeft, moet de verwachte frequentie in alle cellen minimum 5 zijn (Cramer&Howitt, 2004). In de 2x2 tabel die in wat volgt besproken wordt, is dit niet het geval.

²³ We berekenden de Spearman rho correlatie coëfficiënt. De rationale hierachter is dezelfde als diegene die in punt 4.3.2. uiteengezet werd.

Tabel 53. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg, voor de groepen gezinnen met een basisaanbod en een extra aanbod

		Behoefte aan zorg			
		,00	1,00	2,00	Totaal
Basisaanbod/ Extra aanbod	0	151	3	3	157
	1	22	1	0	23
Totaal		173	4	3	180

We bespraken reeds eerder de mogelijkheid dat regioverpleegkundigen geen extra aanbod bieden aan gezinnen die reeds gebruik maken van zorg. Daarom worden in onderstaande tabel de gegevens weergegeven van de gezinnen die op bepaalde domeinen aangaven behoefte te hebben aan zorg maar op deze domeinen (nog) geen gebruik maakten van zorg. Van de 4 gezinnen die zulke behoefte uitten, kreeg geen enkel gezin een extra aanbod toegewezen.

Er werd geen significante samenhang geconstateerd tussen beide variabelen ($\rho = -0,058$; $p = 0,442 > 0,05$).

Tabel 54. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een basisaanbod en een extra aanbod

		Behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg		
		,00	1,00	Totaal
Basisaanbod/ Extra aanbod	0	153	4	157
	1	23	0	23
Totaal		176	4	180

3.4.2 Samenhang 'gebruik maken van/behoefte aan zorg' – 'aantal actiepunten'

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst aangaven op één of meerdere domeinen gebruik te maken van zorg, formuleerde men voor één gezin actiepunten. Tussen beide variabelen, werd geen significante samenhang gevonden ($\rho = 0,029$; $p = 0,699 > 0,05$).

Tabel 55. Frequentieverdeling van de vermeldingen van gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal actiepunten

		Gebruik zorg			
		,00	1,00	3,00	Totaal
Aantal actiepunten	0	155	4	2	161
	1	12	0	0	12
	2	5	1	0	6
	4	1	0	0	1
	Totaal	173	5	2	180

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst één of meerdere keren een behoefte aan zorg uitten, werden er voor één gezin actiepunten geformuleerd. Er werd geen

significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($\rho = 0,032$; $p = 0,667 > 0,05$).

Tabel 56. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal actiepunten

		Behoeftezorg			Totaal
		,00	1,00	2,00	
Aantal actiepunten	0	155	4	2	161
	1	12	0	0	12
	2	5	0	1	6
	4	1	0	0	1
Totaal		173	4	3	180

Van de 4 gezinnen die op bepaalde domeinen aangaven behoefte te hebben aan zorg maar hier nog geen gebruik van maakten, formuleerde men voor één gezin actiepunten. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($\rho = 0,078$; $p = 0,296 > 0,05$).

Tabel 57. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal actiepunten

		Behoefta aan zorg zonder gebruik van zorg		
		,00	1,00	Totaal
Aantal actiepunten	0	158	3	161
	1	12	0	12
	2	5	1	6
	4	1	0	1
Totaal		176	4	180

3.4.3 Samenhang 'gebruik maken van/behoefte aan zorg' – 'aantal aandachtspunten'

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst aangaven op één of meerdere domeinen gebruik te maken van zorg, werden er voor vier gezinnen aandachtspunten geformuleerd. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($\rho = 0,121$; $p = 0,106 > 0,05$).

Tabel 58. Frequentieverdeling van de vermeldingen van gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal aandachtspunten

		Gebruik zorg			Totaal
		,00	1,00	3,00	
Aantal aandachtspunten	0	112	2	1	115
	1	35	1	0	36
	2	12	1	0	13
	3	11	0	0	11
	4	1	1	0	2
	5	1	0	1	2
	6	1	0	0	1
Totaal		173	5	2	180

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst één of meerdere keren een behoefte aan zorg uitten, werden er voor vijf gezinnen aandachtspunten geformuleerd. Er werd een significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($p = 0,188$; $p = 0,011 < 0,05$).

Tabel 59. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal aandachtspunten

		Behoeftte aan zorg			Totaal
		,00	1,00	2,00	
Aantal aandachtspunten	0	113	2	0	115
	1	35	0	1	36
	2	11	2	0	13
	3	11	0	0	11
	4	1	0	1	2
	5	1	0	1	2
	6	1	0	0	1
Totaal		173	4	3	180

Voor alle gezinnen die op bepaalde domeinen aangaven behoefte te hebben aan zorg maar hier nog geen gebruik van maakten, formuleerde men aandachtspunten. Er werd een significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($p = 0,224$; $p = 0,003 < 0,05$).

Tabel 60. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal aandachtspunten

		Behoeftte aan zorg zonder gebruik van zorg		
		,00	1,00	Totaal
Aantal aandachtspunten	0	115	0	115
	1	35	1	36
	2	11	2	13
	3	11	0	11
	4	1	1	2
	5	2	0	2
	6	1	0	1
	Totaal	176	4	180

3.4.4 Samenhang 'gebruik maken van/behoefte aan zorg' – 'aantal zaken dat wordt meegenomen'

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst aangaven op één of meerdere domeinen gebruik te maken van zorg, werden er voor één gezin zaken meegenomen. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($p = 0,062$; $p = 0,975 > 0,05$).

Tabel 61. Frequentieverdeling van de vermeldingen van gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal zaken dat wordt meegenomen

		Gebruik zorg			Totaal
		,00	1,00	3,00	
Aantal zaken dat wordt meegenomen	0	147	5	1	153
	1	14	0	0	14
	2	7	0	1	8
	3	3	0	0	3
	4	1	0	0	1
	5	1	0	0	1
	Totaal	173	5	2	180

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst één of meerdere keren een behoefte aan zorg uitten, werden er bij drie gezinnen zaken meegenomen. Er werd een significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($p = 0,172$; $p = 0,021 < 0,05$).

Tabel 62. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal zaken dat wordt meegenomen

		Behoefte aan zorg			
		,00	1,00	2,00	Totaal
Aantal zaken dat wordt meegenomen	0	149	2	2	153
	1	14	0	0	14
	2	6	1	1	8
	3	2	1	0	3
	4	1	0	0	1
	5	1	0	0	1
Totaal		173	4	3	180

Van de 4 gezinnen die op bepaalde domeinen aangaven behoefte te hebben aan zorg maar hier nog geen gebruik van maakten, formuleerde men voor twee gezinnen zaken om mee te nemen. Er werd een significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($p = 0,164$; $p = 0,028 < 0,05$).

Tabel 63. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal zaken dat wordt meegenomen

		Behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg		
		,00	1,00	Totaal
Aantal zaken dat wordt meegenomen	0	151	2	153
	1	14	0	14
	2	7	1	8
	3	2	1	3
	4	1	0	1
	5	1	0	1
Totaal		176	4	180

3.4.5 Samenhang 'gebruik maken van/behoefte aan zorg' - 'aantal negatieve belevingen'

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst aangaven op één of meerdere domeinen gebruik te maken van zorg, werd er voor één gezin een negatieve beleving geformuleerd. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($p = 0,029$; $p = 0,697 > 0,05$).

Tabel 64. Frequentieverdeling van de vermeldingen van gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal negatieve belevingen

		Gebruik zorg			
		,00	1,00	3,00	Totaal
Aantal negatieve belevingen	0	157	5	1	163
	1	4	0	1	5
	2	5	0	0	5
	3	3	0	0	3
	4	4	0	0	4
Totaal		173	5	2	180

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst één of meerdere keren een behoefte aan zorg uitten, werd er bij één gezin een negatieve beleving geformuleerd. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($p = 0,025$; $p = 0,737 > 0,05$).

Tabel 65. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal negatieve belevingen

		Behoefte aan zorg			Totaal
		,00	1,00	2,00	
Aantal negatieve belevingen	0	157	3	3	163
	1	4	1	0	5
	2	5	0	0	5
	3	3	0	0	3
	4	4	0	0	4
Totaal		173	4	3	180

Van de 4 gezinnen die op bepaalde domeinen aangaven behoefte te hebben aan zorg maar hier nog geen gebruik van maakten, werd er voor geen enkel gezin een negatieve beleving geformuleerd. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($p = -0,049$; $p = 0,517 > 0,05$).

Tabel 66. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal negatieve belevingen

		Behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg		
		,00	1,00	Totaal
Aantal negatieve belevingen	0	159	4	163
	1	5	0	5
	2	5	0	5
	3	3	0	3
	4	4	0	4
Totaal		176	4	180

3.4.6 Samenhang 'gebruik maken van/behoefte aan zorg' - 'aantal positieve belevingen'

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst aangaven op één of meerdere domeinen gebruik te maken van zorg, werd er voor één gezin een positieve beleving geformuleerd. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($\rho = 0,010$; $p = 0,889 > 0,05$).

Tabel 67. Frequentieverdeling van de vermeldingen van gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal positieve belevingen

		Gebruik zorg			Totaal
		,00	1,00	3,00	
Aantal positieve belevingen	0	151	5	1	157
	1	3	0	0	3
	2	3	0	0	3
	3	4	0	0	4
	4	0	0	1	1
	5	1	0	0	1
	6	1	0	0	1
	7	2	0	0	2
	10	1	0	0	1
	13	1	0	0	1
	14	1	0	0	1
	15	1	0	0	1
	17	2	0	0	2
	21	1	0	0	1
	28	1	0	0	1
	Totaal		173	5	2

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst één of meerdere keren een behoefte aan zorg uitten, werd er bij één gezin een positieve beleving geformuleerd. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($\rho = 0,007$; $p = 0,929 > 0,05$).

Tabel 68. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal positieve belevingen

		Behoefte aan zorg			Totaal
		,00	1,00	2,00	
Aantal positieve belevingen	0	151	3	3	157
	1	3	0	0	3
	2	3	0	0	3
	3	4	0	0	4
	4	0	1	0	1
	5	1	0	0	1
	6	1	0	0	1

	7	2	0	0	2
	10	1	0	0	1
	13	1	0	0	1
	14	1	0	0	1
	15	1	0	0	1
	17	2	0	0	2
	21	1	0	0	1
	28	1	0	0	1
	Totaal	173	4	3	180

Van de 4 gezinnen die op bepaalde domeinen aangaven behoefte te hebben aan zorg maar hier nog geen gebruik van maakten, werd er voor geen enkel gezin een positieve beleving geformuleerd. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($\rho = -0,049$; $p = 0,517 > 0,05$).

Tabel 69. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal positieve belevingen

		Behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg		
		,00	1,00	Totaal
Aantal positieve belevingen	0	153	4	157
	1	3	0	3
	2	3	0	3
	3	4	0	4
	4	1	0	1
	5	1	0	1
	6	1	0	1
	7	2	0	2
	10	1	0	1
	13	1	0	1
	14	1	0	1
	15	1	0	1
	17	2	0	2
	21	1	0	1
	28	1	0	1
	Totaal	176	4	180

3.4.7 Samenhang 'gebruik maken van/behoefte aan zorg' - 'aantal vraagverdiepingen'

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst aangaven op één of meerdere domeinen gebruik te maken van zorg, werd er bij vier gezinnen op één of meerdere domeinen een vraagverdieping uitgevoerd. Er werd een significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($\rho = 0,252$; $p = 0,001 < 0,05$).

Tabel 70. Frequentieverdeling van de vermeldingen van gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal vraagverdiepingen

		Gebruik zorg			
		,00	1,00	3,00	Totaal
Aantal vraagverdiepingen	0	150	2	1	153
	1	20	2	0	22
	2	2	1	0	3
	5	0	0	1	1
	6	1	0	0	1
	Totaal	173	5	2	180

Van de zeven gezinnen die in de vragenlijst één of meerdere keren een behoefte aan zorg uitten, werd er bij twee gezinnen op één of meerdere domeinen een vraagverdieping gedaan. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($p = 0,100$; $p = 0,182 > 0,05$).

Tabel 71. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal vraagverdiepingen

		Behoefte aan zorg			Totaal
		,00	1,00	2,00	
Aantal vraagverdiepingen	0	148	4	1	153
	1	22	0	0	22
	2	2	0	1	3
	5	0	0	1	1
	6	1	0	0	1
	Totaal	173	4	3	180

Van de vier gezinnen die op bepaalde domeinen aangaven behoefte te hebben aan zorg maar hier nog geen gebruik van maakten, werd er voor één gezin (op twee domeinen) een vraagverdieping uitgevoerd. Er werd geen significante samenhang gevonden tussen beide variabelen ($p = 0,054$; $p = 0,473 > 0,05$).

Tabel 72. Frequentieverdeling van de vermeldingen van behoefte aan zorg zonder gebruik van zorg, voor de groepen gezinnen met een gelijk aantal vraagverdiepingen

		Behoefte aan hulp zonder gebruik van hulp		
		,00	1,00	Totaal
Aantal vraagverdiepingen	0	150	3	153
	1	22	0	22
	2	2	1	3
	5	1	0	1
	6	1	0	1
	Totaal	176	4	180

3.4.8 Conclusie

Met betrekking tot 'het al dan niet gebruik maken van zorg', werd er enkel een significante samenhang vastgesteld met het aantal vraagverdiepingen. Zoals reeds gesteld kan het feit dat er geen samenhang gevonden werd met 'de keuze voor een basis dan wel extra aanbod' en met 'het aantal actiepunten' verklaard worden. Een aanbod dat elders gegeven wordt hoeft immers niet door Kind en Gezin aangeboden te worden. Men zou dan wel een samenhang kunnen verwachten met het aantal aandachtspunten en het aantal zaken dat wordt meegenomen. Deze samenhang werd niet gevonden. Ook de verwachte samenhang met het aantal negatieve en positieve belevingen bleef uit. Met betrekking tot de negatieve belevingen, is het mogelijk dat de gezinnen die elders een aanbod krijgen, hierbij geen negatieve beleving hebben of niet meer hebben. Een andere mogelijkheid is dat de negatieve belevingen door de regioverpleegkundigen niet werden nagegaan, niet werden genoteerd, of elders werden genoteerd.

Met betrekking tot behoefte aan zorg, werd een samenhang verwacht met de parameters uit de ijsbreker waar de beleving van de ouders een rol speelt. Uit de resultaten blijkt een significante samenhang juist met die parameters waar deze beleving geen rol speelt (namelijk het aantal aandachtspunten en het aantal zaken dat wordt meegenomen). Wederom stelt zich de vraag of de behoefte aan zorg bij de ouders gezien wordt als iets waar men niets aan hoeft te doen of dat er andere definities gebruikt worden. Verder stemt volgende vaststelling tot nadenken: gezinnen die een behoefte aan zorg formuleren, hebben evenveel kans op een extra aanbod of acties, dan gezinnen die geen zorg formuleren. Tot slot moeten we, met betrekking tot het aantal negatieve formuleringen, concluderen dat de behoefte aan zorg door de regioverpleegkundigen ofwel niet onderkend wordt, ofwel niet genoteerd, ofwel elders genoteerd.

Hoofdstuk 5

Conclusies en aanbevelingen

Dit ad hoc project bestond uit een onderzoek naar de inhoudelijke validiteit van de IJsbrekermethodiek en een toets van de beslissingen inzake verderzetting van het zorgaanbod die regioverpleegkundigen met behulp van deze methodiek nemen. Op basis van het verrichte onderzoek kunnen enkele conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden geformuleerd. Deze laatste hebben betrekking op de implementatie en het gebruik van de methodiek binnen Kind & Gezin en op toekomstig onderzoek.

1 Conclusies

1. Het empirisch onderzoek toont een voldoende inhoudsvaliditeit van de IJsbrekermethodiek aan. Inhoudelijk dekt de methodiek de levensgebieden waarbinnen zich bij ouders met jonge kinderen zorgen, vragen, behoeften en problemen kunnen voordoen. Iedere ijsbreker raakt een belangrijk domein van functioneren van kind, ouder(s) of gezin aan. Samen geven de ijsbrekers een geïntegreerd beeld over kind, ouder(s) en gezin en bieden ze de mogelijkheid zorgen, vragen, behoeften en problemen te contextualiseren. Anders gezegd: de inhoud van de IJsbrekermethodiek kan een hulp zijn bij het verhelderen van vragen van ouders en dus een basis vormen voor de differentiatie van het zorgaanbod. De inhoud van de IJsbrekermethodiek spoort met methodieken die in andere landen worden gebruikt. Wel moet hierbij worden vermeld dat de methodieken die wij in de literatuur tegenkwamen vaak uitgebreider en specifischer zijn. Uitgebreider omdat ze verdergaan dan het gesprek tussen hulpverlener en ouder(s) – sommige methodieken bevatten bijvoorbeeld gestandaardiseerde vragenlijsten die ouders bij aanwezigheid van bepaalde condities moeten invullen – en specifischer omdat ze de universeel-preventieve dimensie verlaten en zich richten op bepaalde groepen in de samenleving, bijvoorbeeld maatschappelijk kwetsbare kinderen en gezinnen. De IJsbrekermethodiek is algemener, bedoeld voor elke ouder, en hierdoor minder diepgaand dan methodieken die zich eerder op de tweede lijn situeren. Toch komt de algemene structuur ervan goed overeen met tweedelijnsmethodieken wat betekent dat hij ook bruikbaar is voor vraagverheldering bij maatschappelijk kwetsbare gezinnen, al zal in deze gezinnen supplementaire informatie – wanneer problemen betrekking hebben op de opvoeding kan dit bijvoorbeeld de POS-schaal zijn – dienen te worden verzameld om de vraag verder te verhelderen en het aanbod te differentiëren.
2. Hebben de beslissingen die regioverpleegkundigen nemen aan de hand van de IJsbrekermethodiek een geldigheid? Deze vraag die op verschillende wijzen kan worden beantwoord, hebben wij onderzocht door de uitkomsten (beslissingen) vanuit de methodiek te vergelijken met de uitkomsten van gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten die aspecten meten die in de ijsbreker aan bod komen.

De vragenlijsten dienden door de moeders te worden ingevuld en hadden betrekking op de beleving van de opvoeding, het eigen psychisch welbevinden, het gezinsfunctioneren en (de valorisatie van) meegemaakte gebeurtenissen. We stellen vast dat er een samenhang is tussen de uitkomsten op de ijsbreker en de vragenlijsten, dat deze in de richting van onze verwachtingen gaat, maar over het algemeen beperkt is. Sommige schalen hingen in het geheel niet samen met de genomen beslissingen. De meeste samenhang werd gevonden met de schaal over meegemaakte gebeurtenissen. Negatieve ingrijpende gebeurtenissen bijvoorbeeld kwamen vaker voor in gezinnen die een extra zorgaanbod kregen of waarin aan vraagverdieping werd gedaan. We kunnen dus besluiten dat de zoals door ons gemeten congruente validiteit van de Ijsbrekermethodiek matig is. Wel moeten bij deze conclusie enkele kanttekeningen worden gemaakt. Ten eerste is het zo dat de gebruikte schalen, hoewel gestandaardiseerd en wetenschappelijk onderbouwd, natuurlijk geen van alle volledig betrouwbaar en valide zijn. Dat doet de samenhang dalen. Ten tweede is het gebruik van een andere informatiebron bij de bestudering van de congruente validiteit – regioverpleegkundige versus ouder – een voordeel maar tegelijkertijd een nadeel. Het voordeel van deze wisseling van informant is dat 'informant bias' wordt tegengegaan. Verder verschillen ook de methoden in onze studie – gesprek en rapportage van opvallende elementen hieruit door de regioverpleegkundige versus het invullen van vragenlijsten door ouders. Hierdoor wordt 'method bias' tegengegaan. De keerzijde van het gebruik van een andere informant en methode is evenwel dat de samenhang lager zal uitvallen en de correlaties worden gedrukt. Ten tweede is er inhoudelijk geen één-op-één relatie tussen de ijsbrekers en de door ons gehanteerde vragenlijsten. Een perfecte correspondentie ware misschien ideaal geweest maar is heel moeilijk, omzeggens niet, te vinden. De Ijsbrekermethodiek heeft immers een generalistisch karakter en peilt niet naar specifieke variabelen. Elke ijsbreker is als het ware een container die bestaat uit verschillende dimensies. Gezondheid, toekomstperspectief ... het zijn allemaal meerdimensionele begrippen. Vragenlijsten daarentegen onderscheiden zich vaak door hun focus op één (of hoogstens enkele) variabelen en zijn minder overkoepelend.

3. Hoewel de focus in dit project lag op een toets van de inhoud van de Ijsbrekermethodiek werden er onrechtstreeks ook gegevens verkregen over aspecten van de methodiek die buiten de inhoud vallen en eerder betrekking hebben op de vorm, de afname en het gebruik van het instrument. Het is belangrijk deze informatie in de besluitvorming over de methodiek te betrekken daar zij toch niet helemaal van elkaar kunnen worden gescheiden. Zo heeft de vorm van een instrument repercussies op hoe met de inhoud ervan kan worden omgegaan. Vanuit het onderzoek kunnen bij de vorm van de Ijsbrekermethodiek en de afname- en gebruiksregels die hieruit voortvloeien enkele kritische kanttekeningen worden gemaakt. Ten eerste is over het algemeen de Ijsbrekermethodiek een lange en arbeidsintensieve bevraging die zich over de tijd heen uitstrekt. Informatie wordt niet in één keer, maar op verschillende momenten verzameld. De rapportage is kort, het formulier biedt niet zoveel ruimte, de notities van sommige regioverpleegkundigen zijn haast stenografisch. Een gevaar is dat door het arbeidsintensieve karakter en de wijze waarop wordt genoteerd, belangrijke informatie verloren kan gaan. Richtlijnen over hoe informatie dient te

worden opgeschreven kan dit misschien verhelpen. Ten tweede kan de bevraging een artificieel karakter krijgen door het vooropstellen van een vaste opeenvolging van ijsbrekers en de spontaneïteit van de interactie tussen regioverpleegkundige en ouder(s) verminderen. Een te grote klemtoon op het formele aspect van de bevraging zou er bovendien toe kunnen leiden dat vragen of noden van ouders niet of niet tijdig worden geïdentificeerd en dus ook niet voldoende worden verhelderd. Ten derde dient aandacht te worden besteed aan de presentatie van de methodiek binnen en buiten de organisatie. De methodiek kadert in de algemene preventieve activiteiten van Kind en Gezin en heeft een universeel karakter. Daarom wordt er bewust voor gekozen om termen als 'screening' of 'identificatie van risico's' te vermijden. Vanuit die optiek is die keuze te begrijpen, maar men kan niet ontkennen dat er hoe dan ook een aspect van screening en risicotaxatie in de methodiek aanwezig is. Het is toch de uiteindelijke bedoeling om ouders met vragen en noden (vrijwillig) toe te leiden naar een zorgaanbod en dat op basis van aanwezige signalen die zelf door de ouder(s) worden aangegeven of geïdentificeerd door de regioverpleegkundige. Een volledige ontkenning van dit aspect van de IJsbrekermethodiek kan op de duur een omgekeerd effect hebben, zowel bij regioverpleegkundige die vooral bij kinderen en gezinnen in kwetsbare situaties bewust bezig zal zijn met de methodiek als bij de ouder die zich vragen zal stellen bij het waarom van een niet spontaan ontstane bevraging.

4. Het is belangrijk te beklemtonen dat de resultaten van deze studie naar de inhoudelijke en congruente validiteit van de IJsbrekermethodiek voldoende worden gecontextualiseerd. Contextfactoren zijn in onze studie niet meegenomen. We denken dan bijvoorbeeld aan de motivatie en motivering van de regioverpleegkundigen, trainings- en vormingsaspecten, intervisie, beleving van het werken met de methodiek, integratie in de andere activiteiten, werkbelasting, enzovoort. Nochtans krijgen de resultaten van onze empirische studies maar ten volle betekenis in het licht van deze en andere contextfactoren. Eén voorbeeld waar we een duidelijke interferentie zien tussen inhoud en context, betreft de opleiding en expertise van de regioverpleegkundigen. Dat deze in de medische sfeer liggen, is vanzelfsprekend en heeft consequenties voor hoe met de methodiek wordt omgegaan. Hoewel de methodiek peilt naar de gezondheid van ouder(s) en kind, is dit niet het enige en ook niet noodzakelijk het meest primaire perspectief. Gezondheid is, bekeken vanuit de ecologische bril vanwaaruit de IJsbrekermethodiek werd opgezet, slechts een van de aspecten die onder de loep worden genomen en waarbinnen zich vragen, zorgen en problemen kunnen voordoen. Uit de analyses blijkt dat de regioverpleegkundigen de medische aspecten sterk beklemtonen in hun bevraging van ouders en snel gevolg geven aan de vragen die ze hierover krijgen of de signalen die ze opmerken. Dat is niet verkeerd, integendeel. Alleen kan men zich de vraag stellen of ze gezien hun opleiding wel even competent zijn ten aanzien van de domeinen die in de andere ijsbrekers aan bod komen (bv. welbevinden, gezin, toekomstperspectief). Zien ze even accuraat signalen op deze domeinen? Leidt hun houding tot voldoende openheid en veiligheid bij ouders zodat ze de vragen stellen die ze zouden willen stellen? En weten de regioverpleegkundigen weg met deze signalen en noden van ouders? Geven ze er voldoende gevolg aan? Deze vragen werden als zodanig niet opgenomen in dit project, maar een eerste analyse van de gegevens deed bij ons

de hypothese opkomen dat regioverpleegkundigen verschillend lijken om te gaan met medische en niet-medische ijsbrekers. Medische informatie lijkt sneller tot een of andere actie te leiden dan niet-medische informatie. Een nauwkeurige inhoudelijke analyse van de ijsbrekers (cf. infra) zal meer duidelijkheid kunnen brengen over deze hypothese. Het lijkt ons belangrijk dat Kind en Gezin terdege rekening houdt met het feit dat de IJsbrekermethodiek de te verwachten competenties van de gemiddelde regioverpleegkundige misschien te boven gaat en in haar vorming en intervisie de klemtoon legt op vragen, zorgen, noden en problemen van kinderen en ouders die betrekking hebben op niet-medische aspecten, bijvoorbeeld gezinsfunctioneren, relaties, opvoeding, welbevinden, enzovoort. De methodiek staat of valt immers met de scholing en expertise van de regioverpleegkundigen hieromtrent.

2 Aanbevelingen

1. Doorheen dit onderzoek kwamen nieuwe vragen in verband met de IJsbrekermethodiek naar voren. Het betreft vragen die omwille van tijdsgebrek niet in dit onderzoek konden worden meegenomen en vragen die rezen naar aanleiding van de resultaten van het empirisch onderzoek. Een eerste vraag betreft de inhoud van de rapportering over de IJsbrekermethodiek. Wat schrijven regioverpleegkundigen precies neer? Hoe verwoorden ze de vragen en opmerkingen die ze bij de verschillende ijsbrekers hebben? Sluit het geschrevene aan bij de inhoud van de ijsbrekers? Kunnen er (sub-)categorieën of clusters worden onderscheiden en hoe verhouden deze zich tot de originele ijsbrekers? Over welke ijsbrekers wordt het meeste gerapporteerd en is er een verband tussen "veel rapporteren binnen een bepaalde ijsbreker" en "beslissingen nemen om verdere actie te ondernemen"? Deze vragen vergen een grondige inhoudsanalyse van de ijsbrekers. Als zodanig vallen deze vragen buiten de opdracht van dit ad hoc project – het zijn eerder vragen die peilen naar het gebruik van de methodiek in de praktijk. We denken dat zulke analyse zinvolle informatie kan opleveren over hoe regioverpleegkundigen omgaan met de methodiek. De inhoudelijke analyse van de ijsbrekers die in dit ad hoc project werden verzameld is momenteel het onderwerp van studie in een masterproef (Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek, Katholieke Universiteit Leuven), die in de zomer van 2009 zal worden afgerond.
2. Een tweede vraag die we ons stellen sluit bij de eerste aan maar gaat een stapje verder. In het onderzoek dat in dit rapport wordt beschreven (en ook in de gesuggereerde inhoudelijke analyse) was het basismateriaal beperkt tot de door de regioverpleegkundigen ingevulde ijsbrekers. Alle analyses waren afhankelijk van deze schriftelijke neerslag, die niet werd gecontroleerd via informatie uit andere bronnen. We weten met andere woorden niet of de verwoording – die zich in vele gevallen, wellicht om praktische redenen, beperkte tot enkele steekwoorden – wel overeenkomt met de realiteit. We gaan er natuurlijk van uit dat dit in belangrijke mate het geval is, maar door de schriftelijke neerslag is er wellicht heel wat informatie verloren gegaan. Men kan veronderstellen dat dit verlies het grootst is wanneer het gaat over contextuele informatie – bijvoorbeeld over het gezin, de

relatie tussen ouders en kind, de voorgeschiedenis van de ouder, enzovoort - en minder wanneer het gaat om medische zaken. Informatie over de context van ouders en kinderen laat zich minder gemakkelijk vatten in enkele woorden en bovendien moeten we rekening houden met de medische achtergrond van de regioverpleegkundigen. In vervolgonderzoek zou dan de validiteit van de IJsbrekermethodiek kunnen worden nagegaan aan de hand van procedures die verder reiken dan rapportage door de regioverpleegkundige. Er zou bijvoorbeeld gebruik kunnen worden gemaakt van observatie tijdens de huisbezoeken om zo de afname van de methodiek te registreren en te kijken hoe er met de vragen van ouders wordt omgegaan. Of van gestructureerde interviews met regioverpleegkundigen waarin hen wordt gevraagd gedetailleerd verslag van het werken met de methodiek uit te brengen. Zulke interviews gebeuren best kort na een huisbezoek. Via kwalitatieve methoden zou een meervoudige gevalstudie kunnen worden opgezet om de werkwijze in kaart te brengen.

Hierbij aansluitend zou een derde vraag die oprijst uit het project kunnen worden bestudeerd, namelijk de vraag wat er feitelijk gebeurt met de actie- en aandachtspunten die de regioverpleegkundigen aangeven via de methodiek. Hoe wordt hieraan gevolg gegeven? Welke mogelijkheden hebben de regioverpleegkundigen voor deze opvolging en welke knelpunten ervaren ze hierbij? We menen dat dit soort onderzoek een scherp licht zal werpen op de positieve en negatieve aspecten van de IJsbrekermethodiek en dus belangrijk is bij de verdere implementatie van de methodiek.

Referenties

Baeten, P., ten Berge, I., Geurts, E., & Kooijman, K. (2001). *Jonge kinderen in de knel. De aanpak van kindermishandeling bij 0- tot 4-jarigen onderzocht*. Utrecht: NIZW

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development, 55*, 83-96.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental process. In R.M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993-1028). New York: Wiley.

Buysse, B. (2006). *Het kind in Vlaanderen 2005*. Brussel: Kind & Gezin.

Clark-Duff, J.M. (2007). Home-bases family assessment and other factors associated with child protection outcome in high risk families. Niet gepubliceerde doctoraatsverhandeling, University of Newcastle, Departement Social Work, Newcastle.

Cramer, D., & Howitt, D. (2004). *The SAGE Dictionary of statistics*. London: Sage publications.

Department of health, department for education and employment. Home office. *Framework for the assessment of children in need and their families*. Verkregen op 28 oktober 2008, van http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003256

De Witte & Morel. Kind & Gezin. Evaluatie van het aanbod aan opvoedingsondersteuning.

Eldering, L. (2006). *Cultuur en opvoeding*. Rotterdam: Lemniscaat.

Garbarino, J., & Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. In Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 76-93). New York, NY, US: Cambridge University Press.

Geeraert, L. (2004). *Vroegtijdige preventie van kindermishandeling. Literatuurstudie en empirische exploratie van vroegtijdige preventieprogramma's voor gezinnen met een risico van fysieke kindermishandeling en/of verwaarlozing*. Niet gepubliceerde doctoraatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Centrum voor Orthopedagogiek, Leuven.

Grietens, H., Vanderfaeillie, J., & Hellinckx, W. (2005). *Handboek orthopedagogische hulpverlening 2. Nieuwe ontwikkelingen in het zorgveld*. Leuven: Acco.

Grogan-Kaylor, A., & Otis, M.D. (2007). The predictors of parental use of corporal punishment. *Family Relations*, 56, 80-91.

Haskett, M.E., Scott, S.S., & Sabourin Ward C. (2004). Subgroups of physically abusive parents based on cluster analysis of parenting behavior and affect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, (4), 436-447.

Hellinckx, W. (2006). *Gezinsgerichte pedagogische hulpverlening* [ongepubliceerde cursustekst].

Hellinckx, W., Grietens, H., Geeraert, L., Moors, G., & Van Assche, V. (2001). *Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak*. Leuven: Acco.

Hellinckx, W., Grietens, H., & Geeraert, L. (2002). *Hulp bij opvoedingsvragen. Opvoedingsondersteuning tussen 0 en 3 jaar*. Leuven: Acco.

Hermanns, J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*.

Kijlstra, M., Prinsen, B., & Schulpen, T. (2005). *Kwetsbaar jong! Een quick scan van de kansen op achterstand van kinderen van 0 tot 4 jaar in risicosituaties*. Amsterdam: SWP.

Kind & Gezin. Kansarmoederegistratie binnen Kind en Gezin. Verkregen op 30 januari 2009, van <http://www.google.be/search?hl=en&sa=X&oi=spell&resnum=0&ct=result&cd=1&q=registratie+kansarmoede+kind+en+gezin&spell=1>

Kind & Gezin (2006). Plan van aanpak Kindermishandeling: richtlijn voor het signaleren van en handelen bij zorgwekkende opvoedingsituaties.

Koeter, M.W.J., Ormel, J. (1991). General Health Questionnaire: Nederlandse versie. Handleiding. Lisse: Swets and Zeitlinger.

Koot, H.M. (1997). Handleiding bij de vragenlijst voor gezinsproblemen. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.

Moore, D.S., & McCabe, G.P. (2001). Statistiek in de praktijk. Den Haag: Academic Service.

Lawson K.L. (2004). Development and psychometric properties of the perceptions of parenting inventory.

Lerner, R.M., Rothbaum, F., & Boulous, S. (2002). Developmental systems perspective on parenting. In M.H. Bornstein (Eds.), *Handbook of parenting: Vol. 2: Biology and ecology of parenting* (2nd ed., pp. 315- 344). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Lyons, S.J., Henly, J.R., & Schuerman, J.R. (2005). Informal support in maltreating families: its effect on parenting practices. *Children and Youth Services Review, 27*, 21-38.

Marcoen, A. (2003). *Ontwikkelingspsychologie. Boekdeel 1*. Leuven: Acco.

Oosterhof-van der Poel, M.M.W. (1999). *Opvoedingsproblemen 0-4-jarigen. Handleiding voor opvoedingsondersteuners*. Assen: Van Gorcum.

Rodriguez, C.M., & Green, A.J. (1997). Parenting stress and anger expression as predictors of child abuse potential. *Child Abuse & Neglect, 21*, (4), 367-377.

Staal, I.I.E., Roodzant-Velthausz, M.D., Reerink, J.D., & Schrijvers, A.J.P. (2005). Huisbezoek bij peuters van 18 maanden in de provincie Zeeland. *Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg, 3*, 42-46.

The social care and social work careers information website. Verkregen op 30 oktober 2008, van <http://www.socialworkcareers.co.uk/>

Uittenbogaard, B.P., Buitenhuis, M., Schuurman, J., & Wienke, D. (1996). *Stap voor stap. Een stappenplan om ouders met jonge kinderen te begeleiden bij opvoedingsvragen*. Utrecht: Uitgeverij SWP.

Veerman, J.W., Janssen, J., ten Brink, L.T., van der Horst H., & Koedoot, P. (2003). *Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG). Voorlopige handleiding (3^e Herziening)*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.

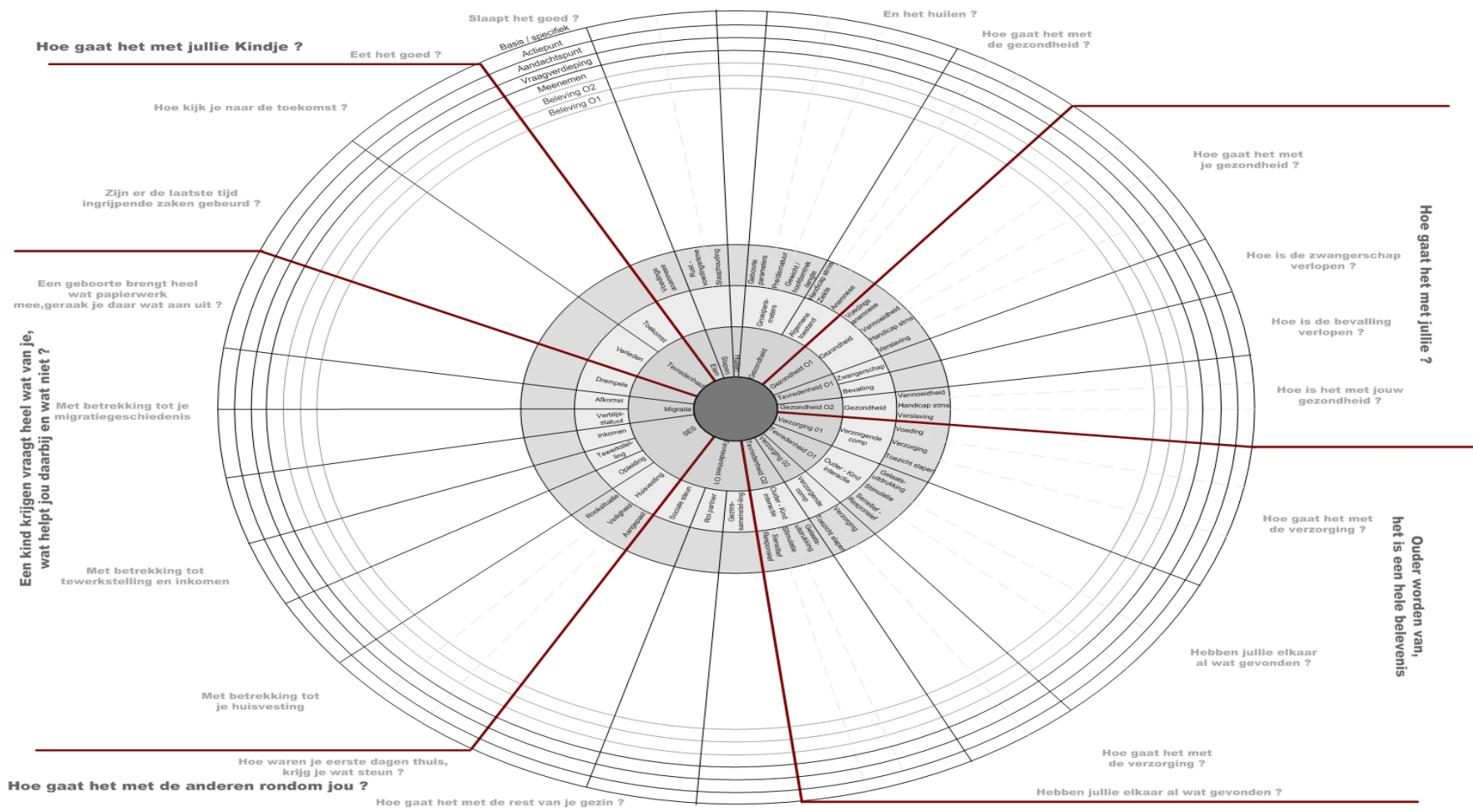
Violence against children. United nations secretary-general's study. Verkregen op 19 maart 2008, van <http://www.unviolencestudy.org/>.

Voet, M. (2005). *Behoefte aan opvoedingsondersteuning bij gezinnen met een jong kind. Hoe ontwikkelt deze behoefte zich en valt hij te voorspellen?* Doctoraalscriptie Pedagogiek. Afdeling Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen. Universiteit Amsterdam.

Appendices

Appendix 1:	Ijsbrekermethodiek, kaft (voorblad en achterblad)	122
Appendix 2:	Ijsbrekermethodiek, binnenkant (7 ijsbrekers, bijhorende subbrekers en mogelijkheid om respectievelijk de beleving van de ouders, de zaken die worden meegenomen, de vraagverdiepingen, de aandachtspunten, de actiepunten en het aanbod te noteren)	123
Appendix 3:	Ijsbrekermethodiek, besluitvormingsproces (vraagverdieping, aandachts- en of actiepunten waaraan men al dan niet binnen de basiszorg tegemoet kan komen)	124
Appendix 4:	Ijsbrekermethodiek, vraagverdieping	125
Appendix 5:	Ijsbrekermethodiek, besluitvormingsproces specifiek (specificeren van aanbod buiten het basisaanbod)	126
Appendix 6:	Door de onderzoekers samengestelde vragenlijst (op basis van POPI, GHQ, VGP, VMG en vragen rond zorgbehoefte en –gebruik)	127
Appendix 7:	Samenhang aantal klinische scores – Basisaanbod/Extra aanbod	137
Appendix 8:	Samenhang aantal klinische scores – aantal actiepunten	138
Appendix 9:	Samenhang aantal klinische scores – aantal aandachtspunten	139
Appendix 10:	Samenhang aantal klinische scores – Aantal zaken dat wordt meegenomen	141
Appendix 11:	Samenhang aantal klinische scores – aantal negatieve belevingen	143
Appendix 12:	Samenhang aantal klinische scores – aantal positieve belevingen	144
Appendix 13:	Correlatie aantal klinische scores – aantal vraagverdiepingen	147
Appendix 14:	Samenhang scores reeds gevalideerde vragenlijsten – Basisaanbod/Extra aanbod	148

Appendix 2: Ijsbrekermethodiek, binnenkant (7 ijsbrekers, bijhorende subbrekers en mogelijkheid om respectievelijk de beleving van de ouders, de zaken die worden meegenomen, de vraagverdiepingen, de aandachtspunten, de actiepunten en het aanbod te noteren)

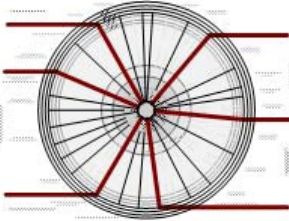


Appendix 3: IJsbrekermethodiek, besluitvormingsproces (vraagverdieping, aandachts- en of actiepunten waaraan men al dan niet binnen de basiszorg tegemoet kan komen)

Besluitvormingsproces

Vraagverdieping ? Code :

Verder bevragen



+

J / N

Actie
 POS-schaal

 Andere

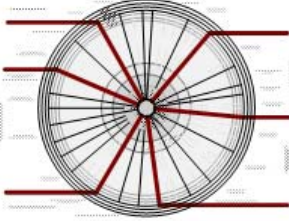
Vraagverdieping

aanwezig

- ernstige prematuur/dysmatuur
- ernstig huilgedrag of opvallende gedragingen
- gecompliceerde zwangerschap of bevalling
- negatieve jeugdervaringen
- eerste kind op jonge leeftijd
- middelengebruik/verslaving
- psychische problemen
- onrealistische verwachtingen tav kind
- gebrekkige sensitiviteit en responsiviteit
- alleenstaand ouderschap
- relationele problemen al dan niet met geweld
- weinig sociale steun
- stress uitgaande van socio-economische problemen

Basiszorg ok ?

Aandachtspunten en Actiepunten



+

J / N

Actie
 Aandachtspt

 Actiept

Basiszorg

Planning Specifiek

Inhoud basiszorg + basisdienstverleningsproces

Appendix 6: Door de onderzoekers samengestelde vragenlijst (op basis van POPI, GHQ, VGP, VMG en vragen rond zorgbehoefte en -gebruik)


Beste ouder(s),

Kind en Gezin werkt op dit moment aan een vernieuwing van haar preventieve gezinsondersteuning. Het doel van deze vernieuwing is onder andere om hulpvragen van ouders sneller en beter op te sporen en hen op een nog betere manier toe te leiden naar het hulpaanbod dat ze nodig hebben. U heeft deze vragenlijst gekregen van uw regioverpleegkundige tijdens het tweede huisbezoek. Met deze vragenlijst willen we nagaan of de gesprekken die jullie tijdens het eerste en tweede huisbezoek hebben gevoerd, een goede manier zijn om van u, als ouder, te vernemen wat de behoeften zijn op het vlak van de verzorging en de opvoeding van uw kind. Mogen wij daarom vragen aan de ouder die het meest aanwezig was tijdens de twee huisbezoeken om deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen en Kind & Gezin zo te helpen de preventieve gezinsondersteuning verder af te stemmen op de noden en behoeften van u, als ouder.

Enkele tips bij het invullen van de vragenlijst:

- ✓ U hoeft niet alle vragen op één moment te beantwoorden. Het invullen van de vragenlijst vraagt max. 30 minuten van uw tijd. **U werkt de lijst wel best af op één dag.**
- ✓ Het antwoord dat u geeft is niet goed of fout, u kruist steeds het antwoord aan dat het best past bij uw mening of situatie.
- ✓ Heeft u nog vragen? Aarzel niet om ons te contacteren. We helpen u graag verder! De contactpersoon voor dit onderzoek is Jesse Verschuren (016/32 62 92)

Algemene instructies voor het invullen van de vragen:

- ✓ Gebruik een zwarte of blauwe balpen
- ✓ Gelieve keuzevakjes duidelijk aan te kruisen:
- ✓ Indien u zich vergist hebt, krab dan het vakje helemaal door (), en kruis vooralsnog het juiste antwoord aan ().

Als u alle vragen ingevuld heeft, kan u de bundel (inclusief dit eerste blad) opsturen naar het onderzoeksteam met behulp van de **bijgevoegde omslag**. U hoeft GEEN postzegel op de omslag te kleven. Gelieve de vragenbundel **zo snel mogelijk** terug te sturen (bij voorkeur binnen 2 weken na ontvangst).

Uw gegevens worden volledig anoniem gemaakt en uiterst vertrouwelijk behandeld. Alleen de onderzoeksverantwoordelijken, met name Prof. Dr. Hans Grietens van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven en zijn medewerkers zullen toegang hebben tot de gegevens.

Voor kennisname en akkoord.....
(naam en datum invullen)

Naam jongste kind:

Alvast heel erg bedankt voor uw medewerking en tijd!

Namens Kind & Gezin,

Bea Buysse
Wannes Blondeel
Nele Travers

Namens het Steunpunt Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin,

Prof. Dr. Hans Grietens
Jesse Verschuren

Voor sommigen van u is dit het eerste kind; anderen zullen al meerdere kinderen hebben. Gelieve onderstaande vragen te beantwoorden met de **geboorte en opvoeding van uw jongste kind** in het achterhoofd.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord	Niet van toepassing
Zorgen voor dit kind maakt me gelukkig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind opvoeden is belonend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik geniet ervan dit kind te zien opgroeien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen voor dit kind is plezierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind is een verrijking voor de andere kinderen in het gezin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind maakt me trots.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind opvoeden maakt me een beter mens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door deze ervaring groeien mijn partner en ik dichter naar elkaar toe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen voor dit kind staat de tijd die ik wil doorbrengen met mijn partner in de weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen voor dit kind staat de tijd die ik kan doorbrengen met vrienden in de weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb minder tijd om te doen wat ik graag doe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het opvoeden zorgt voor spanningen in de relatie met mijn partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind opvoeden is een verantwoordelijkheid die nooit eindigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind opvoeden is een verantwoordelijkheid die 24 uur per dag duurt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord	Niet van toepassing
Ik zal de rest van mijn leven voor dit kind moeten zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind zal de rest van mijn leven afhankelijk van me zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind grootbrengen kost veel geld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik maak me zorgen over de toekomst van dit kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind opvoeden is emotioneel uitputtend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgen voor dit kind put me lichamelijk uit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kijk er naar uit om een grootouder te worden in de toekomst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind zal me financiële zekerheid geven op mijn oude dag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit kind zal onze familie/ons geslacht verder zetten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onze relatie zal doorheen de jaren veranderen van ouder naar vriend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn vrienden en familie helpen me voor dit kind te zorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn familie en vrienden bieden me sociale steun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De gemeenschap waartoe ik behoor biedt me sociale steun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vragen gaan over hoe u zich voelt en over de klachten die u **op dit moment heeft of gedurende de voorbije twee weken had**. U kan bij elke vraag aanduiden wat het meest op u van toepassing is.

	Helemaal niet	Niet meer dan gewoonlijk	Wat meer dan gewoonlijk	Veel meer dan gewoonlijk
Bent u de laatste tijd door zorgen veel slaap tekort gekomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u zich de laatste tijd kunnen concentreren op uw bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u de laatste tijd in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich de laatste tijd in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u zich de laatste tijd alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de laatste tijd plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u zich de laatste tijd ongelukkig en neerslachtig gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u de laatste tijd het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u zich de laatste tijd als een waardeloos iemand beschouwd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vragen gaan over hoe u uw **gezin** ervaart. Bij elke vraag kan u kiezen in hoeverre u vindt dat deze uitspraak van toepassing is op uw gezin en op de verschillende gezinsleden, uzelf natuurlijk inbegrepen.

<i>De volgende dingen vormen een probleem in ons gezin:</i>	Helemaal niet van toepassing	Een beetje of soms van toepassing	Duidelijk of vaak van toepassing
Afspraken maken over dingen die we samen gaan doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elkaar belangrijke dingen vertellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elkaar begrijpen of aanvoelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weten hoe de andere gezinsleden zich voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aandacht voor elkaar hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp of steun van elkaar krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elkaar vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruimte krijgen om te doen wat je zelf wilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie de baas in huis is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het eens worden over de regels in huis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elkaar kritiek geven en/of kritiek krijgen; zeggen wat je dwars zit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De manier waarop problemen opgelost worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ons leven aanpassen als de omstandigheden dat vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sommigen in ons gezin:</i>	Helemaal niet van toepassing	Een beetje of soms van toepassing	Duidelijk of vaak van toepassing
Zorgen ervoor dat het thuis gezellig is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geven hulp en steun als dat nodig is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luisteren naar persoonlijke problemen van andere gezinsleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Willen niets met de andere gezinsleden te maken hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laten niet genoeg merken dat ze van anderen in ons gezin houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemoeien zich te weinig met de andere gezinsleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staan onverschillig tegenover de anderen in ons gezin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaan andere gezinsleden uit de weg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lijken nooit blij als ze de anderen weer zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebben liever niet dat de anderen hen aanraken of knuffelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leven te weinig met de andere gezinsleden mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doen veel samen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geven andere gezinsleden een veilig gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunnen goed met elkaar opschieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vragen gaan alleen over u en uw partner.

	Helemaal niet van toepassing	Een beetje of soms van toepassing	Duidelijk of vaak van toepassing
Ik maak mij zorgen over mijn relatie met mijn partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wij zijn het oneens over hoe de kinderen opgevoed moeten worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn partner vindt dat ik hem/haar te weinig help of steun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn partner steunt mij te weinig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn partner is te streng voor de kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hebben één of meer van de volgende gebeurtenissen in uw leven plaats gevonden **in de periode dat u zwanger was of sinds de geboorte van uw jongste kind**? U kan bij de gebeurtenissen die plaats gevonden hebben, aanduiden hoe u deze ervaren heeft, door het meest gepaste vakje aan te kruisen. Met 'ingrijpend' bedoelen we dat deze gebeurtenis een duidelijke weerslag of impact had op uzelf of op uw gezin.

	Niet meegemaakt	Wel meegemaakt en ervaren als:			
		Een negatieve en ingrijpende gebeurtenis	Een negatieve, maar niet ingrijpende gebeurtenis	Een positieve, maar niet ingrijpende gebeurtenis	Een positieve en ingrijpende gebeurtenis
Ik ben gescheiden/ ik heb gebroken met mijn partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb mij verzoend/herenigd met mijn partner na ernstige conflicten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn partner is overleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een zoon of dochter is overleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een naast familielid of een goede bekende is overleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben getrouwd of gaan samenwonen met een nieuwe partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb kinderen van een nieuwe partner in huis opgenomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ons gezinsinkomen is fors toegenomen (met 20% of meer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ons gezinsinkomen is fors gedaald (met 20% of meer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ons gezin heeft financiële problemen gekregen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is een langdurige of levensbedreigende ziekte bij mij geconstateerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is een langdurige of levensbedreigende ziekte bij mijn partner geconstateerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is een langdurige of levensbedreigende ziekte bij een ander gezinslid geconstateerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is een kind van mij in het ziekenhuis opgenomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben in het ziekenhuis opgenomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn partner is in het ziekenhuis opgenomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Niet meegemaakt	Wel meegemaakt en ervaren als:			
		Een negatieve en ingrijpende gebeurtenis	Een positieve, maar niet ingrijpende gebeurtenis	Een positieve, maar niet ingrijpende gebeurtenis	Een positieve en ingrijpende gebeurtenis
Eén van mijn kinderen is van school gestuurd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikzelf, mijn partner of een ander gezinslid is in aanraking geweest met politie of justitie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikzelf, mijn partner of een ander gezinslid is slachtoffer geworden van een ernstig misdrijf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vragen gaan over uw behoefte en nood aan steun en hulp van een hulpverlener en de mate waarin u nu reeds gebruik maakt van die steun en hulp.

- ◆ Maakt u **voor uzelf** momenteel gebruik van hulp van een hulpverlener (zorg, begeleiding, ondersteuning...) omwille van:

Ernstige gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Psychologische/psychiatrische problemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Sociale problemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

- ◆ Maakt **uw partner** momenteel gebruik van hulp van een hulpverlener (zorg, begeleiding, ondersteuning...) omwille van:

Ernstige gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Psychologische/psychiatrische problemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Sociale moeilijkheden	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

- ◆ Maakt u **voor één of meerdere andere kinderen** in uw gezin gebruik van hulp van een hulpverlener (zorg, begeleiding, ondersteuning...) omwille van:

Ernstige gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Ontwikkelingsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Gedragsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Opvoedingsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

- ◆ Heeft u op dit moment behoefte aan de hulp van een hulpverlener (zorg, begeleiding, ondersteuning...) **voor uzelf** omwille van:

Ernstige gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Ontwikkelingsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Gedragsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Opvoedingsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

- ◆ Heeft u op dit moment behoefte aan de hulp van een hulpverlener (zorg, begeleiding, ondersteuning...) **voor één of meerdere kinderen** in uw gezin omwille van:

Ernstige gezondheidsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Ontwikkelingsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Gedragsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Opvoedingsproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja

Deze vragenlijst werd ingevuld door:

- Vader
- Moeder
- Beiden
- Iemand anders, namelijk:.....

Bedankt voor uw tijd en medewerking!

Appendix 7: Samenhang aantal klinische scores – Basisaanbod/Extra aanbod

		Aantal klinische scores					
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	Totaal
Basis/Extra	Aantal	55	72	23	5	2	157
	Verwacht Aantal	54,1	68,0	27,9	5,2	1,7	157,0
	% in Basis/Extra	35,0%	45,9%	14,6%	3,2%	1,3%	100,0%
	% in aantal klinische scores	88,7%	92,3%	71,9%	83,3%	100,0%	87,2%
	% van het Totaal	30,6%	40,0%	12,8%	2,8%	1,1%	87,2%
1,00	Aantal	7	6	9	1	0	23
	Verwacht Aantal	7,9	10,0	4,1	,8	,3	23,0
	% in Basis/Extra	30,4%	26,1%	39,1%	4,3%	,0%	100,0%
	% in aantal klinische scores	11,3%	7,7%	28,1%	16,7%	,0%	12,8%
	% van het Totaal	3,9%	3,3%	5,0%	,6%	,0%	12,8%
Totaal	Aantal	62	78	32	6	2	180
	Verwacht Aantal	62,0	78,0	32,0	6,0	2,0	180,0
	% in Basis/Extra	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%
	% in aantal klinische scores	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% van het Totaal	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%

	Waarde	df	Asymp. Sig. (2-zijdig)
Pearson Chi-kwadraad	9,070 ^a	4	,059
Likelihood Ratio	8,119	4	,087
Linear-by-Linear Association	2,021	1	,155
Aantal valide Cases	180		

a. 4 cellen(40,0%) hebben een verwacht aantal minder dan 5. Het minimum verwacht aantal is ,26.

Appendix 8: Samenhang aantal klinische scores – aantal actiepunten

			Aantal klinische scores					
			,00	1,00	2,00	3,00	4,00	Totaal
Aantal actiepunten	,00	Aantal	58	69	27	5	2	161
		Verwacht Aantal	55,5	69,8	28,6	5,4	1,8	161,0
		% in Aantal actiepunten	36,0%	42,9%	16,8%	3,1%	1,2%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	93,5%	88,5%	84,4%	83,3%	100,0%	89,4%
		% van het Totaal	32,2%	38,3%	15,0%	2,8%	1,1%	89,4%
1,00		Aantal	4	4	4	0	0	12
		Verwacht Aantal	4,1	5,2	2,1	,4	,1	12,0
		% in Aantal actiepunten	33,3%	33,3%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	6,5%	5,1%	12,5%	,0%	,0%	6,7%
		% van het Totaal	2,2%	2,2%	2,2%	,0%	,0%	6,7%
2,00		Aantal	0	5	1	0	0	6
		Verwacht Aantal	2,1	2,6	1,1	,2	,1	6,0
		% in Aantal actiepunten	,0%	83,3%	16,7%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	6,4%	3,1%	,0%	,0%	3,3%
		% van het Totaal	,0%	2,8%	,6%	,0%	,0%	3,3%
4,00		Aantal	0	0	0	1	0	1
		Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
		% in Aantal actiepunten	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	,0%	16,7%	,0%	,6%
		% van het Totaal	,0%	,0%	,0%	,6%	,0%	,6%
Totaal		Aantal	62	78	32	6	2	180
		Verwacht Aantal	62,0	78,0	32,0	6,0	2,0	180,0
		% in Aantal actiepunten	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% van het Totaal	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%

		Waarde	Asymp. Std. Afwijking	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,148	,087	1,995	,048
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,108	,071	1,453	,148
Aantal valide Cases		180			

Appendix 9: Samenhang aantal klinische scores – aantal aandachtspunten

		Aantal klinische scores						
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	Totaal	
Aantal aandachtspunten	,00	Aantal	45	50	15	5	0	115
		Verwacht Aantal	39,6	49,8	20,4	3,8	1,3	115,0
		% in Aantal aandachtspunten	39,1%	43,5%	13,0%	4,3%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	72,6%	64,1%	46,9%	83,3%	,0%	63,9%
		% van het Totaal	25,0%	27,8%	8,3%	2,8%	,0%	63,9%
1,00		Aantal	11	16	7	1	1	36
		Verwacht Aantal	12,4	15,6	6,4	1,2	,4	36,0
		% in Aantal aandachtspunten	30,6%	44,4%	19,4%	2,8%	2,8%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	17,7%	20,5%	21,9%	16,7%	50,0%	20,0%
		% van het Totaal	6,1%	8,9%	3,9%	,6%	,6%	20,0%
2,00		Aantal	1	9	3	0	0	13
		Verwacht Aantal	4,5	5,6	2,3	,4	,1	13,0
		% in Aantal aandachtspunten	7,7%	69,2%	23,1%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	1,6%	11,5%	9,4%	,0%	,0%	7,2%
		% van het Totaal	,6%	5,0%	1,7%	,0%	,0%	7,2%
3,00		Aantal	5	2	4	0	0	11
		Verwacht Aantal	3,8	4,8	2,0	,4	,1	11,0
		% in Aantal aandachtspunten	45,5%	18,2%	36,4%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	8,1%	2,6%	12,5%	,0%	,0%	6,1%
		% van het Totaal	2,8%	1,1%	2,2%	,0%	,0%	6,1%
4,00		Aantal	0	0	2	0	0	2
		Verwacht Aantal	,7	,9	,4	,1	,0	2,0
		% in Aantal aandachtspunten	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	6,2%	,0%	,0%	1,1%
		% van het Totaal	,0%	,0%	1,1%	,0%	,0%	1,1%
5,00		Aantal	0	0	1	0	1	2
		Verwacht Aantal	,7	,9	,4	,1	,0	2,0
		% in Aantal aandachtspunten	,0%	,0%	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	3,1%	,0%	50,0%	1,1%
		% van het Totaal	,0%	,0%	,6%	,0%	,6%	1,1%
6,00		Aantal	0	1	0	0	0	1
		Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
		% in Aantal aandachtspunten	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	1,3%	,0%	,0%	,0%	,6%
		% van het Totaal	,0%	,6%	,0%	,0%	,0%	,6%

Totaal Aantal	62	78	32	6	2	180
Verwacht Aantal	62,0	78,0	32,0	6,0	2,0	180,0
% in Aantal aandachtspunten	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%
% in Aantal klinische scores	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% van het Totaal	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%

		Waarde	Asymp. Std. Afwijking	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,217	,088	2,964	,003
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,182	,074	2,475	,014
Aantal valide Cases		180			

Appendix 10: Samenhang aantal klinische scores – Aantal zaken dat wordt meegenomen

		Aantal klinische scores						
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	Totaal	
Aantal zaken dat wordt meegenomen	,00	Aantal	51	69	27	5	1	153
		Verwacht Aantal	52,7	66,3	27,2	5,1	1,7	153,0
		% in Aantal zaken dat wordt meegenomen	33,3%	45,1%	17,6%	3,3%	,7%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	82,3%	88,5%	84,4%	83,3%	50,0%	85,0%
		% van het Totaal	28,3%	38,3%	15,0%	2,8%	,6%	85,0%
1,00		Aantal	7	4	3	0	0	14
		Verwacht Aantal	4,8	6,1	2,5	,5	,2	14,0
		% in Aantal zaken dat wordt meegenomen	50,0%	28,6%	21,4%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	11,3%	5,1%	9,4%	,0%	,0%	7,8%
		% van het Totaal	3,9%	2,2%	1,7%	,0%	,0%	7,8%
2,00		Aantal	4	3	0	0	1	8
		Verwacht Aantal	2,8	3,5	1,4	,3	,1	8,0
		% in Aantal zaken dat wordt meegenomen	50,0%	37,5%	,0%	,0%	12,5%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	6,5%	3,8%	,0%	,0%	50,0%	4,4%
		% van het Totaal	2,2%	1,7%	,0%	,0%	,6%	4,4%
3,00		Aantal	0	2	1	0	0	3
		Verwacht Aantal	1,0	1,3	,5	,1	,0	3,0
		% in Aantal zaken dat wordt meegenomen	,0%	66,7%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	2,6%	3,1%	,0%	,0%	1,7%
		% van het Totaal	,0%	1,1%	,6%	,0%	,0%	1,7%
4,00		Aantal	0	0	0	1	0	1
		Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
		% in Aantal zaken dat wordt meegenomen	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	,0%	16,7%	,0%	,6%
		% van het Totaal	,0%	,0%	,0%	,6%	,0%	,6%
5,00		Aantal	0	0	1	0	0	1
		Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
		% in Aantal zaken dat wordt meegenomen	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	3,1%	,0%	,0%	,6%
		% van het Totaal	,0%	,0%	,6%	,0%	,0%	,6%
Totaal		Aantal	62	78	32	6	2	180
		Verwacht Aantal	62,0	78,0	32,0	6,0	2,0	180,0
		% in Aantal zaken dat wordt meegenomen	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% van het Totaal	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%

	Waarde	Asymp. Std. Afwijking	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	,113	,091	1,515	,131
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-,003	,081	-,037	,970
Aantal valide Cases	180			

Appendix 11: Samenhang aantal klinische scores – aantal negatieve belevingen

		Aantal klinische scores						
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	Totaal	
Aantal negatieve belevingen	,00	Aantal	58	70	29	4	2	163
		Verwacht Aantal	56,1	70,6	29,0	5,4	1,8	163,0
		% in Aantal negatieve belevingen	35,6%	42,9%	17,8%	2,5%	1,2%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	93,5%	89,7%	90,6%	66,7%	100,0%	90,6%
		% van het Totaal	32,2%	38,9%	16,1%	2,2%	1,1%	90,6%
	1,00	Aantal	2	1	1	1	0	5
		Verwacht Aantal	1,7	2,2	,9	,2	,1	5,0
		% in Aantal negatieve belevingen	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	3,2%	1,3%	3,1%	16,7%	,0%	2,8%
		% van het Totaal	1,1%	,6%	,6%	,6%	,0%	2,8%
	2,00	Aantal	1	2	2	0	0	5
		Verwacht Aantal	1,7	2,2	,9	,2	,1	5,0
		% in Aantal negatieve belevingen	20,0%	40,0%	40,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	1,6%	2,6%	6,2%	,0%	,0%	2,8%
		% van het Totaal	,6%	1,1%	1,1%	,0%	,0%	2,8%
	3,00	Aantal	1	2	0	0	0	3
		Verwacht Aantal	1,0	1,3	,5	,1	,0	3,0
		% in Aantal negatieve belevingen	33,3%	66,7%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	1,6%	2,6%	,0%	,0%	,0%	1,7%
		% van het Totaal	,6%	1,1%	,0%	,0%	,0%	1,7%
4,00	Aantal	0	3	0	1	0	4	
	Verwacht Aantal	1,4	1,7	,7	,1	,0	4,0	
	% in Aantal negatieve belevingen	,0%	75,0%	,0%	25,0%	,0%	100,0%	
	% in Aantal klinische scores	,0%	3,8%	,0%	16,7%	,0%	2,2%	
	% van het Totaal	,0%	1,7%	,0%	,6%	,0%	2,2%	
	Totaal Aantal	62	78	32	6	2	180	
	Verwacht Aantal	62,0	78,0	32,0	6,0	2,0	180,0	
	% in Aantal negatieve belevingen	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%	
	% in Aantal klinische scores	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% van het Totaal	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%	

		Waarde	Asymp. Std. Afwijking	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,089	,074	1,187	,237
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,087	,073	1,169	,244
Aantal valide Cases		180			

Appendix 12: Samenhang aantal klinische scores – aantal positieve belevingen

		Aantal klinische scores						
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	Totaal	
Aantal positieve belevingen	,00	Aantal	53	69	29	4	2	157
		Verwacht Aantal	54,1	68,0	27,9	5,2	1,7	157,0
		% in Aantal positieve belevingen	33,8%	43,9%	18,5%	2,5%	1,3%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	85,5%	88,5%	90,6%	66,7%	100,0%	87,2%
		% van het Totaal	29,4%	38,3%	16,1%	2,2%	1,1%	87,2%
1,00		Aantal	3	0	0	0	0	3
		Verwacht Aantal	1,0	1,3	,5	,1	,0	3,0
		% in Aantal positieve belevingen	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	4,8%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,7%
		% van het Totaal	1,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	1,7%
2,00		Aantal	1	2	0	0	0	3
		Verwacht Aantal	1,0	1,3	,5	,1	,0	3,0
		% in Aantal positieve belevingen	33,3%	66,7%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	1,6%	2,6%	,0%	,0%	,0%	1,7%
		% van het Totaal	,6%	1,1%	,0%	,0%	,0%	1,7%
3,00		Aantal	2	2	0	0	0	4
		Verwacht Aantal	1,4	1,7	,7	,1	,0	4,0
		% in Aantal positieve belevingen	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	3,2%	2,6%	,0%	,0%	,0%	2,2%
		% van het Totaal	1,1%	1,1%	,0%	,0%	,0%	2,2%
4,00		Aantal	0	0	1	0	0	1
		Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
		% in Aantal positieve belevingen	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	3,1%	,0%	,0%	,6%
		% van het Totaal	,0%	,0%	,6%	,0%	,0%	,6%
5,00		Aantal	0	0	1	0	0	1
		Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
		% in Aantal positieve belevingen	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	3,1%	,0%	,0%	,6%
		% van het Totaal	,0%	,0%	,6%	,0%	,0%	,6%
6,00		Aantal	0	1	0	0	0	1
		Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
		% in Aantal positieve belevingen	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	1,3%	,0%	,0%	,0%	,6%
		% van het Totaal	,0%	,6%	,0%	,0%	,0%	,6%

7,00	Aantal	0	1	1	0	0	2
	Verwacht Aantal	,7	,9	,4	,1	,0	2,0
	% in Aantal positieve belevingen	,0%	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
	% in Aantal klinische scores	,0%	1,3%	3,1%	,0%	,0%	1,1%
	% van het Totaal	,0%	,6%	,6%	,0%	,0%	1,1%
10,00	Aantal	0	0	0	1	0	1
	Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
	% in Aantal positieve belevingen	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	,0%	16,7%	,0%	,6%
	% van het Totaal	,0%	,0%	,0%	,6%	,0%	,6%
13,00	Aantal	0	0	0	1	0	1
	Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
	% in Aantal positieve belevingen	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	,0%	16,7%	,0%	,6%
	% van het Totaal	,0%	,0%	,0%	,6%	,0%	,6%
14,00	Aantal	1	0	0	0	0	1
	Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
	% in Aantal positieve belevingen	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% in Aantal klinische scores	1,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	,6%
	% van het Totaal	,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	,6%
15,00	Aantal	0	1	0	0	0	1
	Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
	% in Aantal positieve belevingen	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% in Aantal klinische scores	,0%	1,3%	,0%	,0%	,0%	,6%
	% van het Totaal	,0%	,6%	,0%	,0%	,0%	,6%
17,00	Aantal	1	1	0	0	0	2
	Verwacht Aantal	,7	,9	,4	,1	,0	2,0
	% in Aantal positieve belevingen	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% in Aantal klinische scores	1,6%	1,3%	,0%	,0%	,0%	1,1%
	% van het Totaal	,6%	,6%	,0%	,0%	,0%	1,1%
21,00	Aantal	0	1	0	0	0	1
	Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
	% in Aantal positieve belevingen	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% in Aantal klinische scores	,0%	1,3%	,0%	,0%	,0%	,6%
	% van het Totaal	,0%	,6%	,0%	,0%	,0%	,6%

28,00	Aantal	1	0	0	0	0	1
	Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
	% in Aantal positieve belevingen	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	% in Aantal klinische scores	1,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	,6%
	% van het Totaal	,6%	,0%	,0%	,0%	,0%	,6%
Totaal	Aantal	62	78	32	6	2	180
	Verwacht Aantal	62,0	78,0	32,0	6,0	2,0	180,0
	% in Aantal positieve belevingen	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%
	% in Aantal klinische scores	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% van het Totaal	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%

		Waarde	Asymp. Std. Afwijking	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,007	,080	,099	,921
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,014	,078	-,188	,851
Aantal valide Cases		180			

Appendix 13: Samenhang aantal klinische scores – aantal vraagverdiepingen

		Aantal klinische scores						
		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	Totaal	
Aantal vraagverdiepingen	,00	Aantal	58	68	21	5	1	153
		Verwacht Aantal	52,7	66,3	27,2	5,1	1,7	153,0
		% in Aantal vraagverdiepingen	37,9%	44,4%	13,7%	3,3%	,7%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	93,5%	87,2%	65,6%	83,3%	50,0%	85,0%
		% van het Totaal	32,2%	37,8%	11,7%	2,8%	,6%	85,0%
1,00		Aantal	3	10	9	0	0	22
		Verwacht Aantal	7,6	9,5	3,9	,7	,2	22,0
		% in Aantal vraagverdiepingen	13,6%	45,5%	40,9%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	4,8%	12,8%	28,1%	,0%	,0%	12,2%
		% van het Totaal	1,7%	5,6%	5,0%	,0%	,0%	12,2%
2,00		Aantal	1	0	2	0	0	3
		Verwacht Aantal	1,0	1,3	,5	,1	,0	3,0
		% in Aantal vraagverdiepingen	33,3%	,0%	66,7%	,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	1,6%	,0%	6,2%	,0%	,0%	1,7%
		% van het Totaal	,6%	,0%	1,1%	,0%	,0%	1,7%
5,00		Aantal	0	0	0	0	1	1
		Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
		% in Aantal vraagverdiepingen	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	,6%
		% van het Totaal	,0%	,0%	,0%	,0%	,6%	,6%
6,00		Aantal	0	0	0	1	0	1
		Verwacht Aantal	,3	,4	,2	,0	,0	1,0
		% in Aantal vraagverdiepingen	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	,0%	,0%	,0%	16,7%	,0%	,6%
		% van het Totaal	,0%	,0%	,0%	,6%	,0%	,6%
Totaal		Aantal	62	78	32	6	2	180
		Verwacht Aantal	62,0	78,0	32,0	6,0	2,0	180,0
		% in Aantal vraagverdiepingen	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%
		% in Aantal klinische scores	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% van het Totaal	34,4%	43,3%	17,8%	3,3%	1,1%	100,0%

		Waarde	Asymp. Std. Afwijking	Approx. T	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	,348	,099	4,946	,000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,253	,073	3,493	,001
Aantal valide Cases		180			

Appendix 14: Samenhang scores reeds gevalideerde vragenlijsten – Basisaanbod/Extra aanbod

		Kwadratensom	df	Mean Square (Kwadratensom/df)	F	Sig.
POOPItotaal	Tussen groepen	1,634	1	1,634	,199	,656
	Binnen groepen	1452,399	177	8,206		
	Totaal	1454,033	178			
POOPiverrijking	Tussen groepen	,426	1	,426	1,372	,243
	Binnen groepen	55,229	178	,310		
	Totaal	55,655	179			
POOPisolatie	Tussen groepen	,011	1	,011	,012	,914
	Binnen groepen	169,423	178	,952		
	Totaal	169,434	179			
POOPitoewijding	Tussen groepen	,032	1	,032	,048	,827
	Binnen groepen	117,784	177	,665		
	Totaal	117,816	178			
POOPikost	Tussen groepen	,848	1	,848	1,156	,284
	Binnen groepen	129,908	177	,734		
	Totaal	130,756	178			
POOPicontinuiteit	Tussen groepen	,311	1	,311	,420	,518
	Binnen groepen	130,803	177	,739		
	Totaal	131,114	178			
POOPisteun	Tussen groepen	4,646	1	4,646	3,836	,052
	Binnen groepen	214,402	177	1,211		
	Totaal	219,049	178			
GHQ-12	Tussen groepen	3,890	1	3,890	1,083	,299
	Binnen groepen	639,110	178	3,591		
	Totaal	643,000	179			
VGPsteun&communicatie	Tussen groepen	,121	1	,121	,085	,771
	Binnen groepen	251,657	178	1,414		
	Totaal	251,778	179			
VGPbetrokkenheid	Tussen groepen	1,801	1	1,801	1,610	,206
	Binnen groepen	199,110	178	1,119		
	Totaal	200,911	179			
VGPgeborgenheid	Tussen groepen	1,394	1	1,394	1,845	,176
	Binnen groepen	134,517	178	,756		
	Totaal	135,911	179			
VGPpartnerrelatie	Tussen groepen	,893	1	,893	,868	,353
	Binnen groepen	182,146	177	1,029		
	Totaal	183,039	178			
VMGnegatief&ingrijpend	Tussen groepen	2,775	1	2,775	5,959	,016
	Binnen groepen	82,886	178	,466		
	Totaal	85,661	179			
VMGnegatief&niet- ingrijpend	Tussen groepen	,006	1	,006	,016	,899
	Binnen groepen	68,971	178	,387		
	Totaal	68,978	179			
VMGpositief&ingrijpend	Tussen groepen	,244	1	,244	2,958	,087
	Binnen groepen	14,667	178	,082		
	Totaal	14,911	179			

VMGpositief&niet- ingrijpend	Tussen groepen	,213	1	,213	1,163	,282
	Binnen groepen	32,587	178	,183		
	Totaal	32,800	179			
VMGapriori stressvolle gebeurtenissen	Tussen groepen	4,515	1	4,515	4,017	,047
	Binnen groepen	200,035	178	1,124		
	Totaal	204,550	179			