

2010

KC-RAPPORT

# Pleegzorg: wanneer?

Deel 2

Voor welk kind is pleegzorg de beste optie?  
Een literatuurstudie naar predictoren voor  
voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen  
en indicatiestelling voor pleegzorg.

Veerle Audenaert

Kenniscentrum WVG  
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Vlaamse overheid





## INHOUD

### INLEIDING EN DANKWOORD ..... 3

### HOOFDSTUK 1 ONDERZOEK NAAR PREDICTOREN VOOR NIET GESLAAGDE PLEEGZORGPLAATSINGEN ..... 5

1.1	Inleiding .....	5
1.2	Onderzoek naar de predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorg- plaatsingen .....	7
1.2.1	Een veelheid aan studies .....	7
1.2.2	Conceptuele en methodologische grenzen .....	8
1.3	Enkele recente cijfers voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen en het verplaatsen van pleegkinderen .....	10
1.4	Onderzoek naar de predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen .....	12
1.4.1	Kindkenmerken .....	12
1.4.2	Pleegouderkenmerken .....	16
1.4.3	Relatie tussen pleegouders en pleegkind of 'matching' .....	19
1.4.4	Relatie tussen ouders en kind .....	20
1.4.5	De hulpverlening .....	20
1.5	De profielbenadering .....	30
1.6	Het beleid inzake pleegzorg .....	31
1.7	Besluit .....	32

### HOOFDSTUK 2 NAAR EEN INDICATIESTELLING VOOR PLEEGZORG ..... 34

2.1	Inleiding .....	34
2.2	Indicatiestelling en wetenschappelijk onderzoek .....	35
2.2.1	Op zoek naar de plaats van indicatiestelling in het besluitvormingsproces .....	35
2.2.2	Op zoek naar het concept 'indicatiestelling' .....	38
2.2.3	Ontwikkeling van indicatiestelling in de jeugdzorg in Nederland .....	39

<b>2.3</b>	<b>Indicatiestelling (voor pleegzorg) in de regelgeving en andere beleidsdocumenten .....</b>	<b>42</b>
2.3.1	Indicatiestelling (voor pleegzorg) in de Vlaamse regelgeving omtrent Integrale Jeugdhulp .....	43
2.3.2	Indicatiestelling voor pleegzorg binnen de huidige (jeugd)hulpverlening in Vlaanderen .....	45
<b>2.4</b>	<b>Indicatiestelling en visie op pleegzorg.....</b>	<b>50</b>
2.4.1	Pleegzorg in Vlaanderen, een pragmatisch zorgmodel? .....	50
2.4.2	Het kan ook anders: ideologie en expliciete doelstellingen voor pleegzorg in Angelsaksische landen .....	52
2.4.3	Nederland: de gulden middenweg tussen pragmatisme en ideologie?.....	55
<b>2.5</b>	<b>Onderzoek naar de besluitvorming in de jeugdhulpverlening .....</b>	<b>57</b>
2.5.1	Het te doorlopen besluitvormingsproces tot uithuisplaatsing.....	58
2.5.2	Indicaties voor de plaatsing in een pleeggezin .....	62
<b>2.6</b>	<b>Modellen voor de besluitvorming in de jeugdhulpverlening .....</b>	<b>67</b>
2.6.1	Nederland - de Bureaus Jeugdzorg en het Handboek Indicatiestelling .....	68
2.6.2	Verenigd Koninkrijk - 'Framework for the Assessment of Children in Need and their Families' (2000).....	71
2.6.3	Zweden - 'Children's Needs in Focus' .....	72
2.6.4	Verenigde Staten - 'Child Protective Services: A guide for caseworkers' (2003) .....	73
2.6.5	Een vergelijkend overzicht van de besproken modellen .....	75
<b>2.7</b>	<b>Besluit.....</b>	<b>77</b>

<b>ALGEMEEN BESLUIT .....</b>	<b>81</b>
-------------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFIE .....</b>	<b>82</b>
---------------------------	-----------

<b>BIJLAGE OVERZICHT VAN ONDERZOEK (VAN DE LAATSTE 15 JAAR) NAAR HET VROEGTIJDIG AFBREKEN VAN PLEEGZORGPLAATSINGEN EN/OF HET 'VER'PLAATSEN VAN PLEEGKINDEREN. ....</b>	<b>96</b>
--	-----------

## INLEIDING EN DANKWOORD

Bij het afwerken van deze tekst verscheen in Weliswaar (2009, Nr. 88), het welzijns- en gezondheidsmagazine, een artikel over pleeggezinnen met een onmiskenbaar vrolijk verhaal over wat pleegzorg hoort te zijn. Hoewel het positieve verhaal dat het geïnterviewde pleeggezin vertelt, wellicht zeer nauw aansluit bij de dagdagelijkse realiteit van een deel van de pleeggezinnen in Vlaanderen (en elders), staat het in schril contrast met de vele pleegkinderen en pleeggezinnen die het minder goed vergaat. In tijden van crisis is het misschien bon ton om ook in de pleegzorg van een crisis te spreken, maar in feite is het wel zo. Niettegenstaande het feit dat pleegzorg de laatste jaren, onder impuls van Pleegzorg Vlaanderen, meer aandacht krijgt, zowel in de media als van het beleid, blijft pleegzorg als onderdeel van de jeugdhulpverlening nog al te vaak in een hoekje staan ... Getuige daarvan zijn de vele berichten in de media over een tekort aan pleeggezinnen, over kinderen wiens plaatsing in een pleeggezin niet terecht is of die in een pleeggezin niet aarden (en eigenlijk andere intensievere hulpverlening behoeven, maar die niet krijgen omwille van plaatsgebrek en bijgevolg in een pleeggezin worden geplaatst), over het gebrekkige statuut van pleegouders en dergelijke meer.

Aan het statuut voor pleegouders wordt gewerkt. Er is een nieuw decreet rond intersectorale pleegzorg in de maak. Pleegzorg Vlaanderen besteedt daarenboven veel aandacht aan het werven van kandidaat-pleegouders door middel van wervingscampagnes. Recent werd ook het pleegzorgverlof goedgekeurd en werden de dagvergoedingen voor pleegouders opgetrokken. Maar over welke kinderen nu gebaat zijn met pleegzorg is in Vlaanderen nog maar weinig geweten. Het is op deze vraag – PLEEGZORG WANNEER? – dat IVA Jongerenwelzijn van het Ministerie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (bevoegd voor pleegzorg) en Pleegzorg Vlaanderen graag een antwoord kregen. Eind 2007 werd aan het Kenniscentrum van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin gevraagd om aan de hand van een literatuurstudie een antwoord te formuleren op de vraag voor welk kind pleegzorg een goede oplossing is. De vraag voor de literatuurstudie was drieledig:

- (1) aan de hand van de beschikbare gegevens nagaan wanneer pleegzorg aangewezen is (rekening houdende met de effecten van pleegzorg voor diverse doelgroepen op korte en langere termijn); en daarmee samenhangend
- (2) nagaan of er gefundeerde gegevens bestaan voor het ontwikkelen van een indicatiestelling voor verwijzers; en
- (3) het positioneren van pleegzorg in het Vlaamse (en Belgische) zorgbeleid ten opzichte van andere Europese landen waar pleegzorg een belangrijke rol toebedeeld krijgt binnen het overheidsoptreden.

De derde deelvraag werd uitgewerkt door Kathleen Verreth (2009) in: Pleegzorg Wanneer? Deel 1, (Rechts)vergelijkend onderzoek naar beleid en wetgeving in Vlaanderen en enkele Europese landen.

De deelvragen (1) en (2) worden behandeld in dit tweede deel. Echter, met name deze vragen blijken moeilijk te beantwoorden. Er bestaat immers een grote hoeveelheid zeer gevarieerde wetenschappelijke literatuur over de gevolgen van pleegzorg voor kinderen op allerlei (ontwikkelings)domeinen, gaande van geestelijke gezondheid tot de genoten opleiding. Bijgevolg diende de oorspronkelijke vraagstelling te worden beperkt. Daarbij werd gekozen voor een specifiek onderwerp, het voortijdig afbreken van pleegzorgplaatsingen, omdat (1) theorievorming ('Attachment theory') suggereert dat het voortijdig afbreken van een plaatsing in een pleeggezin (en bij uitbreiding ervan het aantal 'ver'plaatsingen dat pleegkinderen meemaken) een negatieve invloed heeft op de hechtingsontwikkeling van kinderen; (2) omdat er relatief veel empirisch studiemateriaal rond bestaat in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en andere Engelssprekende landen; en (3) omdat er hierover een recente Vlaamse studie is (Vanderfaellie e.a., 2007). In hoofdstuk 1 worden aldus predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen, alsook beschermende factoren voor het voortijdig afbreken van een pleegzorgplaatsing geïdentificeerd op basis van empirische studies in de voorbije 15 jaar.

In hoofdstuk 2 wordt gepoogd een antwoord te formuleren op de vraag of er wetenschappelijk gevalideerde gegevens bestaan voor het ontwikkelen van een indicatiestelling voor pleegzorg. Daarbij wordt veel aandacht geschonken aan de ontwikkeling van het concept indicatiestelling en de plaats ervan binnen het besluitvormingsproces in de jeugdhulpverlening in Nederland, zowat de bakermat van het concept 'indicatiestelling'. Tevens wordt nagegaan welke andere elementen een belangrijke invloed hebben op indicatiestelling, waaronder de visie die men heeft op wat men met pleegzorg wil bereiken. Tot slot worden enkele – door overheden in andere landen uitgewerkte – modellen of instrumenten doorgelicht die hulpverleners en hulpverleners moeten helpen bij de besluitvorming tot uithuisplaatsing en desgevallend de plaatsing in een pleeggezin.

Ik ben bij de uitwerking van deze studie veel dank verschuldigd aan David De Brouwere en Kim Craeynest van IVA Jongerenwelzijn, en aan Pleegzorg Vlaanderen, in het bijzonder Chris Degheldere, voor de interessante opdracht en voor de steeds constructieve inbreng. Daarbij wil ik ook Greet Boes van Pleegzorg Vlaanderen bedanken voor het ter beschikking stellen van nuttige informatie, en An Sprangers van het Limburgse regioteam Integrale Jeugdhulp voor haar input. Veel dank is er ook voor de collega's van het Departement WVG voor de bruikbare suggesties bij lezing van dit rapport. Tot slot wil ik graag een woordje van dank richten aan collega Kathleen Verreth voor de fijne, vruchtbare samenwerking.

Ik hoop hierbij van harte dat de hier aangeleverde informatie bruikbaar zal zijn bij het ontwikkelen van een gedegen indicatiestelling voor pleegzorg in de Vlaamse jeugdhulpverlening.

Veerle Audenaert

## HOOFDSTUK 1 ONDERZOEK NAAR PREDICTOREN VOOR NIET GESLAAGDE PLEEGZORGPLAATSINGEN

### 1.1 Inleiding

In de onderzoeksliteratuur wordt herhaaldelijk vermeld dat het afbreken van pleegzorgplaatsingen, dat wil zeggen het afbreken van relaties tussen (pleeg)ouder(s) en kind(eren), een negatief effect heeft op de ontwikkeling van deze kinderen (van den Bergh & Weterings, 2007). Een voorwaarde voor een adequate ontwikkeling is de ontwikkeling van de hechtingscapaciteit<sup>1</sup>. Het kind moet zich aan een primaire verzorger kunnen hechten tijdens de eerste vijf levensjaren. Het ontbreken van een vaste verzorger in de eerste levensjaren brengt ernstige schade toe aan de hechtingsontwikkeling van het kind; onder meer de opbouw van een basisvertrouwen in de medemens of 'basic trust' wordt erdoor geschaad. De cruciale fase voor de ontwikkeling van de hechtingscapaciteit ligt tussen 0 en 36 maanden. De periode rond het derde levensjaar is een belangrijke, specifieke periode van het kind (ontdekken van de eigen persoonlijkheid, zich afzetten tegen, ...) en met name in deze periode heeft het verlies van de hechtingspersoon een zeer negatieve invloed op de vorming van de persoonlijkheid (het basisvertrouwen in de ander wordt aangetast). Rond het zesde jaar wordt de fase van de ontwikkeling van de hechting afgesloten, omdat hechting aan een volwassene niet meer nodig is voor de ontwikkeling van de basisfuncties. De periode van nul tot zes jaar is dus belangrijk voor de ontwikkeling van de hersenen. De manier waarop het kind zich in deze fase ontwikkelt vormt de basis voor zijn latere mogelijkheden. Verstoringen in de ontwikkeling van de hersenen zijn in deze periode onomkeerbaar. En voor verstoorde hechting is geen bewezen effectieve behandeling voorhanden. De beste voorwaarde voor verdere ontwikkeling is opname in een adoptie- of pleeggezin. Kinderen die voor hun eerste levensjaar worden geadopteerd, kunnen zich bijna volledig herstellen, ook met betrekking tot hechting. Daarbij geldt eveneens dat hoe jonger het kind, hoe sneller er moet worden beslist over uithuisplaatsing omdat de tijdsdimensie voor baby's en peuters anders loopt dan bij volwassenen.

Van den Bergh & Weterings (2007) stellen dan ook dat problemen die optreden na het zesde jaar steeds mede moeten geïnterpreteerd en begrepen worden vanuit de ervaringen die het kind in zijn eerste levensjaren heeft opgedaan. Ze identificeren daarbij een aantal factoren

---

<sup>1</sup> Hier wordt verwezen naar de hechtingstheorie of 'Attachment Theory' van John Bowlby. Hechting is een duurzame affectieve relatie tussen een kind en een of meer specifieke personen met wie het kind regelmatig interacteert. Het hechtingsproces wordt gezien als een van de belangrijkste ontwikkelingsopgaven voor een baby. Een veilige hechtingsrelatie is een goede basis voor het ontwikkelen van zelfvertrouwen, vertrouwen in anderen en de kwaliteit van relaties.

die de ontwikkeling van de hechtingscapaciteit verstoren. Ten eerste is er de affectieve en pedagogische verwaarlozing door (a) een gebrek aan duurzaamheid in de beschikbaarheid (praktisch en emotioneel) van de ouder waaraan het kind zich kan hechten, en/of door (b) inconsistentie en onvoldoende sensitiviteit in de manier waarop de ouder omgaat met het kind. Ten tweede is er het verlies van de hechtingspersoon door overlijden of vertrek. Ten derde kan hier voor pleegkinderen bijkomen (a) een gebrek aan duurzaamheid in beschikbaarheid van een hechtingspersoon, door het kind na een uithuisplaatsing herhaaldelijk terug- of over te plaatsen, en (b) onzekerheid over het behoud van de hechtingspersoon, waardoor bestaansonzekerheid ontstaat. Met name voor pleegkinderen is het van belang om zeer snel te beslissen over de zekerheid van de plaatsing (omdat onzekerheid hierover bij pleegkind en pleegouders een negatieve invloed heeft op de relatie tussen beide en bijgevolg de ontwikkelingskansen van het pleegkind hypothekeert).

Wanneer aan voormalige pleegkinderen zelf wordt gevraagd hoe ze terugkijken op een veelvoud aan verplaatsingen van pleeggezin naar pleeggezin (of naar residentiële voorzieningen en terug), blijkt dat deze verplaatsingen voor de meesten een sterk gevoel van verlies met zich meebrengen, elke keer opnieuw (Unrau e.a., 2008). Het gevoel van verlies situeert zich ontegensprekelijk op verschillende facetten van het 'zijn': (1) verlies van autonomie en zeggingskracht over de eigen persoonlijke doelstellingen (onder andere het niet weten wat er zal gebeuren), (2) verlies van vrienden en contacten met de school, (3) verlies van persoonlijke bezittingen (en daaraan gekoppelde herinneringen en gevoelens), (4) verlies (of scheiding) van siblings, (5) verlies van zelfwaardering ('Wat is er verkeerd met mij?') en (6) verlies van het 'normaal zijn'. Maar de soms veelvuldige verplaatsingen van pleegkinderen brengen niet alleen gevoelens van verlies met zich mee, ze laten ook emotionele littekens achter. Zich emotioneel terugtrekken van de 'nieuwe' pleegouders, en bijgevolg een verstoord hechtingspatroon ontwikkelen, is voor deze kinderen in feite een strategie om te overleven, zij het een strategie met desastreuze gevolgen. Met name voor het vertrouwen in zijn medemens en voor het opbouwen en behouden van (toekomstige) relaties, 'attachment' dus, hebben vroegere ervaringen met afgebroken pleegzorgplaatsingen een negatieve invloed (Unrau e.a., 2008). Het is bijgevolg meer dan wenselijk dat beleidsmakers, maar ook hulpverleners, pleegzorgdiensten en pleegouders zich bewust zijn van deze negatieve ontwikkelingskansen die het verplaatsen van pleegkinderen met zich meebrengen. Het is in deze bijdrage echter niet de bedoeling om na te gaan welke de, veelal negatieve, effecten zijn van de veelvuldige verplaatsingen die een deel van de pleegkinderen meemaken<sup>2</sup>, dan wel te kijken welke mogelijks predictoren zijn voor het voortijdig afbreken van pleegzorgplaatsingen en het verplaatsen van pleegkinderen.

---

2 *Er is een veelheid aan literatuur inzake pleegzorg, jeugdhulpverlening en de gevolgen voor hechting of 'Attachment' zoals John Bowlby het beschreef in de jaren '70, en/of gevolgen voor het doorlopen schoolcurriculum, voor de geestelijke gezondheid en dergelijke meer.*



## 1.2 Onderzoek naar de predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen

### 1.2.1 Een veelheid aan studies

Er zijn relatief veel studies naar het hoe en waarom van voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen, en bij uitbreiding ervan naar het aantal verplaatsingen dat pleegkinderen meemaken. Met name in de Verenigde Staten en in het Verenigd Koninkrijk wordt, net omwille van de hierboven vermeldde problematieken inzake hechting, veel aandacht besteed aan 'permanency planning' (zie ook 2.3.2.). Daarbij ligt de focus op lange termijn oplossingen voor pleegkinderen, al dan niet in pleegzorg zelf, maar bijvoorbeeld ook adoptie, en voogdijschap. Conform de wetgeving behoort het opvolgen van het aantal verplaatsingen van pleegkinderen tot één van de doelstellingen van de beleidsevaluatie in de Verenigde Staten<sup>3</sup>. Dit verklaart waarom er ginds relatief veel onderzoek gedaan werd en wordt naar voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen en/of het aantal verplaatsingen dat pleegkinderen doorlopen. Ook in het Verenigd Koninkrijk is er een rijke traditie aan vakliteratuur inzake pleegzorg, predictoren voor en meer algemeen het waarom van of de redenen voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen.

In deze bijdrage staat kwantitatief onderzoek naar predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen of het verplaatsen van pleegkinderen centraal. Dit betekent dat in deze studies, aan de hand van statistische onderzoeksmethoden, een oorzakelijk of causaal verband wordt gelegd tussen een aantal variabelen (predictoren of voorspellende factoren) en het voortijdig afbreken van een plaatsing in een pleeggezin of het verplaatsen van pleegkinderen. Het overzicht in bijlage beslaat kwantitatieve studies naar predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen of het verplaatsen van pleegkinderen van de voorbije 15 jaar. Vaak echter beperkt een onderzoek zich tot het vaststellen en beschrijven van een samenhang tussen verschillende variabelen en ontbreekt een statistisch aangetoond oorzakelijk verband. In veel aangetroffen studies worden ook andere dan kwantitatieve onderzoekstechnieken gebruikt. Daar waar wenselijk werd dit andersoortig onderzoek mee opgenomen in de tekst.

In Vlaanderen is er vooralsnog slechts één dergelijk onderzoek gekend (Vanderfaeillie e.a., 2007), door de onderzoekers zelf het eerste in zijn soort genoemd. Recentelijk werd een verkennend onderzoek naar de hulpverleningsgeschiedenis van pleegkinderen als mogelijke predictor voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen gepubliceerd (Peeters, 2010). Nederland kent een langere traditie op het vlak van onderzoek naar het verloop van pleegzorgplaatsingen (zie onder meer werk van Knorth, Strijker & Zandberg, en Robbroeckx), maar ook hier zijn de cijfers met betrekking tot voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen eerder schaars. In de komende paragrafen komen de bevindingen uit de meest recente (van de voor-

---

3 *Adoption and Safe Families Act (p. 12).*

bij 15 jaar) onderzoeken ruimschoots aan bod, daarbij wordt gekeken naar de buurlanden en andere Europese landen, maar zeker ook de Verenigde Staten, Canada en Australië waar pleegzorg een belangrijke plaats inneemt in het jeugd- en welzijnsbeleid.

### 1.2.2 Conceptuele en methodologische grenzen

Dergelijk onderzoek met elkaar vergelijken geeft grote verschillen weer tussen landen in het percentage pleegzorgplaatsingen dat voortijdig wordt afgebroken. Deze verschillen zijn deels te wijten aan de verschillende beleidscontext in de diverse landen (voor een overzicht van enkele landen zie Verreth, 2009), en zeker ook aan de verschillende definities, conceptualisering en operationalisering van wat als een voortijdig afgebroken plaatsing of 'breakdown' wordt aanzien. Vanderfaellie e.a. (2007) hanteren zo een ruime definitie, waarbij ze stellen dat alle plaatsingen die voortijdig en om een ongunstige reden werden afgebroken een breakdown worden genoemd. Een vergelijkbare definitie vinden we onder andere bij Chamberlain e.a. (2006). James (2004) citeert een definitie van Proch & Taber (1985); zij definiëren een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing als "een niet geplande verplaatsing van het pleegkind op vraag van de pleegouder". Egelund & Vitus (2009) definiëren een voortijdig afgebroken plaatsing als een niet geplande beëindiging van de plaatsing hetzij door de jongere zelf, door zijn/haar ouders, de pleegouders of de hulpverlener<sup>4</sup>. Strijker & Knorth (2007) spreken van een afgebroken plaatsing wanneer het kind uit het pleeggezin is vertrokken om andere redenen dan conform het behandelingsplan is voorzien of vanwege het bereiken van de leeftijd van achttien jaar. Nog anderen hanteren een enge definitie waarbij slechts plaatsingen die ongunstig worden beëindigd door gedragsproblemen van het pleegkind worden gezien als een voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsing (James, 2004). Grosso modo kunnen in de hierboven gepresenteerde definities twee elementen worden onderscheiden die al dan niet worden gecombineerd: (1) niet geplande (ver)plaatsingen; en (2) een verplaatsing om ongunstige redenen. Zodoende worden afgebroken plaatsingen onderscheiden van "geplande" verplaatsingen. Zo worden bijvoorbeeld pleegzorgplaatsingen die beëindigd zijn door een – vroeger dan voorziene - terugkeer naar de ouders niet altijd als een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing gezien (Strijker & Zandberg, 2001). Niettemin worden ook kortdurende, geplande of gunstigere verplaatsingen door een aantal auteurs gezien als bedreigend voor de hechtingsontwikkeling van het kind (zie 1.4.5.1.). Waar mogelijk wordt dit soort verplaatsingen van pleegkinderen, veelal ten gevolge van het lokale beleid inzake de opvang van kinderen in noodsituaties, mee opgenomen in de literatuurstudie.

---

4 Voor de leesbaarheid van de tekst wordt met hulpverlener bedoeld elke hulpverlener (maatschappelijk werker, jeugdconsulent, pleegzorgwerker, ...) die betrokken is bij de (besluitvorming tot) pleegzorgplaatsing.

De notie “voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing” is daarenboven slechts een matige indicatie voor het slagen of succesvol zijn van de plaatsing in een pleeggezin omdat ze geen rekening houdt met de kwaliteit van de plaatsing. Zo is het niet onwaarschijnlijk dat een aantal pleegkinderen voordelen ondervindt van de verplaatsing naar een ander pleeggezin, of blijven pleegkinderen ondanks een ongunstige opvoedingssituatie in het pleeggezin. Niet alleen het aantal verplaatsingen is van belang, ook de timing en het type van plaatsing kunnen een invloed hebben op het verdere verloop van de zorg (James e.a., 2004). Dit maakt echter dat de cijfers moeilijk te vergelijken zijn. Het is dus wenselijk, maar binnen het bestek van deze bijdrage niet mogelijk, om bij het evalueren van pleegzorgplaatsingen ruimer te kijken dan naar het al of niet voorkomen van een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing.

Ondanks de veelheid aan literatuur inzake de resultaten – of ‘outcomes’ – van pleegzorg, stelden een aantal auteurs eerder al vast dat de evaluatie van pleegzorgplaatsingen, en andere uithuisplaatsingen in het algemeen, een bijzonder moeilijke taak is (zie Sellick e.a., 2004 en verder) of zoals McDonald & Roberts (1995, geciteerd in Sellick e.a., 2004, p. 9) zeggen: *‘In many cases, the most important outcomes of the interventions we make are not known for many years, and it may be difficult to distinguish the effects of our interventions from maturational effects – that is, children and young people change as they grow up.’* Triseliotis e.a. (1995, geciteerd in Sellick e.a., 2004, p. 35) formuleren het als volgt: *‘The notion of outcomes when human beings are involved is never a ‘neat package’ but one with pluses and minuses. Total success or failure can only be found with a few cases at the extremes. For the rest it is mainly a picture of ‘benefits and losses’ knowing that there are still many gaps in our knowledge about the answers to some important questions’.*

Naast conceptuele grenzen vertonen de meeste van de in deze bijdrage vermeldde studies ook grenzen op methodologisch vlak (onder meer met betrekking tot beschikbare data, steekproefselectie, onderzoeksdesign, duurtijd en dergelijke). Usher e.a. (1999) menen dat vooral het oneigenlijke gebruik van cross-sectionele data om de ervaringen van pleegkinderen te vatten de overtuiging staven dat het typische plaatsingsverloop in de pleegzorg er één is van veelvuldig voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen, ook al omdat veel studies zich beperken tot een bepaalde selectie van pleegkinderen en/of eisen stellen aan de periode waarin de kinderen uit huis zijn geplaatst. Het komt er in de feiten op neer dat kinderen die gedurende geruime tijd worden opgenomen in de jeugdhulpverlening meer kans maken om in de steekproef te worden opgenomen, terwijl net deze groep kinderen wellicht meer verplaatsingen telt dan kinderen die slechts een korte periode uit huis geplaatst zijn. Volgens dezelfde auteurs is de enige wijze waarop accuraat iets kan worden gezegd over kinderen in de jeugdhulpverlening, zij het pleegzorg of andere zorgvormen, een onderzoeksmethode waarbij alle kinderen die uit huis geplaatst worden van bij het eerste contact met de jeugdhulpverlening worden getraceerd en opgevolgd doorheen de tijd; met andere woorden een longitudinaal onderzoeksperspectief is noodzakelijk. Daarbij komt dat de periode waarin pleegkinderen worden opgevolgd in bestaand longitudinaal onderzoek sterk varieert tussen

de verschillende studies. En wat er na de in de studie gespecificeerde periode gebeurt wordt niet meer opgenomen in gegevensverwerking. Dat verschillende studies een verschillende methodologie, onderzoeksdesign en onderzoeksduur hanteren, beïnvloedt eveneens de cijfers. Deze kwestie wordt door meerdere auteurs aangehaald als zijnde problematisch voor het vergelijken van cijfers (Vanderfaeillie e.a., 2007; Salnäss e.a., 2004).

Andere methodologische beperkingen situeren zich op het vlak van registratie en dataverzameling. Zo is het, in het geval van administratieve data (banken), vaak niet duidelijk of kortdurende en crisisplaatsingen als verplaatsing worden geregistreerd door de hulpverleners en worden de redenen voor verplaatsing niet of slechts summier ingevuld. Niet alle studies tellen elke verplaatsing mee en niet alle instanties registreren elke verplaatsing, althans in de Verenigde Staten (maar wellicht ook elders) (James e.a., 2004). Bijkomend kan niet met zekerheid worden gesteld dat de informatie uit de dossiers, waarin het perspectief van de hulpverlener over het hoe en waarom van de verplaatsing is opgenomen, ook een objectieve en betrouwbare weergave is van de omstandigheden die tot de verplaatsing hebben geleid (James, 2004). Met betrekking tot dit laatste is nog maar weinig gekend vanuit het perspectief van de pleegouders en de pleegkinderen. De studie van Sinclair e.a. (2005) poogt hier een licht op te laten schijnen (zie verder). En het is paradoxaal in onderzoek naar pleegzorg, maar net voor die kinderen die een problematisch pleegzorgparcours afleggen (met veel kort opeenvolgende verplaatsingen en extreme gedragsproblemen), en die het meest gebaat zijn met een duidelijk dossier, blijkt dat accurate en adequate dataverzameling het moeilijkst te realiseren is.

Niettemin is het zinvol enkele conclusies uit deze onderzoeken met betrekking tot predictoren voor voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsingen te bespreken. In dit verband is een meta-analyse van Oosterman e.a. (2007) zeer interessant omdat in deze studie verschillende, ook oudere (van het eerste in 1966 tot 2005), studies naar de predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen werden opgenomen en vergeleken. Eerst worden echter een aantal cijfers uit binnen- en buitenland gepresenteerd. Een schematisch overzicht van de studies van de laatste 15 jaar naar predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen en veelvuldige verplaatsingen met hun specifieke subonderwerp en bijhorende methodiek wordt meegegeven in bijlage.

### **1.3 Enkele recente cijfers voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen en het verplaatsen van pleegkinderen**

Vanderfaeillie e.a. (2007) vonden in een onderzoek bij 100 pleegzorgplaatsingen in Vlaanderen dat 57 van deze plaatsingen voortijdig beëindigden, vaak reeds binnen het eerste jaar. Peeters (2010) spreekt op basis van haar verkennend onderzoek bij 146 pleegzorgplaatsingen over een voortijdige beëindiging van 1/3 van alle pleegzorgplaatsingen, en 1/2 wanneer crisisopvang

buiten beschouwing gelaten wordt. Gezien de wijze van steekproeftrekking<sup>5</sup> in beide onderzoeken is het niet aangewezen om dit cijfer te veralgemenen naar de Vlaamse pleegzorg. Andere cijfers voor Vlaanderen zijn niet voorhanden. Strijker en Zandberg (2005) menen dat in Nederland weinig cijfers bestaan over het aantal verplaatsingen dat pleegkinderen meemaken, wel is er enig onderzoek naar het aantal voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen. Op basis van literatuurgegevens over de periode 1982-2000 zou Nederland een gemiddeld breakdownpercentage kennen van 29 à 31% voor langdurige pleegzorgplaatsingen (Strijker e.a., 2002). Een beperkte studie (Strijker & Zandberg, 2004) legt het percentage pleegkinderen dat een voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsing ervaart op 45%. In een recentere studie naar de verplaatsingsgeschiedenis van pleegkinderen menen Strijker en Knorth (2007) dat 55% van de kinderen minstens één verplaatsing van pleeggezin heeft meegemaakt; 22% van de kinderen heeft één verplaatsing meegemaakt; 33% twee of meer. 45% heeft voor de start van de studie nog geen verplaatsingen meegemaakt; voor hen is het huidige pleeggezin ook het eerste pleeggezin.

Het percentage kinderen dat een voortijdig afgebroken plaatsing in de langdurige reguliere pleegzorg ervaart (met uitzondering van specifieke pleegzorgvormen zoals therapeutische pleegzorg en dergelijke) ligt in andere Europese landen iets lager, namelijk tussen 25 en 40% (Farmer & Moyers, 2008, Verenigd Koninkrijk: 35%; Moffat & Thoburn, 2001, Verenigd Koninkrijk: 28%; Salnäss, 2004, Zweedse tieners: tussen 31 en 40%). Kalland & Sinkkonen (2001, Finland) rapporteren een eerder uitzonderlijk laag cijfer van 11% kinderen die een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing ervaren. Enkele studies uit de Verenigde Staten scoren zeer gevarieerde breakdowncijfers voor langdurige reguliere pleegzorg (Smith e.a., 2001, 26%; Leathers, 2005, 56%). Cijfers naar het aantal meegemaakte verplaatsingen zijn er, zoals eerder gesteld, dan weer wel veelvuldig, maar zijn net zoals cijfers inzake voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen moeilijk te vergelijken.

Een tijdsduur of tijdstip aangeven voor het grootste risico op een voortijdig afbreken van de pleegzorgplaatsing is niet eenvoudig. Verschillende onderzoeken geven verschillende termijnen aan. Wellicht is de variatie van duurtijd van de onderzoeken zelf hier een compromitterende factor (zie bijlage). Het risico op voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing is het hoogst in de eerste twee jaar (Strijker & Zandberg, 2004). Wulczyn e.a. (2003) concluderen uit hun onderzoek dat het voortijdig verbreken van de pleegzorgplaatsing het vaakst plaatsvindt in de eerste zes maanden. Deze bevindingen werden gestaafd door studies omtrent therapeutische pleegzorgvormen ('Treatment Foster Care') (Smith, 2001) en netwerkpleegzorg (Terling-Watt, 2001).

---

5 Hoewel het een aselechte steekproef betreft werd in beide studies gebruik gemaakt van de gegevens van begeleidingsdossiers van één pleegzorgdienst (evenwel met afdelingen verspreid over heel Vlaanderen).

## 1.4 Onderzoek naar de predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen

Volgens Vanderfaeillie e.a. (2007) rapporteren pleegzorgdiensten dat gedragsproblemen bij het pleegkind, conflicten tussen pleegouders en ouders en een terugkeer naar de ouders tegen het advies van de diensten in de voornaamste redenen zijn voor het afbreken van een plaatsing in een pleeggezin. Uit de cijfers blijkt echter dat van alle variabelen slechts de leeftijd van het pleegkind, het type pleeggezin, probleemgedrag van het pleegkind en de reden van de plaatsing predictoren zijn voor een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing. Van deze door Vanderfaeillie e.a. (2007) vier geïdentificeerde variabelen voorspellen de leeftijd van het kind en de ernst van het probleemgedrag het best de kans op een voortijdig beëindigde plaatsing. Internationaal gezien zijn er wel meerdere onderzoeken naar het hoe en waarom van voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsingen die eveneens deze factoren benadrukken als zijnde belangrijke predictoren voor een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing (zie bijlage). Hierna volgt een overzicht van onderzoeksresultaten met betrekking tot (1.4.1) kindkenmerken zoals leeftijd, geslacht, gedragsproblemen, voorgeschiedenis, etnische achtergrond en dergelijke; (1.4.2) pleegouderkenmerken zoals competenties en opvoedingsklimaat, professionele begeleiding, gezinssamenstelling en dergelijke; (1.4.3) de relatie tussen pleegouders en pleegkind (of 'matching'), (1.4.4) de relatie tussen ouders en kind; (1.4.5) de hulpverlening (zoals hulpverleningsgeschiedenis, ondersteuning door hulpverleners; en enkele specifieke vormen van pleegzorg zoals (1.4.5) therapeutische pleegzorg; (1.4.6) netwerkpleegzorg en (1.4.7) het plaatsen van siblings.

### 1.4.1 Kindkenmerken

#### 1.4.1.1 Leeftijd

Volgens Strijker & Zandberg (2004)<sup>6</sup> neemt, met het ouder worden van een pleegkind, de kans op een voortijdig afgebroken plaatsing toe met bijna 10% (per leeftijdsjaar). Bij de eerste studies naar de predictoren voor het voortijdig beëindigen van pleegzorgplaatsingen in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten werd dit verband tussen leeftijd en een verhoogd risico op een voortijdige beëindiging van de pleegzorgplaatsing reeds vastgesteld (Fratter e.a., 1991, Rowe e.a., 1989; Berridge & Cleaver, 1987; Parker, 1966; Trasler, 1960). Oosterman e.a. (2007) konden in hun meta-analyse van 26 studies (waarbij niet minder dan 20.650 kinderen betrokken zijn) deze conclusie alleen maar bevestigen. Andere recentere buitenlandse onderzoeken vonden eveneens dat kinderen die bij aanvang van de plaatsing ouder zijn een betekenisvol grotere kans hebben op een voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsing (Barth e.a., 2007; Connell e.a., 2006; James, 2004; Wulczyn e.a., 2003; Kalland & Sinkkonen, 2001; Moffat

---

6 Dit werd bevestigd in Strijker & Knorth, 2007 en Strijker & Zandberg, 2001.

& Thoburn, 2001; Barber e.a., 2001; Smith e.a., 2001; Ward & Skuse, 2001; James e.a., 2004 en Iglehart, 1994)<sup>7</sup>. Volgens Strijker en Zandberg (2001) en Moffat en Thoburn (2001) is de kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing het grootst rond de leeftijd van tien jaar, daarna neemt de kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing weer af. Maar de leeftijdsfactor geldt evenzeer op zeer jonge leeftijd. Webster e.a. (2000) vonden dat kleuters betekenisvol meer verplaatsingen ervoeren dan baby's, en dat dit effect sterker was voor plaatsingen in de bestandspleegzorg. Farmer & Moyers (2008) menen dat het leeftijdseffect zeker ook geldt voor het voortijdig beëindigen van netwerkplaatsingen. De leeftijdsfactor geldt wellicht voor uithuisplaatsingen in het algemeen. Salnäss e.a. (2004) komen in een studie van een representatief staal van Zweedse tieners die een uithuisplaatsing meemaken immers tot de vaststelling dat vijf jaar na de plaatsing, niet minder dan 30 tot 37% van de plaatsingen voortijdig werd afgebroken (naargelang men een strikte dan wel ruime definitie hanteert van voortijdig afgebroken plaatsingen).

#### 1.4.1.2 Geslacht

De relatie van het geslacht van het pleegkind met een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing is minder duidelijk aldus Vanderfaillie e.a. (2007). Zelf vond men in Vlaanderen alvast geen geslachtsverschillen. Terwijl sommigen menen dat jongens meer kans hebben op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing (Webster, e.a., 2000; Moffat & Thoburn, 2001, met betrekking tot kinderen uit etnische minderheden; Palmer, 1996), vinden anderen net het omgekeerde (Barth e.a., 2007; Salnäss e.a., 2004; Webster e.a., 2000) of geen geslachtsverschillen (Farmer & Moyers, 2007; Connell e.a., 2006; Chamberlain e.a., 2006, James, 2004, Wulczyn, e.a., 2003).

Een studie met betrekking tot therapeutische pleegzorg (zie 1.4.5.3.) maakt melding van een interactie-effect tussen de leeftijd en het geslacht van het pleegkind waarbij oudere meisjes een hoger risico lopen op een voortijdige beëindiging van de plaatsing dan jongere kinderen (zowel jongens als meisjes), maar ook een hoger risico lopen dan oudere jongens (Smith e.a., 2001). Salnäss e.a. (2004) menen dat, althans in Zweden, zowel jongere jongens als oudere meisjes een groter risico lopen op voortijdig afgebroken plaatsing.

#### 1.4.1.3 Gedragsproblemen

Naast de leeftijd van het pleegkind rapporteren Vanderfaillie e.a. (2007) gedragsproblemen als tweede predictor voor het voortijdig beëindigen van een plaatsing in een pleeggezin. Dit wordt bevestigd in de Nederlandse studie van Strijker en Knorth (2007). De relatie tussen gedragsproblemen en het voortijdig afbreken van een pleegzorgplaatsing werd in de meta-analyse van Oosterman e.a. (2007) uitvoerig opgenomen en gedragsproblemen bleken ook

---

7 Een uitzondering hierop is Palmer, 1996.



na toetsing een robuuste, betekenisvolle predictor te zijn (onder andere Farmer & Moyers, 2008; Barth e.a., 2007; Chamberlain e.a., 2006; James, 2004; Fratter e.a., 1991; Rowe e.a., 1989; Cooper e.a., 1987; Parker, 1966). In de studie van Barth e.a. (2007) ervaren 18% van alle kinderen vier of meer verplaatsingen en kinderen met emotionele en gedragsstoornissen hebben 2,5 keer meer kans om vier of meer verplaatsingen te ervaren. Chamberlain e.a. (2006) rapporteren dat kinderen met gedragsproblemen<sup>8</sup> tot 17% meer kans maken op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing in de therapeutische pleegzorg met elk bijkomend item waarvoor problemen werden gerapporteerd. Westermarck e.a. (2008) concluderen uit literatuuronderzoek dat gedragsproblemen en het voortijdig beëindigen van de plaatsing sterk samenhangen, al menen zij dat niet duidelijk is welk causaal verband daar achter schuilt. Het is wellicht zo dat gedragsproblemen zowel oorzaak als gevolg kunnen zijn van voortijdig beëindigen van de plaatsing (Newton e.a., 2000). Voor James (2004) is een verplaatsing omwille van gedragsproblemen van het pleegkind alvast een sterke indicatie voor de nood aan een intensievere en doelgerichte hulpverleningsvorm. Niet in het minst omdat voor een groot deel van de pleegkinderen die een verplaatsing omwille van gedragsproblemen meemaken deze verplaatsing zich kort na de initiële uithuisplaatsing voordoet.

In een aantal studies werden niet alleen geëxternaliseerde gedragsproblemen opgenomen. Ook geïnternaliseerde gedragsproblemen zoals depressie (Bart e.a., 2007) worden gelinkt aan het voortijdig afbreken van de plaatsing in een pleeggezin (Barber e.a., 2001; Newton e.a., 2000; Pardeck, 1984) al spreekt James (2004) dit dan weer tegen op basis van haar studie.

Interactie-effecten tussen leeftijd en gedragsproblemen en tussen geslacht en gedragsproblemen voor een verhoogd risico op een voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsing lijken er wel te zijn. Zo lopen oudere kinderen met gedragsproblemen bij de start van de plaatsing meer risico op een voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsing (Chamberlain e.a., 2006). Ook andere onderzoeken wezen reeds op de combinatie leeftijd en probleemgedrag van het pleegkind als zijnde sterk gerelateerd aan een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing of voortijdige beëindiging van de pleegzorgplaatsing (Strijker & Zandberg, 2004, 2001; James, 2004; James e.a., 2004; Barber & Delfabbro, 2003; Moffat & Thoburn, 2001; Ward & Skuse, 2001 (inclusief zelfvernietigend gedrag); Barber e.a., 2001; Palmer, 1996; Scholte, 1995). In een Zweedse studie lopen tieners die antisociaal gedrag vertonen (criminele of gewelddadige handelingen, alcohol en/of drugsgebruik) voorafgaand aan de uithuisplaatsing betekenisvol meer risico op een voortijdig afgebroken plaatsing in alle soorten van 'out of home' hulpverlening (Salnäs e.a., 2004). Of oudere kinderen intrinsiek ernstiger probleemgedrag vertonen is niet duidelijk uit deze bevindingen. Vanderfaeillie e.a. zeggen van niet. Vanderfaeillie e.a. (2007) stellen ook de vraag of een interactie-effect tussen geslacht en probleemgedrag niet aan de basis ligt van de uiteenlopende vaststellingen in 1.4.1.2.

---

8 Zoals door de pleegouders dagelijks telefonisch gerapporteerd aan de hand van het 'Parent Daily Report' waarin 30 items met betrekking tot het gedrag van het pleegkind zijn opgenomen.



Uit hun onderzoek besluiten Vanderfaeillie e.a. (2007) alvast dat pleegzorg niet aangewezen is voor adolescenten met (ernstige) gedragsproblemen. James (2004), en ook Barber e.a. (2001) bevestigen dit. Ze stellen dat deze adolescenten een hoog risico lopen op de zogenaamde 'foster care drift'. Ze worden met andere woorden van het ene pleeggezin naar het andere verplaatst zonder uitzicht te hebben op een terugkeer naar het eigen gezin of het zich kunnen settelen in een pleeggezin. Een betere kijk op probleemgedrag bij de aanvang van de plaatsing moet een betere matching of de keuze voor een andere hulpverleningsvorm mogelijk maken (Vanderfaeillie e.a., 2007).

#### 1.4.1.5 Voorgeschiedenis

Uit een overzicht van de literatuur concluderen Vanderfaeillie e.a. (2007) dat de relatie tussen een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing en de voorgeschiedenis van het kind in het gezin weinig duidelijk is. Wellicht omdat zoals Oosterman e.a. (2007) suggereren dat gedragsproblemen een sterkere predictor zijn voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen dan eender welke voorgeschiedenis van het kind op zich. Sommigen vinden dus geen verband tussen de aard van de voorgeschiedenis en de kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing (Vanderfaeillie e.a., 2007 (m.b.t. mishandeling); Kalland & Sinkkonen, 2001), anderen wel (Farmer & Moyers, 2008; Barth e.a., 2007 (m.b.t. psychologisch trauma); James, 2004 (m.b.t. emotionele verwaarlozing); Moffat & Thoburn, 2001 (m.b.t. verwaarlozing en mishandeling bij kinderen met een etnische achtergrond)). Anderen vonden ook dat kinderen die vanwege verwaarlozing werden geplaatst meer stabiliteit in de plaatsing kenden dan kinderen geplaatst omwille van fysieke mishandeling en seksueel misbruik. Of anders gezegd, kinderen met een verleden van fysiek, seksueel of emotioneel misbruik lopen meer kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing dan verwaarloosde kinderen (Connell, e.a., 2006; Vanderfaeillie e.a., 2007, James, 2004, Barber e.a., 2001, Webster e.a., 2000). Een mogelijke verklaring ligt in het feit dat verwaarloosde kinderen vaak op jongere leeftijd en met weinig gedragsproblemen in de pleegzorg terechtkomen (Oosterman e.a., 2007, Barber e.a., 2001). Salnäss e.a. vinden dat fysieke mishandeling en seksueel misbruik alvast bij tieners negatief gerelateerd is met voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen. Bij tieners komen plaatsingen omwille van problematische opvoedingssituaties zoals weggelopen tieners en tieners met antisociaal gedrag (waarbij geen sprake is van mishandeling of verwaarlozing) het snelst tot een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing (Salnäss e.a., 2004<sup>9</sup>).

Farmer & Moyers (2008) noteren wel een verschil in de voorgeschiedenis van het kind en de uitkomst van pleegzorgplaatsingen, naargelang het een netwerkplaatsing of een bestandsplaatsing betrof. Zij stellen dat netwerkpleeggezinnen vaker dan bestandspleeggezinnen blijvend zorgen voor kinderen met een zeer belastende voorgeschiedenis (zie 1.4.5.4).

<sup>9</sup> Deze categorie van plaatsingsredenen omvatte in deze studie onder andere ook het plegen van criminele feiten, weggelopen van huis en dergelijke (vaak ook genoemd onder de noemer van gedragsproblemen – zie eerder).

Naast de ernst is de duur van de periode waarin de problemen zich voordeden een aspect van de voorgeschiedenis van het kind dat weinig belicht wordt. Een studie waarin deze dimensie wel werd opgenomen is een veel oudere studie van Stone & Stone (1983) waaruit blijkt dat kinderen die gedurende langere tijd gezinsproblemen ervaren minder succesvolle pleegzorgplaatsingen kennen.

#### 1.4.1.6 Etnische achtergrond

De etnische achtergrond van het kind blijkt doorgaans niet (Farmer & Moyers, 2008; Vanderfaeillie e.a., 2007; Chamberlain e.a., 2006; Connell e.a., 2006; James, 2004; Salnäss e.a., 2004; Wulczyn, e.a., 2003) gerelateerd te zijn aan een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing. Een uitzondering is de studie van Webster e.a. (2000) waarin kinderen van Afro-Amerikaanse origine minder verplaatsingen meemaken dan andere kinderen. Een analyse van Moffat & Thoburn (2001) van een substeekproef van pleegkinderen met een origine van etnische minderheden geeft aan dat voor deze kinderen gelijkaardige predictoren gelden voor het voorkomen van voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen, zijnde leeftijd, gedragsproblemen, contact met ouders. Op zich lijkt de etnische origine van het pleeggezin geen bepalende rol te spelen voor het slagen van de pleegzorgplaatsing, maar wanneer men het geslacht van deze kinderen in ogenschouw neemt wel: zo lopen meisjes uit etnische minderheden meer kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing wanneer ze geplaatst worden in een blank gezin, terwijl voor jongens het omgekeerde geldt. Zij lopen meer kans op een afgebroken pleegzorgplaatsing in een pleeggezin uit etnische minderheden.

#### 1.4.1.7 Andere

De weinige studies die iets zeggen over de stabiliteit van pleegzorgplaatsingen voor kinderen met een (mentale) handicap, geestelijke gezondheidsproblemen of ontwikkelingsstoornissen lijken aan te geven dat er geen betekenisvol verband tussen beide kan worden gelegd (Oosterman e.a., 2007, Connell, e.a., 2006; Salnäss e.a., 2004; Kalland & Sinkkonen, 2001). Alleen Barber e.a. (2001) geven aan dat pleegkinderen met geestelijke gezondheidsproblemen meer verplaatsingen ervaren dan kinderen die geen geestelijke gezondheidsproblemen hebben. En de resultaten van de studie van Connell e.a. (2006) wijzen er op dat pleegkinderen met geestelijke gezondheidsproblemen beter thuishoren in groepsopvang.

### 1.4.2 Pleegouderkenmerken

#### 1.4.2.1 Competenties van pleegouders en het opvoedingsklimaat

Pleegouderkenmerken worden volgens Vanderfaeillie e.a. (2007) minder systematisch onderzocht (zie bijlage). In een oudere studie worden de competenties van de pleegouders en het niet tolereren van onaangepast gedrag van het pleegkind aangeduid als betekenisvolle

predictoren (Walsh & Walsh, 1990). Ook de motivatie van pleegouders speelt een belangrijke rol, maar de weinige studies die dit verband aantonen zijn eveneens oud (onder andere Stone & Stone, 1983). Farmer & Moyers (2008) menen dat de grotere betrokkenheid van de pleegouders bij netwerkpleegzorg een beschermende factor is voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen, en dat pleeggezinnen waar pleegouders geen controle hebben over het gedrag van hun pleegkind (of het nu netwerkpleegzorg betreft of niet) meer risico lopen op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing. Pleegouders die het pleegkind volledig willen bezitten, een autoritaire opvoedingsstijl hebben of menen dat de ontwikkeling van een pleegkind in grote mate wordt bepaald door erfelijke factoren, lopen eveneens een grotere kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing (Kalland & Sinkkonen, 2001, Van Holen, 1999, Scholte, 1995). Strijker & Zandberg (2001) vermeldden eveneens het verband tussen opvoedingsklimaat en lagere cijfers voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen, met name in gezinnen (1) waar de gezinsleden elkaar controleren op hun doen en laten; (2) waar het gezin goed georganiseerd is in de uitvoering van de dagelijkse taken; (3) waar de gezinsrelaties hecht zijn en (4) waar ruimte is voor de uitdrukking van zowel positieve als negatieve gevoelens. Andere studies spreken van pleeggezinnen met goede familiale banden (Kalland & Sinkkonen, 2001; Walsh & Walsh, 1990) en een warme, positieve relatie tussen pleegouders en pleegkinderen waarin het kind centraal staat (Sinclair & Wilson, 2003; Walsh & Walsh, 1990). Oosterman e.a. (2007) menen dat hier nog een belangrijke piste ligt voor toekomstig onderzoek naar de stabiliteit van pleegzorgplaatsingen. Het zou kunnen dat de kwaliteit van de zorgrelatie bepaalt of het aanwezig zijn van andere risicofactoren zal resulteren in een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing.

Onderzoek naar de hechtingsontwikkeling van pleegkinderen van Dozier e.a. (2001) concentreert zich op de sensitiviteit en het koesterende vermogen van pleegouders als beschermende factoren voor een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing. Als gevolg van de scheiding van de ouders reageren pleegkinderen vaak alsof ze geen pleegouders nodig hebben. Sommige pleegouders reageren hier op door zich terug te trekken, andere pleegouders reageren door nog meer te expliciteren hoezeer het kind welkom is in tijden van nood en stress, hetgeen geassocieerd wordt met een goede, zekere hechting (Stovall & Dozier, 2000). Dozier e.a. (2001) komen verder tot de vaststelling dat kleine kinderen (tot anderhalf jaar) geplaatst in een pleeggezin met sensitieve en koesterende pleegmoeders geneigd zijn om een goede hechtingsrelatie op te bouwen met de pleegmoeder. Dozier e.a. suggereren hiermee dat de hechtingsontwikkeling van kinderen geheel of gedeeltelijk samenhangt met de zorg die ze krijgen. De hechtingsontwikkeling van het pleegkind lijkt hoe langer hoe meer een belangrijke indicatie te bevatten voor het risico op voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsingen (zie ook Van den Bergh & Weterings, 2007). In een ouder onderzoek werd reeds aangetoond dat kinderen met een normaal hechtingsgedrag meer stabielere pleegzorgplaatsingen zouden ervaren (Stone & Stone, 1983), terwijl kinderen met verstoord hechtingsgedrag in voorgaande plaatsingen, meer risico lopen op een voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsing (Walsh & Wash, 1990).

#### 1.4.2.2 Opleiding voor pleegouders

Pleegouders die opgeleid en begeleid worden lopen minder risico af te stevenen op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing, zo blijkt althans uit een Fins onderzoek (Kalland & Sinkkonen, 2001). Uit een onderzoek in de VS blijkt dat een intensieve opleiding van pleegouders op zich niet zozeer resulteert in minder voortijdig afgebroken plaatsingen, dan wel dat het het negatieve effect van voorgaande plaatsingen op voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen teniet doet (Price e.a., 2008). Maar ook pleegkinderen die professionele begeleiding krijgen lopen minder kans op een voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsing (Kalland & Sinkkonen, 2001). In dit verband is het ook zinvol om te kijken naar een specifieke vorm van pleegzorg die meer en meer ingang vindt en waarbij pleegouders intensief worden opgeleid en begeleid: Multidimensional Treatment Foster Care Model (zie verder onder 1.5.3.2.).

#### 1.4.2.3 Gezinsamenstelling

Kalland en Sinkkonen (2001) stellen dat infertiele pleegouders een beschermende factor zijn voor het voorkomen van voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen. Ze menen daarbij ook dat de kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing hoger is wanneer een pleegkind geplaatst wordt bij een pleeggezin dat al eigen kinderen heeft, dan bij een pleeggezin dat geen eigen kinderen heeft, met name wanneer deze kinderen zich niet gesteund voelen (voor een kort overzicht van de literatuur zie Brown & Rednar, 2006). Minty (1999) specificeert deze problematiek door te stellen dat een plaatsing van een pleegkind in een pleeggezin met andere kinderen jonger dan vijf jaar, of kinderen die even oud zijn als het pleegkind, problematisch is en hij baseert zich hiervoor op oudere studies van Parker (1966) en Berridge & Cleaver (1987). Eén studie belichtte of de pariteit (rangorde van de kinderen naar leeftijd) in het pleeggezin werd gerespecteerd en resultaten wezen uit dat wanneer het pleegkind als het ware 'tussen' de andere kinderen in het pleeggezin wordt geplaatst, er een grotere kans is op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing (Strijker & Zandberg, 2001). De achterliggende logica is dat pleegkinderen veelal onvoldoende aandacht hebben gekregen en dat dergelijke plaatsingen gedoemd zijn om onzekerheid, jaloezie en vijandigheid met zich mee te brengen binnen het gezin. Nochtans kunnen noch Chamberlain e.a. (2006), noch Strijker en Zandberg (2001) deze conclusie staven vanuit hun studie, en andere recentere studies belichten deze factoren niet. Strijker en Zandberg menen trouwens dat noch de leeftijd van de pleegouders, noch het leeftijdsverschil tussen het jongste kind en het pleegkind gerelateerd zijn aan voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen.

#### 1.4.2.4 Perspectief van pleegouders

Hier moet worden gezegd dat het perspectief van pleegouders zelf op de factoren die een succesvolle plaatsing in een pleeggezin bevorderen dan wel remmen, eveneens zeer weinig belicht wordt in onderzoek (Buehler e.a., 2003). Met name de persoonlijke, ouderlijke en

familiale sterkten en zwakten worden sterk onderbelicht, alsook de capaciteiten en mogelijke tekortkomingen van pleegouders. Een kwalitatieve studie van Buehler e.a. (2003) poogt hieraan tegemoet te komen door aan 22 pleegouders een reeks van open vragen te stellen naar onder meer of en waarom pleegzorg de moeite waard is, de belasting die pleegzorg met zich meebrengt, de opvattingen van pleegouders en de steun van de naaste familie die pleegzorg gemakkelijker maken en/of bemoeilijken. Onder de frequent genoemde factoren die een succesvolle pleegzorgplaatsing bevorderen waren geloof en steun van de kerk, een diepe betrokkenheid bij het welzijn van kinderen, tolerantie, een sterke huwelijksband en een goed georganiseerd en gestructureerd gezinsleven dat tegelijk flexibel is in het omgaan met kinderen met emotionele en/of gedragsmoeilijkheden. Elementen die volgens pleegouders een succesvolle pleegzorgplaatsing verhinderen zijn niet kindgerichte motivatie voor pleegzorg, de aanwezigheid van andere factoren die tijd en energie vergen (onder andere de zorg voor ouderen, een baan buitenshuis en dergelijke), pleegouders die te zeer gehecht zijn aan het (misschien vertrekende) pleegkind en het niet flexibel kunnen zijn. Opmerkelijk is dat het veiligheidsaspect hier niet wordt genoemd. In een onderzoek van Gilbertson & Barber (2003), waarin pleegouders in interviews wordt gevraagd naar de redenen voor het afbreken van de plaatsing, komt het veiligheidsaspect sterk op de voorgrond te staan. Met andere woorden het pleegkind vertoont gedrag dat de veiligheid van de andere gezinsleden in gevaar brengt, gaande van fysiek en seksueel geweld tot brandstichting. Brown & Rednar (2006) vroegen op hun beurt aan 63 pleegouders wat hen ertoe zou brengen om de pleegzorgplaatsing te beëindigen? De antwoorden konden worden ondergebracht in negen thema's waaronder (1) wanneer het gezin in gevaar gebracht wordt. Men overweegt tevens om de plaatsing te beëindigen (2) wanneer het pleegkind zich niet kan aanpassen aan het nieuwe gezin of (3) wanneer men het gedrag van het pleegkind niet aankan. Maar ook (4) complexe (gezondheids)problemen van het kind; (5) problemen met de pleegzorgdienst en het gebrek aan ondersteuning, en (6) het ondernemen van verschillende weinig succesvolle pogingen om de plaatsing te doen slagen werden genoemd als redenen voor het beëindigen van de pleegzorgplaatsing. Met betrekking tot de pleegouders zelf zijn (7) het veranderen van de eigen persoonlijke situatie, (8) het verslechteren van de eigen gezondheid en (9) het gebrek aan steun van buitenaf genoemd als redenen voor het beëindigen van de plaatsing.

### 1.4.3 Relatie tussen pleegouders en pleegkind of 'matching'

Volgens Doelling & Johnson (1990) heeft net de interactie tussen pleegouderkenmerken en pleegkindkenmerken meer voorspellingskracht voor het voortijdig beëindigen van de plaatsing (of juist niet), dan elk van beide factoren op zichzelf. Het 'matchen' van pleegkindkenmerken en pleegouderkenmerken is een beschermende factor voor voortijdig afbreken van de pleegzorgplaatsing (Green e.a., 1996, Dore & Eisner, 1993). Matchen kan op verschillende gronden. Enkele studies belichten het temperament, de interactie tussen pleegouders en pleegkind, de wensen en mogelijkheden van het kind (o.a. hechtingsontwikkeling). Zo melden Green e.a. dat voor 'gematchte' pleeggezinnen, waarbij pleegkinderen op basis van tempe-

rament worden 'gematcht' met pleegouders, bijvoorbeeld gemakkelijk in de omgang, betere resultaten worden geboekt. Sinclair e.a. (2005) argumenteren dat de interactie tussen pleegouders en pleegkinderen van wezenlijk belang is en blijft voor het verdere verloop van de plaatsing. Ze presenteren een aantal case studies als illustratie van de idee dat doorheen de plaatsing omstandigheden kunnen wijzigen en kunnen leiden tot een negatieve spiraal in de interactie tussen pleegouders en pleegkind, hetgeen op zijn beurt kan leiden tot het voortijdig afbreken van een plaatsing. In een grote kwalitatieve studie bij uithuisgeplaatste kinderen in het Verenigd Koninkrijk zien ze dat de beste kans op een stabiele, positieve match tussen kind en pleeggezin zich maar voordoet wanneer er belang wordt gehecht aan de wensen en mogelijkheden (onder andere met betrekking tot hechting) van het kind.

#### **1.4.4 Relatie tussen ouders en kind**

De relatie tussen ouders en kind tijdens de pleegzorgplaatsing wordt weinig belicht in onderzoek. Een factor die in verschillende onderzoeken wel mee werd opgenomen zijn de contacten tussen de ouders enerzijds en het (pleeg)kind en de pleegouders anderzijds. Contacten tussen ouders en kinderen zouden bijdragen aan de hechtingsontwikkeling van het kind, maar betrouwbaar onderzoek is schaars (McWey, 2000). Tegenstrijdige resultaten werden gevonden voor de frequentie van contacten tussen ouders en hun kinderen, wellicht omdat – zoals Van den Bergh & Weterings (2007) zeggen - oudercontacten een verschillende betekenis hebben naargelang de soort pleegzorgplaatsing. Zo hebben oudercontacten alvast een negatieve invloed op het kind als niet duidelijk is dat het kind in het pleeggezin kan blijven. Oudercontacten hebben echter ook een negatief effect op het kind wanneer ze in het licht staan van een terugplaatsing en het kind goed gedijt in het pleeggezin. Sommigen vinden dat veelvuldige contacten tussen pleegouders en ouders en een grotere nabijheid van de ouders de kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing verhoogt (Salnäss e.a., 2004; Scholte, 1995). Dit werd bevestigd in de studie van Walsh & Walsh (1990), maar alleen voor contacten met de vader. De wijze waarop deze contacten plaatsvinden en de betekenis die er aan gehecht wordt lijkt meer verklaring te kunnen bieden dan loutere contactfrequentie alleen. Zo blijkt dat contacten tussen pleegkind en ouders moeilijker zijn wanneer het een netwerkpleeggezin betreft (zie 1.4.5.4), en onderzoek wees ook uit dat wanneer deze contacten gesuperviseerd worden, hetzij door de bevoegde hulpverlener, hetzij door de pleegouder zelf, deze contacten een gunstigere invloed hebben op het verloop van de pleegzorgplaatsing (Farmer & Moyers, 2008).

#### **1.4.5 De hulpverlening**

In dit deel worden een aantal elementen opgenomen met betrekking tot de verkregen hulpverlening of de gecreëerde hulpverleningscontext die regelmatig worden belicht in studies naar pleegzorg zoals de hulpverleningsgeschiedenis, de ondersteuning door hulpverleners en

enkele specifieke kenmerken van pleegzorg(vormen) zoals therapeutische pleegzorg, netwerkpleegzorg en het plaatsen met siblings.

#### 1.4.5.1 Hulpverleningsgeschiedenis

Een aantal facetten van de hulpverleningsgeschiedenis van pleegkinderen worden wel regelmatig opgenomen in onderzoek naar voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen en het verplaatsen van pleegkinderen zoals het verplaatsen van pleegkinderen conform het behandelingsplan en de verplaatsingsgeschiedenis.

In de inleiding werd gesteld dat het verplaatsen van pleegkinderen negatieve gevolgen heeft voor de ontwikkeling van de hechtingscapaciteit. Het gebeurt echter frequent dat pleegkinderen worden verplaatst omwille van het hulpverleningsplan of conform de opvangprocedure, vaak in de eerste weken en maanden na de uithuisplaatsing en in afwachting van een oplossing op langere termijn; volgens Connell e.a. (2006) in de VS na gemiddeld een kleine vier maanden. 94% van de pleegkinderen in San Diego (Verenigde Staten) ervaart er minimum één verplaatsing omwille van de lokale opvangprocedure en wijzigende hulpverleningsplannen. Gemiddeld ervaart een pleegkind twee van dergelijke "systeem"verplaatsingen. James (2004) presenteert, op basis van een studie met gegevens over pleegkinderen uit 1991, een hele waaier aan redenen/motieven voor het verplaatsen van pleegkinderen. Van de verplaatsingen gebeuren:

- 70% omwille van de lokale opvangprocedure en wijzigende hulpverleningsplannen (gaande van een wijziging in de gewenste pleegzorgvorm, tot een verplaatsing omwille van gedragsproblemen van een sibling);
- 8% omwille van factoren gerelateerd aan het pleeggezin (gaande van het overlijden of verhuizen van de pleegouder(s) tot misbruik of verwaarlozing van de pleegkinderen door de pleegouders en dergelijke) - 19% van de pleegkinderen ervaart een dergelijke verplaatsing;
- 2% omwille van problemen met het gezin van herkomst - 5% van de pleegkinderen werd omwille van deze redenen verplaatst; en
- 20% omwille van gedragsproblemen van het pleegkind - 24% van de pleegkinderen ervaart een dergelijke verplaatsing.

Hiermee wordt aangetoond dat althans in San Diego in de jaren '90, het merendeel van de verplaatsingen van pleegkinderen gebeurt op initiatief van de sociale diensten zelf en omwille van het toenmalige beleid waarbij pleegkinderen van een centraal opvangtehuis eerst worden geplaatst in een crisiseenheid, en vervolgens in een - zoals initieel vooropgesteld - pleeggezin. James beargumenteert hierbij evenwel dat, hoewel het veelvuldig gebruik van korte termijn pleegzorgvormen wellicht wel bijbrengt aan een meer efficiënt in kaart brengen van de noden van het pleegkind, dit bijkomende verplaatsingen met zich meebrengt in de



hulpverleningsgeschiedenis van het kind. De analyse van James wijst echter uit dat een hoog aantal verplaatsingen omwille van een wijziging in de hulpverleningsplannen niet noodzakelijkerwijze een groter risico op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing omwille van gedragsproblemen met zich meebrengt. Oosterman e.a. (2007) bevestigen deze conclusie door te stellen dat, hoewel een verplaatsing op zich niet bevorderlijk is voor de hechtingsontwikkeling van het kind, dergelijke verplaatsingen net gebeuren met het oog op het welzijn van het kind. Bovenstaande stelling wordt bevestigd in een viertal studies die stellen dat het aantal voorgaande verplaatsingen op zich geen betekenisvolle predictor is voor een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing (Peeters, 2010; Vanderfaeillie e.a., 2007; Moffat & Thoburn, 2001; Salnäss e.a., 2004, spreken zelfs van een voorgaande voortijdig afgebroken plaatsing). Zo verschillen oudere kinderen die rechtstreeks vanuit het biologisch gezin in het pleeggezin worden geplaatst volgens Vanderfaeillie e.a. niet van andere pleegkinderen in de kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing.

Echter, veel studies geven aan dat de verplaatsingsgeschiedenis, waaronder ook het aantal voorgaande residentiële plaatsingen en het aantal verplaatsingen, wel degelijk een betekenisvolle voorspeller is voor het risico op een voortijdig afgebroken latere (pleegzorg)plaatsing (Price, 2008; Strijker & Knorth, 2007; Connell, e.a., 2006; Ward & Skuse, 2001; Newton e.a., 2000; Webster e.a., 2000). Net als een terugplaatsing bij de ouders (Farmer e.a., 1991; Rowe e.a., 1989). Zo komen Price e.a. (2008) tot de bevinding dat elke voorgaande verplaatsing de kans op een voortijdige beëindigde plaatsing binnen de 6,5 maanden doet stijgen met 6%. Oosterman e.a. (2007) nuanceren op basis van hun meta-analyse dat een voorgaande plaatsing in een residentiële zorgvoorziening wel een negatief effect heeft op een succesvolle pleegzorgplaatsing, zij het dat het effect relatief klein is, met name wanneer andere factoren worden ingebracht zoals gedragsproblemen en het aantal voorgaande plaatsingen. In Nederland onderzochten Strijker en Knorth (2007) de verplaatsingsgeschiedenis van kinderen die in langdurige pleegzorg terechtkomen. 55% van de pleegkinderen heeft er één of meer verplaatsingen meegemaakt voor het huidige pleeggezin, 33% zelfs drie of meer. Naast de leeftijd en gedragsproblemen die reeds bij de opname bekend zijn, vonden zij dat ook het aantal verplaatsingen voorafgaand aan de huidige plaatsing in een pleeggezin een betekenisvolle predictor is voor een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing. Voor Connell e.a. (2008) betreft het niet zozeer één, dan wel twee of meer verplaatsingen. Webster e.a. (2000) stellen eveneens vast dat kinderen die tijdens het eerste jaar meer dan één verplaatsing hebben ervaren, onafhankelijk van hun leeftijd een grotere kans hebben om ook op langere termijn instabiliteit van de plaatsingen mee te maken. Ze vonden daarbij dat 30% van de baby's en peuters die gedurende zes jaar in een bestandspleeggezin verbleven, vier of meer verplaatsingen had meegemaakt.



#### 1.4.5.2 Ondersteuning door hulpverleners

Net als factoren die verband houden met de pleegouders, de pleegkinderen en de ouders blijken ook factoren die te maken hebben met de hulpverlener belangrijk te zijn voor het wel of niet slagen van de plaatsing in een pleeggezin. De mate van en het type van ondersteuning door hulpverleners (onder andere van pleegzorgdiensten) is een belangrijke predictor voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen (Fisher e.a., 2000; Rhodes e.a., 2001). Fisher e.a. (2000) onderscheiden op basis van de literatuur drie voornamelijk hulpsbronnen van tevredenheid met hulpverleners: (1) de fysieke en emotionele nabijheid van de hulpverlener, (2) teamwerking en wederzijds respect, en (3) hulp, zowel praktische hulp als ondersteuning van het pleeggezin. Nixon (1997) maakt ook een onderscheid tussen verschillende vormen van ondersteuning: met onder andere (1) financiële en praktische hulp, (2) emotionele en psychologische hulp, (3) sociale ondersteuning en (4) vorming, (5) taakgericht en probleemoplossend werken, (6) 'respit' hulpverlening (om tijdelijk de zorg te onderbreken op momenten van stress), en (7) 'community support' (gemeenschap, media, en dergelijke).

Enkele van deze elementen werden reeds opgenomen in onderzoek. Zo werden in het onderzoek van Stone & Stone (1983) onder andere variabelen met betrekking tot de inzet van de hulpverlener opgenomen. Hieruit bleek dat vooral de frequentie van contact, de rapportering en de energie die de hulpverlener tentoonspreidt de belangrijkste predictoren voor een succesvolle pleegzorgplaatsing te zijn. Maar ook de competenties van hulpverleners zijn belangrijk voor het doen slagen van een pleegzorgplaatsing. Palmer (1996) meldt dat wanneer de hulpverlener zelf getraind is in het werken rond ouder-kind scheiding, dit een betekenisvolle invloed heeft op het risico op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing. Uit een kwalitatieve studie bij pleegouders die een pleegzorgplaatsing hebben afgebroken blijkt ook dat, althans in de perceptie van pleegouders, de houding van pleegzorgdiensten ten aanzien van de pleegouders een bepalende rol kan spelen in het doen lukken of mislukken van een pleegzorgplaatsing. Dit geldt met name wanneer de pleegzorgdienst of de hulpverlener van het pleegkind het gezag van de pleegouders ondermijnt, onvoldoende of verkeerde informatie geeft voorafgaand aan de plaatsing, of wanneer niet wordt ingegaan op hulpvragen van pleegouders (Gilbertson & Barber, 2003). Het gebrek aan voldoende adequate ondersteuning door pleegzorgdiensten en/of hulpverleners, gaande van geen hulp, onjuiste informatie tot een gebrek aan participatie in de besluitvorming over en meningsverschillen inzake het pleegkind, wordt ook in onderzoek van Brown & Bednar (2006), door pleegouders zelf genoemd als reden voor het voortijdig beëindigen van de pleegzorgplaatsing. Rhodes e.a. (2001) stellen eveneens dat het feit dat men geen inspraak heeft in de toekomst van het pleegkind door pleegouders genoemd wordt als een reden om te stoppen met pleegzorg.

Nixon (1997) ondervroeg 76 pleegouders die al een ernstige crisissituatie ervaren hadden (in casu melding van seksueel misbruik of emotionele of lichamelijke mishandeling door een familielid) naar hun ervaringen met de verkregen hulp en ondersteuning van pleegzorgdien-

sten en hulpverleners. Slechts een minderheid van de pleegouders vermeldde de hulpverlener (van het pleegkind, of van de pleegzorgdienst) als de persoon waar men voor hulp en ondersteuning terecht kon; 15 van de 76 pleegouders rapporteerden zelfs geen enkele persoon te hebben tot wie men zich kon wenden en doorgaans betroffen de hulpnetwerken waar men met het probleem terecht kon slechts één persoon. Zelfhulpgroepen voor pleegouders bleken weinig ondersteuning te bieden, zij het door een gebrek aan goede zelfhulpgroepen die op regelmatige basis samenkomen, zij het niet in het minst ook omwille van de angst van de pleegouders voor stigmatisering. Pleegouders konden ook niet terecht bij de hulpverlener van de pleegzorgdienst wanneer deze betrokken was bij het onderzoek naar het vermeende misbruik; daartegenover konden pleegouders het zeer appreciëren dat hun hulpverlener dit onderzoek aan anderen overliet en op een professionele en niet beoordeelende wijze contact bleef onderhouden of zelfs intensifiëren. Een goede samenwerking tussen pleegouders en met name pleegzorgdiensten vereist dan ook een duidelijke afbakening van rollen, taken en grenzen van beide partijen. Een aantal van bovenstaande claims worden ook elders gerapporteerd; kwantitatieve cijfers uit het Verenigd Koninkrijk geven aan dat daar niet minder dan de helft van de pleegouders tevreden is over de verkregen ondersteuning door de hulpverleners van de pleegzorgdienst, en iets minder tevreden over de hulpverleners van het pleegkind (Fisher e.a., 2000).

Niet alleen de relatie tussen hulpverlener en pleegouders is van belang, ook de relatie tussen hulpverlener en ouders is dat. Onderzoek over de invloed van de betrokkenheid van de ouders bij de plaatsing van hun kind geeft aan dat 'inclusive practices', (de ouders worden door de hulpverleners intensief betrokken in het besluitvormingsproces en bereiden het kind mee voor op de plaatsing) geassocieerd zijn met stabielere plaatsingen (Palmer, 1996). Men geeft hiervoor als argument dat kinderen die door hun ouders voorbereid worden op de scheiding zich kunnen verzekeren van de wetenschap dat hun ouders weten waar ze zijn, en dat hun ouders genoeg van hen houden om de uithuisplaatsing uit te leggen of met hen mee te gaan naar het pleeggezin. Men verwacht dat deze omstandigheden bijdragen tot een grotere acceptatie van de plaatsing door het pleegkind. Anderzijds melden Salnäss e.a. (2004) dat conflicten tussen ouders en hulpverleners zelden worden gemeld als de voornaamste reden voor het voortijdig afbreken van uithuisplaatsing.

#### 1.4.5.3 Therapeutische pleegzorg

Westermark e.a. (2008) concluderen uit een overzicht van voornamelijk Amerikaanse literatuur dat therapeutische pleegzorgvormen meer en meer ingang vinden in het pleegzorglandschap, en als volwaardige alternatieven worden gezien voor het behandelen van jonge mensen met ernstige gedragsproblemen. Een specifieke vorm daarvan is het Multidimensional Treatment Foster Care Program (MTFC). MTFC programma's behandelen adolescenten met chronische gedragsproblemen, emotionele problemen en delinquent gedrag. Het is een sociaal leerprogramma gebruikt als alternatief voor residentiële hulpverlening. Deze programma's

blijken het meest succesvol te zijn wanneer wordt gewerkt aan verschillende risicofactoren, zoals het gezin, de vrienden, en de school<sup>10</sup>. In de Verenigde Staten heeft men aan de hand van deze pleegzorgvorm effectieve zorg kunnen bieden aan jongeren met gedragsproblemen en heeft men tegelijkertijd lagere breakdowncijfers kunnen voorleggen (Smith e.a., 2001). Chamberlain en collega's (Chamberlain & Reid, 1994, 1998; Chamberlain & Mihalic, 1998) startten begin jaren '90 met onderzoek naar toenmalige proefprojecten in de therapeutische pleegzorg (MTFC) voor delinquente jongeren in de Verenigde Staten. De initiële vraag was of men voor deze jongeren wel binnen de pleegzorg verder kon blijven werken zonder de hoge breakdowncijfers. Vandaag is het MTFC-model een gevalideerd model<sup>11</sup>, geïmplementeerd in Canada en Zweden, en in opstartfase in het Verenigd Koninkrijk en Nederland<sup>12</sup>. Staff & Fein (1995) rapporteren nochtans een breakdownpercentage van niet minder dan 50%. Ze stellen dat de helft van de kinderen opgenomen in Casey Family Services (die therapeutische pleegzorg voorzien) tussen 1987 en 1991 slechts één plaatsing heeft meegemaakt; de overige 50% twee of meer. Cijfers die niet gering zijn. Opmerkelijk is dat een kleine minderheid van de pleegkinderen (9%) staat voor 30% van de verplaatsingen. Westermarck e.a. (2008) presenteren meer dan tien jaar later in hun vergelijkende studie de resultaten van een evaluatie van het Zweedse MTFC model (opgestart in 2001) waarbij ze concluderen dat het MTFC model wel degelijk het risico op voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing vermindert en dat de reden daarvoor wellicht moet worden gezocht in de wijze en frequentie waarop pleegouders worden ondersteund<sup>13</sup>.

#### 1.4.5.4 Netwerkleegzorg

Pleeggezinnen worden in veel onderzoek over dezelfde kam geschoren. Recent onderzoek (onder andere Farmer & Moyers, 2008) toont echter duidelijk aan dat er tussen een plaatsing bij verwanten of in de vriendenkring van de ouders en het kind, de zogenaamde netwerkpleegzorg, en een plaatsing bij een vreemd gezin, bestandspleegzorg, grote verschillen zijn op de meeste, maar niet alle in dit hoofdstuk genoemde domeinen. Volgens Farmer (2009) zijn

- 
- 10 *MTFC programma's, waarin pleegouders worden gerekruteerd en opgeleid, hebben twee grote doelstellingen: (1) het verminderen van afwijkend gedrag en (2) het bevorderen van sociaal gedrag. Beknopt weergegeven wordt in deze programma's van de pleegouders verwacht dat ze aan de hand van een checklist (met een 30-tal items) dagelijks het gedrag van hun pleegkind telefonisch rapporteren aan een case manager die op basis daarvan samen met de pleegouders een behandelingsplan (inclusief gezinstherapie) opstelt en bijstelt. Bij het beëindigen van de behandeling wordt het kind voorbereid op een terugkeer naar het gezin van herkomst.*
- 11 *Zie het 'Blueprint-project' van het Centre for Study and Prevention of Violence van de Universiteit van Colorado (Boulder); McDonald en Turner (2008 en Westermarck e.a. (2008).*
- 12 *In Arnhem, en wegens succes uitgebreid naar Rotterdam en Utrecht.*
- 13 *McDonald en Turner (2008) concluderen in een Campbell Review dat aan het MTFC Model nog niet voldoende 'evidence-based' is en dat meer onderzoek nodig is onder andere in andere landen, maar men houdt in deze review nog geen rekening met de studie van Westermarck e.a. (2008).*

kindkenmerken verrassend genoeg sterk gelijkend in beide vormen van pleegzorg en verschillen kinderen in netwerkpleeggezinnen nagenoeg niet van kinderen in bestandspleeggezinnen qua leeftijd, geslacht, gezondheid, bijzondere noden en gedragsproblemen. Kinderen in bestandspleeggezinnen zouden verhoudingsgewijs wel meer emotionele moeilijkheden zoals angst en depressie ervaren. Verschillen zijn er dus ook, met name wat pleegouderkenmerken en de hulpverlening(sgeschiedenis) betreft. Pleegouderkenmerken komen verder aan bod.

Wat betreft de hulpverleningsgeschiedenis, met name het aantal voorgaande plaatsingen, zijn er wel verschillen. Zo menen Farmer & Moyers (2008) dat kinderen in netwerkpleeggezinnen voordien minder lang werden opgenomen in andere vormen van jeugdhulpverlening dan kinderen in bestandspleeggezinnen. Strijker en Knorth (2007) stellen dat 59% van de pleegkinderen in netwerkgezinnen geen eerdere plaatsing heeft meegemaakt, tegenover slechts 32% van de pleegkinderen in bestandsgezinnen. In een review van studies inzake netwerkpleegzorg (Cuddeback, 2004) wordt gesteld dat kinderen in netwerkpleegzorg minder vorige plaatsingen kenden dan kinderen in de bestandspleegzorg, en dat kinderen in netwerkpleegzorg doorgaans langer in het pleeggezin verblijven (zie ook Del Valle e.a., 2009).

Kinderen in netwerkpleegzorg ervaren ook minder verplaatsingen dan kinderen in bestandspleegzorg. Studies die dit verband aantonen zijn: Farmer en Moyers (2008), Strijker en Knorth (2007), Strijker en Zandberg (2001), Testa (2001), Webster e.a. (2000), Usher e.a. (1999), Berrick e.a. (1994) en Iglehart (1994). In de studie van Berrick e.a. (1994) had slechts 23% van de kinderen in netwerkpleegzorg een verplaatsing meegemaakt tegenover 58% van de kinderen in bestandspleegzorg, hetgeen volgens hen opmerkelijk is gezien het feit dat kinderen doorgaans langer in netwerkpleegzorg blijven, dan kinderen in bestandspleegzorg. Volgens diezelfde studie worden kinderen in netwerkpleegzorg ook betekenisvol minder teruggeplaatst bij de ouders. Webster e.a. (2000) vinden dat 30% van de kinderen die geplaatst zijn bij een netwerkpleeggezin drie of meer verplaatsingen in het eerste jaar ervaart. Bij een plaatsing in een bestandspleeggezin betreft het niet minder dan 52% van de kinderen, resultaten die bevestigd worden in quasi-experimenteel onderzoek van Winokur e.a. (2008). Redenen hiervoor zijn dat plaatsingen van pleegkinderen in netwerkpleegzorg meer dan in de bestandspleegzorg gedaan worden vanuit lange termijn perspectief (Farmer & Moyers, 2008).

Volgens andere studies die een oorzakelijk verband aantonen is netwerkpleegzorg eveneens een belangrijke beschermende factor voor een succesvolle plaatsing in een pleeggezin (Koh, 2010; Chamberlain e.a., 2006; Connell e.a., 2006; James, 2004; Wulczyn e.a., 2003 en Webster e.a., 2000; Rowe e.a., 1989; Berridge & Cleaver, 1987). Usher e.a. (1999) vonden dat kinderen wiens eerste plaatsing een netwerkplaatsing betrof, meer stabiliteit in de pleegzorg ervoeren (79,5% van de kinderen die op het ogenblik van afsluiten van het onderzoek niet meer in de zorgverlening zaten) dan kinderen wiens eerste plaatsing geen netwerkpleegzorg betrof (48,6% van deze kinderen). Connell e.a. (2006) berekenden dat voor de helft van de pleegkinderen in de steekproef een eerste verandering van plaatsing zich voordeed na een

mediaanperiode van 4 maanden, al verschilt deze periode sterk naargelang de soort plaatsing. Zo blijkt de helft van de kinderen in een netwerkpleeggezin na een periode van 16 maanden een verplaatsing te ervaren, terwijl een verplaatsing voor de helft van de kinderen in bestandspleegzorg zich reeds stelt na 2,5 maanden, wellicht ten gevolge van een systeemverplaatsing (zie 1.4.5.1.). Een vergelijkbaar resultaat wordt gevonden in Koh (2010) waar een voortijdig afgebroken plaatsing bij pleegkinderen in netwerkpleegzorg tot drie maal langer op zich laat wachten dan bij pleegkinderen in bestandspleegzorg.

Ander onderzoek naar het voorkomen van voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen beaamt dat netwerkpleegzorgplaatsingen stabiel zijn dan bestandsplaatsingen. Sahnäss e.a. (2004) vonden dat het laagste cijfer voor voortijdig beëindigde uithuisplaatsingen voornamelijk plaatsingen in netwerkpleegzorg betreft (17-21%) (alsook de plaatsing in 'secure units for severe antisocial youth'). De hoogste graad van voortijdig afgebroken plaatsingen kon worden gevonden bij bestandspleegzorg (en bij private residentiële hulpverlening). Meer dan de helft van de plaatsingen in bestandspleeggezinnen (of in private residentiële voorzieningen) wordt voortijdig afgebroken. Dus een eerste plaatsing bij familie vermindert het risico op bijkomende verplaatsingen.

Verrassend is dat Vanderfaellie e.a. (2007) daarentegen stellen dat Vlaamse kinderen geplaatst in bestandsgezinnen minder risico lopen op voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen. Vanderfaellie e.a. (2007) beargumenteren hun conclusie door te stellen dat netwerkpleeggezinnen vaker in minder gunstige omstandigheden aan pleegzorg doen dan bestandsgezinnen (ouder, lager opgeleid, minder goede gezondheid, vaker alleenstaand en minder intensief begeleid), argumenten die ook door andere studies worden bevestigd (Del Valle e.a., 2009; Holtan & Thornblad, 2009; Farmer & Moyers, 2008; Cuddeback, 2004; Berrick e.a., 1994), met name wanneer het kind wordt geplaatst bij de grootouders. Vanderfaellie e.a. menen dat net deze factoren een negatieve invloed kunnen uitoefenen op de overlevingsduur. Bij pleegzorg door de grootouders speelt ook de leeftijds kwestie een belangrijke rol in het afbreken van de plaatsing, indien niet in de beginfase, wellicht wel voordat het pleegkind volwassen is (Terling-Watt, 2001), al rapporteren Farmer en Moyers (2008) dat pleegouders die grootouder zijn van het pleegkind een meer beschermende factor zijn voor het voorkomen van afgebroken plaatsingen dan pleegzorg door andere familie en verwanten. In tegenstelling tot Vanderfaellie e.a., en tot de hierboven vermelde studies, vonden Strijker en Zandberg (2004) en ook Barth e.a. (2007) geen verschil in percentage voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing naar bestands- of netwerkpleegzorg.

Maar ondanks de veelgenoemde beperkingen aan de zijde van de pleegouders verschillen de pleegkinderen in netwerkgezinnen niet van pleegkinderen in bestandspleeggezinnen op gebied van gezondheid, geestelijke gezondheid en gedragsproblemen (Farmer, 2009; Berrick e.a., 1994). Pleegkinderen met lichte gezondheidsproblemen (astma, eczeem, en dergelijke) zouden verhoudingsgewijs wel vaker een voortijdige beëindiging van de netwerkplaatsing

ervaren; hetzelfde geldt voor de toenemende leeftijd van het pleegkind (Farmer & Moyers, 2008). Voor bestandspleegzorg werden dergelijk verbanden niet gerapporteerd. Wel bleken de ernst van de voorgeschiedenis en het voorkomen van gedragsproblemen wel belangrijke predictoren te zijn voor het voortijdig beëindigen van een plaatsing in een bestandsgezin (zie ook Chamberlain e.a. (2006) die rapporteren dat kinderen met gedragsproblemen tot drie maal meer risico lopen op een voortijdig beëindigde pleegzorgplaatsing wanneer ze geplaatst zijn in een bestandsgezin). Hoewel netwerkpleeggezinnen meer stress rapporteren dan bestandspleeggezinnen, houden zij de plaatsing langer vol, zelfs voorbij het punt waar bestandspleeggezinnen de moed laten zakken. Netwerkpleeggezinnen leveren dan wel in op het vlak van het scheppen van een gunstig opvoedingsklimaat en capaciteiten van de pleegouders ten opzichte van bestandspleeggezinnen (Cuddeback, 2004). Wat betreft de uiteindelijke doelstelling van de plaatsing blijkt, op basis van een 'matched sample design' van Winokur e.a. (2008) dat pleegkinderen in bestandsgezinnen (61%) vaker dan kinderen in netwerkpleeggezinnen (42%) terugkeren naar het ouderlijk huis.

Een van de meer problematische kwesties in netwerkpleegzorg die daarmee verband houden is de controle van de pleegouders over de kwaliteit en frequentie van de contacten met de ouders alsook het onvermogen van de pleegouders om de grenzen van de ouders (en de risico's die het contact met de ouders met zich meebrengen) ten volle te begrijpen en in te schatten (Terling-Watt, 2001) (zie ook eerder onder 1.4.4.).

Zoals eerder vermeld verschilt de dienstverlening van sociale instanties aan pleeggezinnen wanneer het gaat om pleeggezinnen uit het familiale en/of sociale netwerk van het pleegkind of wanneer het gaat om een niet gekend pleeggezin. Zo zijn er meer bezoeken van de hulpverleners aan netwerkpleeggezinnen waar de plaatsing problematisch blijkt, dan bij bestandsgezinnen, terwijl bestandsgezinnen meer hulpmiddelen aangereikt krijgen (doorgaans in de vorm van bijkomende hulpverlening) dan netwerkpleeggezinnen (Farmer, 2009; Farmer & Moyers, 2008). Bij problematische plaatsingen worden kinderen vaker weggehaald uit het pleeggezin wanneer het een bestandsgezin betreft, dan wanneer het een netwerkgezin betreft. Men zag hiervoor twee redenen. Ten eerste worden netwerkplaatsingen minder opgevolgd, en vonden klachten minder weerklank bij de bevoegde hulpverleners. Ten tweede legt men voor netwerkpleeggezinnen de lat blijkbaar minder hoog (Farmer & Moyers, 2008). Del Valle e.a. (2009) en Berrick e.a. (1994) menen dat netwerkpleeggezinnen minder ondersteund (bezoeken van hulpverleners, en bijkomende dienstverlening zoals 'respite care', babysit en dergelijke) worden door sociale diensten dan bestandspleeggezinnen, en dat ze minder financiële vergoedingen krijgen.

#### 1.4.5.5 Plaatsing met siblings

Plaatsingen lopen minder risico op een voortijdige beëindiging wanneer broers en/of zussen in de plaatsing betrokken zijn (in beide vormen van pleegzorg) (Farmer & Moyers, 2008; Barth e.a., 2007; Leathers, 2005). Volgens Oosterman e.a. (2007) lopen bevindingen uit andere studies soms wel (Berridge & Cleaver, 1987), dan weer niet in dezelfde richting (Wulczyn e.a., 2003), maar het lijkt ook niet altijd duidelijk te zijn of het om siblings in dezelfde pleegzorgplaatsing gaat. Barth e.a. (2007) identificeerden het niet samenleven met siblings in het pleeggezin als één van de predictoren voor een hoog aantal verplaatsingen bij kinderen die reeds kampen met emotionele en/of gedragsproblemen. Leathers (2005) interviewde een toevalssteekproef van 197 jonge adolescenten in langdurige pleegzorg en rapporteerde dat jonge adolescenten die alleen geplaatst werden na een voorgaande plaatsing met siblings, een groter risico vertoonden op een voortijdig beëindigde plaatsing in een pleeggezin. Zo kende 33% van de pleegkinderen die consistent met siblings werden geplaatst een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing; voor kinderen die een inconsistent verleden van siblingplaatsing kenden is dit 56% en voor kinderen die van siblings werden gescheiden (na eerst samen geplaatst te zijn) is dit 65%. Het steeds weer samen met siblings geplaatst worden blijkt aldus een beschermende factor voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen. Drapeau e.a. (2000) geven aan dat siblings, wanneer deze groep intact blijft doorheen een proces van gezinsherorganisatie, een element van continuïteit met zich meebrengt<sup>14</sup> en dat siblings aldus een voorname rol spelen bij gezinsveranderingen onder meer als ondersteuning bij het aanpassen aan veranderingen in het gezin. Gardner (1996) merkt hieromtrent op dat pleegkinderen vaak broers of zussen waarvan ze gescheiden zijn, wegbannen uit hun gezinsperceptie en ze concludeert daaruit dat kinderen neiging hebben om zich emotioneel los te maken van de siblings waarvan men gescheiden leeft.

#### 1.4.5.6 Andere

Andere factoren met betrekking tot het hulpverlening of de gecreëerde hulpverleningscontext worden niet of nauwelijks belicht in de eerder vermeldde studies naar predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen (zie ook Price e.a., 2009). Er is wel enig, zij het ouder, onderzoek over de perceptie van hulpverleners op wat nodig en wenselijk is voor een succesvolle plaatsing in een pleeggezin (onder andere van Stone & Stone, 1983 en Walsh & Walsh, 1990). Een grote lacune lijkt alvast te zijn dat er nauwelijks informatie is over de invloed van het selecteren en al dan niet trainen, opleiden en begeleiden van pleegouders en hulpverleners voor en tijdens de pleegzorgplaatsing, net zoals steun van de bredere omgeving (familie, school) en de mogelijkheid om voor bepaalde problematieken beroep te kunnen doen op bijkomende hulpverlening voor het pleegkind. Ook andere in bovenvermeldde studies niet belichte elementen spelen wellicht een belangrijke

---

14 Voor een uitgebreide bespreking van de literatuur hieromtrent wordt verwezen naar Drapeau e.a. (2000).



rol in het doen slagen van een pleegzorgplaatsing, zoals aandacht voor diagnostiek, matching en indicatie. Zo concluderen Salnäss e.a. (2004) in de enige studie waarbij diagnostiek wordt opgenomen alvast dat kinderen bij wie aan diagnostiek werd gedaan een minder groot risico lopen op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing.

## 1.5 De profielbenadering

Op basis van de belangrijkste, in voorgaande tekst, opgesomde predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen kan men ook een typologie van kinderen opstellen die baat hebben bij een plaatsing in een pleeggezin (of net niet). Farmer (1996) was, voor zover bekend, de eerste die een typologie van kinderen heeft opgesteld op basis van kenmerken bij de opname in pleegzorg. Twee types van pleegkinderen zijn te onderscheiden. De 'protected' en 'disaffected' pleegkinderen. 'Protected' pleegkinderen zijn die kinderen, doorgaans vrij jong, die omwille van verwaarlozing en mishandeling uit huis geplaatst werden. 'Disaffected' pleegkinderen zijn uit huis geplaatste kinderen omwille van ernstige gedragsproblemen, waarbij de ouders onvoldoende controle hebben over hun kind. Het zijn vaak adolescenten. Barber en Delfabbro (2003) berekenden een breakdownpercentage van 52% in een periode van twee maanden voor deze laatste groep. Strijker e.a. ontwikkelden eveneens een typologie waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen twee types pleegkinderen op basis van zowel kindkenmerken als ouderkenmerken (Strijker, Zandberg & Van der Meulen, 2002; Strijker & Zandberg, 2001). Een eerste type wordt gekenmerkt door een ernstige gedragsproblematiek, gezinsconflicten en een ouder die niet over de nodige opvoedingscapaciteiten beschikt. Dit type pleegkinderen heeft tweemaal zoveel kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing als het tweede type (dat beter scoort op deze variabelen), en kent een breakdownpercentage van 57% in een periode van 18 maanden. In een verdere studie hebben Strijker e.a. (2002) een model ontworpen aan de hand waarvan (mits leeftijd en het eerder genoemde type pleegkind) kan worden berekend hoe groot de kans op een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing is. Op basis van deze typologie kan voor 74% van de cases de afloop van de plaatsing correct worden voorspeld (Strijker e.a., 2002). De resultaten van deze analyse kunnen worden weergegeven in een wiskundige formule:  $z = -1,2 + 1,66 * \text{type} - 0,11 * \text{leeftijd}$  (in jaren). Het type is één of twee, en leeftijd wordt uitgedrukt in jaren. Z is het resultaat van de berekening. Als het resultaat kleiner of gelijk is aan 0, dan wordt er een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing voorspeld. Dergelijke modelontwikkeling kan – mits verdere ontwikkeling en toetsing – een zinvolle bijdrage leveren aan het proces van indicatiestelling voor pleegzorg zoals dat in Nederland, en meer recent ook in Vlaanderen wordt beoogd.



## 1.6 Het beleid inzake pleegzorg

Uitgezonderd in het deel over de hulpverleningsgeschiedenis (zie 'systeemverplaatsingen' in 1.4.5.1) werd het beleid inzake pleegzorg nog niet als belangrijk element in het doen slagen van pleegzorgplaatsingen belicht. Literatuur omtrent evaluatie van beleidsinitiatieven die de stabiliteit van pleegzorgplaatsingen verhogen is schaars. Een kritische review van Holland e.a. (2005) van studies in het Verenigd Koninkrijk die een beleidsinterventie voor het bevorderen van de stabiliteit van pleegzorgplaatsingen evalueren geeft aan dat slechts weinig van deze beleidsinterventies het voorwerp uitmaken van een grondige evaluatie. Doorgaans baseert men zich op prestatie-indicatoren, wat maakt dat een netto-effect van een bepaalde interventie moeilijk uit te zuiveren is. Daarnaast wordt verondersteld dat een betere indicatie voor pleegzorg (zie verder in hoofdstuk 2) en een goede matching van pleegkind en pleegouders (zie 1.4.3) een gunstig effect hebben op het verloop van de plaatsing. Een van de door Holland e.a. (2005) beschreven pijnpunten waar beleidsinitiatieven zich op kunnen en moeten richten is (1) het aanwerven en houden van voldoende gekwalificeerd en competent personeel in de sector van kind- en jongerenwelzijn, met name jeugdconsulenten; (2) voldoende voorzieningen voor kinderen en jongeren die kampen met zware emotionele en/of gedragsproblemen; en (3) participatie van kinderen en jongeren, en hun ouders in de besluitvorming omtrent plaatsing en hulpverlening. Een andere kwalitatieve studie naar de initiatieven van het lokaal beleidsniveau om de stabiliteit van uithuisplaatsingen, eveneens in het Verenigd Koninkrijk, te verhogen (Held, 2005) wijst uit dat, hoewel er geen eenduidige oplossing is voor het verbeteren van de stabiliteit, er vier kritische beleidsfactoren zijn waarop simultaan moet worden gewerkt. De factoren worden als volgt beschreven: (1) het effectief inzetten op preventie en vroege interventie in het gezin om een uithuisplaatsing te voorkomen; (2) het sterk benadrukken van casusplanning om een permanente oplossing te bereiken voor elk kind, alsook het opvolgen van de plaatsing; (3) het verhogen van het plaatsaanbod; en (4) het verhogen van de ondersteuning van plaatsingen.

Ook Vlaanderen kampt met een aantal prangende beleidskwesties, waaronder het gebrek aan indicatiecriteria, een gebrek aan opvangplaatsen in zowel residentiële zorgvoorzieningen als in pleeggezinnen (Vanderfaeillie e.a., 2007) en de te hoge werkdruk voor jeugdconsulenten (Vervotte, 2006). Vanderfaeillie e.a. (2007) concluderen verder dat er, althans in Vlaanderen, maar wellicht ook in Nederland, een tekort is aan geprogrammeerde jeugdhulpverlening waardoor kinderen en jongeren vaker geplaatst worden binnen het niet geprogrammeerde hulpverleningsaanbod zoals pleegzorg (Heeren, 2009, p. 14). Dit betekent dat men ook voor pleegzorg kiest wanneer andere meer gepaste of meer wenselijke hulpverlening niet mogelijk is. Een pleegzorgplaatsing is dan niet de beste oplossing voor het kind/de jongeren en zijn/haar (pleeg)gezin.

## 1.7 Besluit

In dit hoofdstuk worden een aantal cijfers en bevindingen gepresenteerd uit recente onderzoeken naar het voorkomen van voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen, en bij uitbreiding daarvan het aantal verplaatsingen dat pleegkinderen doorlopen. Daarbij werd uiteraard gekeken naar studies in Vlaanderen en Nederland, studies in andere Europese landen en met name zeker ook het Verenigd Koninkrijk en andere Angelsaksische landen, waaronder de Verenigde Staten waar relatief veel onderzoek wordt gedaan naar dit onderwerp. Cijfers zijn moeilijk vergelijkbaar over de verschillende landen heen omwille van fundamentele verschillen inzake de wetgeving rond pleegzorg, en omwille van conceptuele en methodologische beperkingen in de meeste van deze studies. Toch leek het zinvol om hier een aantal bevindingen betreffende de predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen en het verplaatsen van pleegkinderen op te nemen.

Grosso modo kunnen drie risicofactoren worden aangeduid voor het voortijdig afbreken van pleegzorgplaatsingen: een hogere leeftijd van het kind op het ogenblik van de plaatsing, gedragsproblemen en voorgaande plaatsingen in residentiële zorg of in een pleeggezin. Uit onderzoek blijkt nu dat pleegzorg eigenlijk niet aangewezen is voor adolescenten met (ernstige) gedragsproblemen. Zij lopen een hoog risico op de zogenaamde 'foster care drift' waarbij ze van het ene pleeggezin naar het andere verplaatst zonder uitzicht te hebben op een terugkeer naar het eigen gezin of het zich kunnen settelen in een pleeggezin. Een betere kijk op probleemgedrag bij de aanvang van de plaatsing moet een betere matching of de keuze voor een andere hulpverleningsvorm mogelijk maken. Wellicht zijn deze jongeren meer gebaat bij een specifieke vorm van therapeutische pleegzorg waarbij pleegouders en pleegkind van zeer nabij worden opgevolgd en begeleid zoals dit reeds ontwikkeld is in de Verenigde Staten (Oregon) en meer recent ook, met vrucht, geïmplementeerd in Canada en enkele andere Europese landen, met name het Multidimensional Treatment Foster Care Model. Men kan dus stellen dat de klassieke vorm van pleegzorg eigenlijk alleen is aangewezen voor jongere kinderen zonder probleemgedrag.

Er werden, naast therapeutische pleegzorg dat lagere cijfers kan voorleggen inzake voortijdig afgebroken plaatsingen, nog een aantal beschermende factoren voor een stabielere plaatsing in een pleeggezin, geïdentificeerd, waaronder netwerkpleegzorg. Netwerkpleegzorg blijkt in Vlaanderen echter, in tegenstelling tot andere internationale studies, verrassend genoeg geen beschermende factor te zijn voor pleegzorgplaatsingen. Voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen binnen de netwerkpleegzorg zijn, volgens buitenlands onderzoek, vaker het resultaat van de aanwezigheid van negatieve invloed van de ouders, het gebrek aan competenties van de netwerkpleegouders in het omgaan met de gedragsproblemen van de pleegkinderen, te wijten aan de beperktere mogelijkheden inzake vorming, opleiding en begeleiding voor netwerkpleegouders ten opzichte van bestandsgezinnen. Vooraleer hieromtrent conclusies te trekken naar het Vlaamse pleegzorglandschap lijkt het wenselijk deze vaststellingen te beves-

tigen in verder onderzoek in Vlaanderen. Het consistent samen plaatsen van siblings en het opvoedingsklimaat in het pleeggezin blijken eveneens een beschermende factor voor pleeggezinnen. Uit diverse studies blijkt immers dat pleegzorgplaatsingen waarbij pleegouders in staat zijn om adequaat en consequent te reageren op de noden en problemen van kinderen, onder meer inzake hechting, stabielere plaatsingen zijn net zoals plaatsingen bij pleegouders die een grote betrokkenheid tonen bij hun pleegkinderen of pleegouders die een gestructureerd gezinsleven aanbieden. Ook de motivatie van pleegouders om zich te ontfermen over pleegkinderen blijkt een beschermende factor te zijn, net als de financiële middelen die het pleeggezin ter beschikking heeft, de professionele steun die men krijgt van pleegzorgdiensten en hulpverleners, en de steun die men krijgt van vrienden en familie.

Andere factoren bleken geen belangrijke predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen te zijn: etnische achtergrond van de pleegkinderen, pleegkinderen met een (mentale) handicap, geestelijke gezondheidsproblemen of ontwikkelingsstoornissen. Over de invloed van enkele factoren is er weinig eensgezindheid in de verschillende studies zoals de aanwezigheid van eigen kinderen in het pleeggezin, de betrokkenheid van en contactfrequentie met de ouders en de verplaatsingsgeschiedenis van pleegkinderen. Gezien de weinige cijfers hierover in Vlaanderen, lijkt het wenselijk de aspecten van pleegzorgplaatsingen die in deze bijdrage centraal staan uitvoeriger te belichten aan de hand van nieuwe Vlaamse cijfers, en daarbij hoort het identificeren van de mogelijk belangrijke predictoren voor het voortijdig afbreken van pleegzorgplaatsingen en het verplaatsen van pleegkinderen.

## HOOFDSTUK 2 NAAR EEN INDICATIESTELLING VOOR PLEEGZORG

### 2.1 Inleiding

Uit het voorgaande hoofdstuk blijkt dat pleegzorgplaatsingen niet per definitie een succesvol verloop kennen. Substantiële cijfers met betrekking tot voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen worden in zowat alle onderzoeken ter zake gerapporteerd (zie 1.2.2.). Algemeen wordt aangenomen dat het wenselijk is om het risico op een voortijdig afgebroken plaatsing in een pleeggezin te reduceren door aan kinderen en jongeren die hulpverlening te bieden die het best aansluit op hun behoeften, en dit al van bij het begin van de hulpverlening. Dit betekent dat de besluitvorming om een kind of een jongere in een pleeggezin dan wel in een residentiële voorziening te plaatsen gebaseerd moet zijn op kennis over de gunstige effecten van de hulpverlening voor dit kind, veeleer dan op ideologische, politieke of emotionele gronden. Met andere woorden, om een kind/jongere de meest gepaste hulpverlening te bieden moeten hulpverleners en jeugdrechters aan de hand van wetenschappelijk gevalideerde criteria het succes van de hulpverlening op voorhand kunnen schatten (Scholte, 1997). In het Nederlandstalig taalgebied wordt hiervoor de term indicatiestelling (in casu voor pleegzorg) gehanteerd<sup>15</sup>.

Er bestaat - internationaal gezien - een grote variatie in de kans op uithuisplaatsing, en bij uitbreiding daarvan de kans op verblijf in een pleeggezin versus een residentiële voorziening (Knorth, 1995). Deze variatie hangt samen met verschillen in traditie, in cultuur, in beleid en regelgeving (Verreth, 2009) en daarmee samenhangend verschillen in de beschikbaarheid van voorzieningen. Verschillende factoren spelen dan ook een rol in de besluitvorming omtrent het plaatsen van een kind of jongere in een pleeggezin. Deze komen in dit hoofdstuk aan bod. Tevens wordt bekeken welke van de in het vorige hoofdstuk opgedane kennis over de predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen kan worden gebruikt bij het doorverwijzen van kinderen en jongeren naar pleegzorg; en of er wetenschappelijk gevalideerde criteria bestaan die kunnen bijdragen tot een antwoord op de vraag wanneer een indicatiestelling voor pleegzorg aangewezen is. Daarbij moet in de eerste plaats worden nagegaan wat de regelgeving en andere beleidsdocumenten, alsook wetenschappelijk onderzoek in Vlaanderen en in andere landen, zeggen over het concept 'indicatiestelling' en de plaats ervan binnen de jeugdhulpverlening (zie 2.2. en 2.3.). Bij het voorgaande hoort tevens een reflectie op de beleidsvisie omtrent pleegzorg in Vlaanderen, maar ook in andere landen zoals Nederland, het Verenigd Koninkrijk en bij wijze van contrast de Verenigde Staten, met name op de doelstellingen die men met pleegzorg wilt bereiken, en de implicaties hiervan voor indicatiestelling voor pleegzorg (2.4). Ten derde wordt ook gekeken welke inzichten wetenschappelijk onderzoek

<sup>15</sup> In Angelsaksische landen wordt eerder gesproken in algemenere termen van hulpverleningsplannen en dergelijke, en komt de term indicatiestelling als dusdanig niet voor.

naar besluitvorming in de jeugdhulpverlening, en naar indicatiestelling voor pleegzorg in het bijzonder, reeds heeft opgeleverd (2.5). Ten vierde worden enkele bestaande instrumenten of modellen voor besluitvorming (met inbegrip van indicatiestelling) uit Nederland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten doorgelicht (2.6).

Indicatiestelling voor gezinsplaatsingen (plaatsing van ouder(s) en kind(eren)) en voor pleegzorg in de gehandicaptensector vallen omwille van de specificiteit van deze hulpverlening buiten beschouwing in dit hoofdstuk. Anders dan in het voorgaande hoofdstuk beslaat het bronnenmateriaal hier niet alleen wetenschappelijke studies, maar ook beleidsdocumenten en handleidingen voor hulpverleners.

## 2.2 Indicatiestelling en wetenschappelijk onderzoek

De vraag naar wetenschappelijk gevalideerde criteria voor het plaatsen van kinderen en jongeren in pleegzorg is dus niet nieuw. Vooreerst moet worden gesteld dat wetenschappelijk onderzoek omtrent indicatiestelling voornamelijk afkomstig is uit Nederland. Dit is in feite geen probleem. Vlaanderen kijkt voor vele kwesties naar 'good practices' over de grens, daarbij ook naar Nederland, en wat de uitbouw van integrale jeugdhulpverlening betreft is dat zeker zo (Roose & Stekete, 2008). Alleszins is men in Nederland reeds tientallen jaren bezig met het grondig hervormen van de jeugdhulpverlening, waarin onder andere diagnostiek, indicatiestelling, zorgtoewijzing en moduleerbaarheid van het zorgaanbod belangrijke ankerpunten zijn. In de volgende paragrafen wordt bekeken wat onderzoek naar indicatiestelling in Nederland heeft aangetoond met betrekking tot de werkbaarheid en uitvoering ervan in de praktijk, het concept en de plaats ervan binnen het besluitvormingsproces omtrent (pleegzorg)plaatsingen. Daarbij wordt zoveel als mogelijk rekening gehouden met de chronologie van de bevindingen.

### 2.2.1 Op zoek naar de plaats van indicatiestelling in het besluitvormingsproces

In Nederland werd in de tweede helft van de jaren negentig een blauwdruk gemaakt voor de toen drastisch veranderende jeugdzorg. Daarbij werd een basismodel uitgewerkt voor de functies in de jeugdzorg (Robbroeckx & Bastiaensen, 2001, van Yperen, e.a., 1999, van Yperen & Geffen, 1997). Dit model toont het verloop van het proces tussen aanmelding en plaatsing.

Indicatiestelling situeert zich in het midden van dat model.

(1) Aanmelding
(2) Screening (klachtenanalyse)
(3) Diagnostiek (probleemanalyse, diagnosestelling)
(4) Indicatiestelling
(5) Zorgtoewijzing
(6) (Matching)
(7) Plaatsing
(8) Casemanagement

De fasen 2, 3 en 4 in dit model vormen de diagnostische cyclus (De Bruyn, 2007). De output van elke stap in deze cyclus dient er als input voor de volgende stap. De uitzondering hierop is de indicatiestelling die uitmondt in een advies. Als de output van een bepaalde stap onvoldoende zekerheid oplevert door een tekort in één van de voorgaande stappen, kan steeds worden teruggегrepen naar één deze voorafgaande stappen. Wordt een voorafgaande stap herzien, dan moeten ook alle daarop volgende stappen dienovereenkomstig worden gereviseerd. Fasen 5, 6, 7 en 8 in dit model vormen de handelingscyclus.

Indicatiestelling is in wezen slechts één beslissing in het gehele proces van besluitvorming in de jeugdhulpverlening dat uit meerdere fasen bestaat. In eenvoudige bewoordingen kan men stellen dat indicatiestelling de derde vraag betreft in een reeks van vragen binnen dat besluitvormingsproces: (1) Is hulp nodig?; (2) Zo ja, is een uithuisplaatsing noodzakelijk?; (3) Welk hulpaanbod is geëigend?; en (4) Welk concreet zorgaanbod wordt benaderd?

Zoals blijkt uit het voorgaande kan men de fase van indicatiestelling maar op een gedegen wijze realiseren mits het doorlopen van voorgaande fasen in het hele proces tussen aanmelding en plaatsing, met de fase van de diagnostiek als belangrijkste bron. Diagnostiek verwijst in het algemeen naar een proces waarin informatie over de cliënt en zijn omgeving wordt verzameld, geïnterpreteerd en afgewogen, met als bedoeling de problemen of de hulpvragen die door de cliënt zelf of door zijn omgeving gesignaleerd zijn te analyseren, er een verklaring voor te zoeken en er de meest adequate oplossing voor te ontwerpen (De Bruyn e.a., 1995; Ruijsenaars, 1999). Het verzamelen van deze informatie gebeurt op basis van wetenschappelijke kennis en volgens een systematisch en hypothesetoetsend model. In alle fasen van dit proces is er samenwerking en overleg met de cliënt. Om te dienen als input voor indicatiestelling moet een diagnostiek 'handelingsgericht'<sup>16</sup> zijn<sup>17</sup>.

---

16 Dit is een diagnostisch proces waarbij men hulpvragen en problemen exploreert, analyseert, zoekt naar mogelijke verklaringen voor die problemen en -in het verlengde daarvan- oplossingen adviseert (Pameijer & Van Beukering, 2001). Dit proces gebeurt vanuit een interactief perspectief: zowel individu- als omgevingsgebonden factoren worden betrokken. Het gaat daarbij niet enkel om risicofactoren of beperkingen, maar ook om protectieve factoren en mogelijkheden.

17 Naast de vermelde handelingsgerichte diagnostiek zijn er ook andere vormen van diagnostiek zoals 'onderkenning en taxatie van problemen' (onder andere aan de hand van instrumenten voor risicotaxatie); 'classificerende diagnostiek' (gericht op het identificeren en beschrijven van een stoornis) en 'verklarende diagnostiek' (of het vaststellen van de factoren die het ontstaan of in stand houden van het probleem verklaren). In van Yperen & Geffen (1997) worden nog meer doelstellingen voor diagnostiek gespecificeerd.

Indicatiestelling is de stap die volgt op dit diagnostisch proces, na de klacht- en probleem-analyse en na de onderzoeksfase. Indicatiestelling wordt in de vakliteratuur echter vaak (nog gewoontegetrouw?) geplaatst 'binnen' het proces van diagnostische besluitvorming (of zoals in andere landen binnen de fase van het opmaken van het hulpverleningsplan). Onderzoek naar diagnostiek en indicatiestelling in de hulpverlening is bijgevolg vaak met elkaar verweven. Maar indicatiestelling zoals hier gepositioneerd situeert zich op het scharnierpunt tussen de diagnostische en de handelingscyclus en gaat de fase van zorgtoewijzing vooraf.

De acceptatie van de indicatiestelling door de zorgtoewijzer valt samen met de kwaliteit van de indicatiestelling, met name met de mate waarin de indicatiestelling een zeer vage of juist een gedetailleerde uitspraak over de benodigde zorg of hulp bevat. Om dat te verduidelijken is het handig om een onderscheid te maken tussen open en gesloten indicatiestellingen. Een open indicatiestelling is globaal geformuleerd en geeft niet precies aan waaruit de behandeling moet bestaan of laat specificaties met betrekking tot de frequentie van de behandeling achterwege. Een gesloten indicatiestelling geeft precies aan wat er moet gebeuren. De indicatiestelling, en de daaraan verbonden zorgtoewijzing, vormen als het ware het concrete hulpverleningsplan dat de opnemende voorziening alleen maar kan uitvoeren. Open indicatiestellingen moeten, omdat ze weinig houvast bieden, worden vermeden. Ze laten immers veel onduidelijkheden toe, zowel voor de zorgtoewijzer als voor de cliënt en zijn/haar ouders en leidt nadien tot gebrekkige evaluatie en toetsing van de gehaalde doelstellingen. In welke mate men de indicatiestelling gesloten kan formuleren hangt af van de wensen en voorgeschiedenis van de cliënt, de aard van de problematiek, de kennis over de noodzakelijke hulpverlening en dergelijke (van Yperen e.a., 1999). De indicatiestelling moet alvast zodanig zijn geformuleerd, dat men bij de zorgtoewijzing tenminste kan vastleggen uit welke modules de hulpverlening zal bestaan.

In dit opzicht is het aangewezen dat de bestaande hulpverleningsmodules indicatiecriteria vermelden. Deze criteria zijn volgens De Bruyn e.a. (1995) niet afhankelijk van de diagnostiek, maar deze zijn vooraf aanwezige maatstaven, ontwikkeld op basis van ervaring, wetenschappelijk onderzoek of theoretische overwegingen. Het betreft kenmerken van het kind en/of diens opvoedingssituatie, waarvan op één of andere manier is gebleken dat deze bepaalde interventies in positieve of negatieve zin beïnvloeden. Dergelijke criteria zijn nuttig omdat ze aangeven voor welke soort problemen, situaties of cliënten een bepaald aanbod geschikt is. In de literatuur lijkt op het eerste zicht relatief veel informatie met betrekking tot indicatiecriteria te vinden. Echter, vaak is de informatie verbrokkeld, weinig coherent en is het niet duidelijk in hoeverre deze criteria gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek (zie ook 2.5.).

In Vlaanderen wordt, binnen de Integrale Jeugdhulp, een gelijkaardig parcours nagestreefd, met een scheiding tussen diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing. De scheiding tussen indicatiestelling en zorgtoewijzing, zoals dat in Nederland reeds in voege is, en zoals het in Vlaanderen wordt voorzien in de Intersectorale Toegangspoort, brengt voordelen, maar ook

nadelen met zich mee. Essentieel is dat de indicatiestelling van voldoende hoge kwaliteit is, zodat de zorgtoewijzer zich kan beperken tot een louter procedurele toetsing. In het andere geval wordt de rol van zorgtoewijzer al snel herleid tot die van 'second opinion', en bestaat er het gevaar van het verzwakken van de onafhankelijke positie van de indicatiesteller (van Yperen e.a., 1999). Over de voordelen van een scheiding tussen indicatiestelling en zorgtoewijzing zeggen Van Yperen e.a. (1999) het volgende (1) er is een duidelijke afbakening in de rol van indicatiesteller en zorgtoewijzer; (2) het laat een verschil in blikveld toe (specialisatie diagnostiek versus kennis van regionaal zorgaanbod); (3) het laat een verschil in professionele verantwoording toe (kwaliteitseisen beroep als gedragswetenschapper of maatschappelijk werker versus onderhandelaar/besliser in het werkveld); en (4) de indicatiesteller hoeft zelf het aanbod niet meer af te gaan. Met name het eerste punt blijkt zeer belangrijk. Een professionele distantie tussen indicatiesteller en zorgtoewijzer maakt het mogelijk voor de indicatiesteller om objectief en los van het beschikbare aanbod te focussen op de meest gepaste zorg en aldus vraaggericht te werken. Potentiële nadelen aan een scheiding tussen indicatiestelling en zorgtoewijzing zijn: (1) er treedt een discontinuïteit op, (2) aan informatieoverdracht kleven altijd risico's en (3) een afstandelijk orgaan beslist over de zorgtoewijzing. Zoals verder nog zal blijken, worden in de praktijk ook de fasen indicatiestelling en zorgtoewijzing niet altijd als strikt te onderscheiden fasen beschouwd (Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg, 2007).

### 2.2.2 Op zoek naar het concept 'indicatiestelling'

Indicatiestelling, zoals uitgewerkt in Nederland, refereert dan in de eerste plaats naar het proces van professionele besluitvorming over de meest optimale hulpverlening of een combinatie van hulpverleningsvormen (Metselaar e.a., 2004; van Yperen & Geffen, 1997). Indicatiestelling is daarenboven aan de orde indien er gekozen dient te worden tussen al dan niet behandelen (en niet alleen voor de keuze tussen behandelingsalternatieven) (Faas, 1993). Indicatiestelling omvat het formuleren van onderbouwde aanbevelingen inzake de aard, inhoud, urgentie en de intensiteit van de benodigde ondersteuning, behandeling en/of materiële hulpmiddelen voor de cliënt en/of zijn omgeving. De aanbevelingen dienen maximaal afgestemd te zijn op de door de cliënt en zijn omgeving ervaren ondersteuningsnoden. Indicatiestelling moet dus verlopen in overleg met de cliënt. De aanbevelingen dienen tevens onderbouwd te zijn op basis van het eerder verrichte diagnostisch onderzoek en moeten resulteren in een indicatiebesluit dat meedeelt met welk type en welke intensiteit van zorg en/of hulpverlening de cliënt het best gebaat is, dit op objectieve wijze en onafhankelijk van het beschikbare aanbod. Volgens van Yperen & Geffen (1997) moeten daarbij minstens twee alternatieven worden geformuleerd: het hulpaanbod dat het meest wenselijk is en het hulpaanbod dat minimaal noodzakelijk is. Indicatiestelling moet tot slot ook het in de Nederlandse jeugdhulpverlening geldende subsidiariteitsprincipe van de minst ingrijpende hulpverlening (Verreth, 2009) respecteren.



Van Yperen & Geffen (1997) geven tevens een overzicht van bestaande modellen en instrumenten voor indicatiestelling, zijnde dat deze modellen en instrumenten doorgaans niet uitsluitend op indicatiestelling zijn gericht. Kenmerkend aan de meeste van de beschreven modellen is dat er (1) doelen moeten worden gesteld, en vervolgens (2) middelen moeten worden aangegeven om die doelen te bereiken. De indicatie van de middelen kan volgens van Yperen & Geffen een verschillend karakter hebben (en geformuleerd zijn in termen van benodigde voorzieningen, algemene functies of een specifieke aanpak of therapie).

Het is hierbij van belang na te gaan of de wetenschappelijke definitie van indicatiestelling overeenstemt met het gebruik in de regelgeving van de jeugdhulpverlening (zie 2.3). In Nederland concludeerde Faas anno 1993 immers dat de onduidelijkheid in de Nederlandse regelgeving over wat nu precies indicatiestelling is de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling negatief zal beïnvloeden. Daarnaast bleek dat alleen een wettelijke verplichting tot indicatiestelling noch de aanwezigheid, noch de kwaliteit van die indicatiestelling bevordert (zie ook verder onder 2.5.2). Dit maakt dat er meer nodig is, o.a. een invoering van een verregaande standaardisering van de op- en samenstelling van de indicatiestellingen, met (1) de problematiek van het cliëntsysteem; (2) de wijze waarop deze problematiek onderzocht is; (3) de hulpverleningsactiviteiten die tot de verwijzing verricht zijn en/of de effecten en resultaten van deze hulpverlening; (4) de overwegingen en keuzes betreffende de verwijzing onder specifieke aanwijzing van de indicatoren en afgewogen (mogelijke) alternatieven; en (5) de wijze waarop overleg is gepleegd met de betrokkenen (Faas, 1993). Bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek omtrent deze componenten van het besluitvormingsproces komen ruimschoots aan bod in 2.5.

### 2.2.3 Ontwikkeling van indicatiestelling in de jeugdzorg in Nederland

Waar komt die aandacht voor indicatiestelling in Nederland nu vandaan? In de eerste helft van de jaren '90 toonde onderzoek in Nederland aan dat een expliciete indicatiestelling doorgaans ontbrak in de rapportage van verwijzende instanties in de jeugdhulpverlening (Faas, 1993; Knorth & Smit, 1999; voor een volledig overzicht van de problematiek zie Knorth e.a., 2003). Het was met andere woorden niet duidelijk waarom men opteerde voor hulpverleningsvorm A en niet voor hulpverleningsvorm B of C. Zo verrichtte Faas in 1993 een onderzoek naar de praktijk van indicatiestellingen binnen de Nederlandse jeugdhulpverlening (de Wet op de Jeugdhulpverlening 1991 schrijft voor dat voorafgaand aan elke verwijzing naar een vorm van secundaire jeugdhulpverlening een schriftelijke indicatiestelling moet worden afgegeven) en kwam toen tot verontrustende cijfers. Slechts in 39% van de onderzochte dossiers werden indicatiestellingen aangetroffen. Daarvan liet de kwaliteit in 70% van de gevallen te wensen over.

Verder bleek dat, van zodra een indicatie voor een bepaalde vorm van hulpverlening werd opgesteld, dit geen garantie was dat het kind of de jongere ook daadwerkelijk de geïndiceer-

de hulpverlening kreeg. Emans & Robbroeckx (1997) kwamen voorheen tot de bevinding dat een wezenlijk aantal kinderen met een indicatiestelling voor pleegzorg in de residentiële hulpverlening terechtkwamen, en – omgekeerd – dat een aantal kinderen zonder indicatiestelling voor pleegzorg alsnog in een pleeggezin werden geplaatst. Zo deden zij gedurende zes maanden een onderzoek bij zeven pleegzorgdiensten in Nederland naar de indicatiestelling voor pleegzorg. Ze kwamen tot de bevinding dat 22% van de kinderen in het onderzoek voordien reeds was geïndiceerd naar pleegzorg toe door de verwijzende instanties; 70% van de kinderen die werden doorverwezen naar pleegzorgdiensten hadden ook een indicatie voor pleegzorg gekregen; 22,5% had in feite een indicatiestelling voor residentiële hulpverlening en werd veelal in kortdurende pleegzorg geplaatst in afwachting van een definitieve indicatiestelling voor pleegzorg/residentiële hulpverlening. Daarbij bleek dat een indicatie voor pleegzorg niet noodzakelijk tot een plaatsing leidde, en dat ook kinderen met een indicatie andere dan pleegzorg werden geplaatst in een pleeggezin. De onderzoekers concludeerden dat verwijzers en pleegzorgdiensten een verschillende visie hadden op pleegzorg als adequaat hulpverleningsantwoord voor kinderen in nood.

Anno 1997 bleek ook uit diverse publicaties dat vooral voor indicatiestelling en zorgtoewijzing weinig specifieke modellen en instrumenten beschikbaar zijn (van Yperen & Geffen, 1997). Om te voorkomen dat uithuisplaatsing een willekeurig proces wordt, afhankelijk van de individuele beslisser zijn er in Nederland diverse pogingen geweest om de indicatiestelling te verbeteren, waaronder de Vragenlijst Explicitering Besluitvorming Hulpverlening (Scholte, 1995). Deze vragenlijst sluit aan op de Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS) en structureert het hele proces van probleemanalyse naar indicatiestelling. De VSPS is ontwikkeld om de basisdiagnostiek in de jeugdzorg te ondersteunen. Dit is een eerste stap naar een standaardprocedure. Andere initiatieven betreffen de oprichting van organen en commissies ter controle van de genomen beslissingen zoals Plaatsing Advies Commissie (PAC), Jeugdhulpadvies team (JHAT) en toetsingsteams<sup>18</sup>. De waarde van deze instrumenten of expert teams werd regelmatig in vraag gesteld (o.a. in Knorth e.a., 2003; Van Dam & Ten Haaf, 1999; Beukers & Bennema-Sybrandy, 1989). van Dam & ten Haaf (1999) bijvoorbeeld hebben medio jaren '90 een evaluatieonderzoek (1996-1997) gedaan van een toenmalig binnen de Nederlandse Jeugdzorg werkzaam toetsingsteam dat moest nagaan of een besluit tot uithuisplaatsing (door een hulpverlener) terecht is genomen. Het toetsingsteam beoordeelt, door middel van een inhoudelijke toetsing van de rapportage van de hulpverlener, of het voorgenomen besluit tot uithuisplaatsing voldoende beargumenteerd is. Het toetsingsteam is een – binnen de betrokken instelling - roulerend team en bestaat uit drie personen (een praktijkleider en twee maatschappelijk werkers). Het team komt wekelijks bijeen om de rapportages ter plaatse te lezen en te bespreken aan de hand van acht door de instelling opgelijste criteria: (1) een beschrijving van de draagkracht van de jongere; (2) de motivatie van de draagkracht van de

---

18 Toetsingsteams gaan bijvoorbeeld na of de door anderen genomen beslissing tot uithuisplaatsing verantwoord is.

jongere; (3) een beschrijving van de schadelijkheid van het gezinssysteem; (4) de motivatie van de schadelijkheid van het gezinssysteem; (5) een beschrijving van de beschikbare alternatieven voor uithuisplaatsing; (6) een motivatie van de beschikbare alternatieven voor uithuisplaatsing; (7) een beschrijving van overwegingen ten aanzien van ambulante hulp; en (8) een motivatie van overwegingen ten aanzien van ambulante hulp. Het onderzoek gaf aan dat als de criteria in de rapportage aanwezig zijn, bijna alle zaken worden goedgekeurd, maar de criteria blijken niet voldoende eenduidig te zijn en voorzitters van de teams hebben elk hun eigen, verschillende, werkwijze. Daarbij komt het gebrek aan eenduidigheid in het eindoordeel van het toetsingsteam. Een andere wijze voor het verbeteren van de kwaliteit van indicatiestellingen is het structureren van de besluitvorming door middel van een model of instrument waarin de factoren beschreven staan die in rekening moeten worden gebracht om tot een beslissing te komen en waarin tevens een te doorlopen stappenplan is opgenomen (zie ook 2.5.). Enkele voorbeelden van dergelijke modellen en instrumenten worden verder in dit hoofdstuk onder 2.6. besproken.

Anno 1999 wordt in Nederland aan een goede indicatiestelling een aantal voorwaarden verbonden. Zo moet er staan wat de meest aangewezen hulp is, welke alternatieven er zijn met daarbij de meest wenselijke hulpverlening (eerste keuze) en de minimaal wenselijke hulpverlening (laatste keuze) (van Yperen e.a., 1999). Daarbij moeten zowel procedure als inhoud van de indicatiestelling voldoen aan een aantal vereisten. Dat onderscheid is van belang omdat de zorgtoewijzer (1) moet toetsen of de procedure van de indicatiestelling goed is verlopen en (2) de inhoud van de indicatiestelling als informatie moet kunnen gebruiken om te beslissen welk zorgaanbod de cliënt krijgt. Met betrekking tot de procedurele vormgeving gelden de volgende vragen: (1) Is er een diagnose aanwezig (met aangrijpingspunten voor een aanpak) voor de onderbouwing en uitwerking van een indicatiestelling? Is de indicatiestelling volgens het vereiste patroon uitgewerkt, en is ze binnen de vereiste termijn afgerond?; (2) Heeft men de geijkte procedures voor diagnostiek en indicatiestelling gevolgd?; (3) Is er voldoende betrokkenheid van de cliënt bij de diagnostiek en indicatiestelling?; en (4) Welke is de mate van onafhankelijkheid van de indicatiestelling? De vragen die betrekking hebben op de inhoudelijke vormgeving van de indicatiestelling zijn: (1) Is het verband tussen voorgaande diagnostiek en de te stellen indicatie duidelijk aanwijsbaar?; (2) Welke is de ideale of meest wenselijke hulpverlening?; (3) Welke is de minimaal noodzakelijke hulpverlening?; en (4) Zijn er andere alternatieven die tussen 2 en 3 liggen?

Desondanks deze voorwaarden blijft indicatiestelling in de Nederlandse Jeugdhulpverlening vooralsnog een precare fase in het besluitvormingsproces. Een verkennende studie bij het Bureau Jeugdzorg Limburg van Boendermaker e.a. (2006) geeft, op basis van twintig casussen, weer dat er verschillen zijn tussen beoordelaars in de beoordeling van de aard en ernst van problemen en dat er andere indicaties worden gesteld door de verschillende locaties van het Bureau Jeugdzorg Limburg. Een andere recente, weliswaar beperkte, studie naar de kwaliteit van door toetsingsteams geaccepteerde indicatiestellingen in Nederland geeft weer

dat de indicatiestellingen dan wel de juiste hulpverlening voorzien, maar dat er onvoldoende informatie is opgenomen om het hulpverleningsplan op te kunnen stellen (Metselaar e.a., 2004; Konijn e.a., 2002). Op basis van een kwaliteitsbeoordeling met een daartoe ontwikkelde checklist werd geconstateerd dat het probleemgedrag van de aangemelde jeugdige en de meest wenselijke hulp meestal zijn aangegeven. Het ontbreekt in de indicatiestelling echter vaak aan de visie van de cliënt op de problematiek en aan een beargumenteerde relatie tussen het beschreven probleemgedrag of –situatie, mogelijke oorzaken en oplossingen. Daardoor blijft het in de meeste gevallen onduidelijk waarom bepaalde zorg nodig is. Dit komt vervolgens ook tot uiting in het relatief vaak ontbreken van concrete, richtinggevende doelstellingen voor de hulp. Tot slot is een afweging van minimaal noodzakelijke en meest wenselijke hulp, gecombineerd met eventuele specifieke wensen van de cliënt slechts in een minderheid van de indicaties aanwezig. Met andere woorden de indicatiestellingen worden door de daartoe bevoegde zorgtoewijzingsorganen<sup>19</sup>, zo blijkt algemeen, niet alleen getoetst op procedurele aspecten, maar omwille van een gebrek aan kwaliteit van de indicatiestelling ook op inhoud, al behoort dit eigenlijk niet tot het takenpakket (Booy e.a., 2002).

Tot slot blijkt uit een recent Evaluatieonderzoek van de Wet op de Jeugdzorg 2005 (2009) dat een geobjectieerde indicatiestelling een momentopname betreft, en misschien dus niet het juiste middel is omdat jeugdproblematiek (eigen aan opvoed- en opgroei problemen) snel kan fluctueren. Mogelijks is een procesbenadering waarbij nadrukkelijker wordt gezocht naar een oplossingsmogelijkheden binnen het eigen gezin/netwerk van de cliënt en waarbij het beoogde eindresultaat op termijn meer centraal staat, wenselijk.

### 2.3 **Indicatiestelling (voor pleegzorg) in de regelgeving en andere beleidsdocumenten**

Sinds de jaren '90 is er inzake indicatiestelling, met name in Nederland, maar ook elders, al heel wat evolutie in positieve zin merkbaar, zowel in wetenschappelijk onderzoek, als in de regelgeving. Ook in Vlaanderen werkt men aan een inhaalbeweging met de uitwerking van de Intersectorale Toegangspoort in de Integrale Jeugdhulp. Hieronder volgt een doorlichting van wat de regelgeving in Vlaanderen zegt (in elk van de sectoren die pleegzorg voorzien) over indicatiestelling.

---

<sup>19</sup> *In Nederland functioneren op dat ogenblik 24 zorgtoewijzingsorganen (ZTO's) en één landelijk bureau voor plaatsing in de Justitiële Jeugdinrichtingen (Individuele Jeugd Zaken / IJZ). Het landelijk overleg van de zorgtoewijzingsorganen wilde via een inventarisatie een beeld krijgen van de uitvoeringspraktijk van de taken die bij de ZTO's zijn neergelegd.*

### 2.3.1 Indiciestelling (voor pleegzorg) in de Vlaamse regelgeving omtrent Integrale Jeugdhulp

Pleegzorg in Vlaanderen behoort - binnen het kader van de volop in ontwikkeling zijnde Integrale Jeugdhulp - tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening<sup>20</sup>. Het concept niet-rechtstreeks toegankelijke hulp verwijst hier naar alle geïndiceerde jeugdzorg (hoewel een dergelijke term in Vlaanderen niet wordt gebruikt). Dit betekent dat voor pleegzorg steeds een indicatiestelling noodzakelijk is. De toegang tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp dient te verlopen volgens vastgelegde stappen: (1) diagnostiek, en een daaraan gekoppelde (2) indicatiestelling en (3) zorgtoewijzing. De diagnostiek moet worden aangeleverd door erkende hulpverleners in de netwerken Integrale Jeugdhulp. Verder wordt momenteel een intersectorale toegangspoort voorbereid. Het is een orgaan dat onafhankelijk van de jeugdhulpaanbieders de buitengerechtelijke toegang organiseert tot alle niet-rechtstreeks toegankelijke hulpmodules<sup>21</sup>. Het kaderdecreet Integrale Jeugdhulp voorziet dat er één intersectorale toegangspoort komt voor de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Deze toegangspoort vervangt de bestaande toegangspoorten in de Bijzondere Jeugdbijstand en in het Vlaamse Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

Binnen de intersectorale toegangspoort staat een team indicatiestelling in voor de kwaliteitsbewaking van de aangeleverde diagnostiek, en voor het, op basis van deze diagnose, indiceren van een bereik van mogelijk in te zetten modules niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulpverlening. Het betreft de meest wenselijke, alsook de minimaal noodzakelijke hulpverlening. De indicatiestelling zal gebeuren op basis van vastgelegde indicatoren die het onderscheid tussen rechtstreeks toegankelijke hulp en niet-rechtstreeks toegankelijke hulp bepalen, gebaseerd op wetenschappelijk betrouwbare en valide parameters. Het team indicatiestelling moet ook besluiten over de noodzakelijk geachte zorgintensiteit. Het team toewijzing wijst vervolgens de voorzieningen aan die in aanmerking komen om de geïndiceerde hulp daadwerkelijk aan te bieden. Kort samengevat moet de intersectorale toegangspoort er dus voor zorgen dat de beschikbare niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening enkel kan worden ingezet op grond van een kwaliteitsvolle, van het aanbod onafhankelijke indicatiestelling en dat de beschikbare hulpverlening prioritair wordt toegewezen aan diegenen die er het meeste behoefte aan hebben.

Het aanbod aan hulpverleningsvormen wordt beschreven in typemodules<sup>22</sup> zoals voorzien in de Integrale Jeugdhulp. Een typemodule vormt het kader voor de uitwerking van een bepaalde soort jeugdhulp door de zorgvoorziening. Het werken met en naar analogie van

---

20 Met uitzondering van Gezinsondersteunende pleegzorg door Kind & Gezin.

21 Artikel 17 uit het Decreet van 7 mei 2004 betreffende de Integrale Jeugdhulp (B.S. 11.X.2004).

22 Zie [www.jeugdhulpwijzer.be](http://www.jeugdhulpwijzer.be)

typemodules zorgt voor een duidelijker overzicht van de bestaande hulpverlening omdat men bepaalde hulpverleningsvormen groepeerd. Werken met typemodules biedt aldus een vergelijkend perspectief. Vrijwel iedere hulpverleningsvorm is gebaseerd op een typemodule. Een klein aantal modules is niet op een typemodule gebaseerd. Deze 'weesmodules' beschrijven een jeugdhulpaanbod dat in de praktijk wel bestaat maar dat (nog) niet door een sector wordt erkend.

In Vlaanderen zijn er 16 typemodules hulpverlening voorzien die opvang in of nabij een pleeggezin of particulier persoon bevatten (zie verder). Momenteel is er in deze typemodules voor pleegzorg nog geen informatie opgenomen met betrekking tot diagnostiek en indicatiestelling voor de desbetreffende typemodule. Er worden wel enkele zaken gespecificeerd die relevant zijn voor indicatiestelling. In het bijzonder betreft het:

- De leeftijd en het geslacht van de tot de doelgroep behorende kinderen en jongeren.
- De algemene probleemdomeneinen waarop de pleegzorgvorm zich richt. Hulpverleningsvormen in de Bijzondere Jeugdbijstand en zoals voorzien door Kind en Gezin richten zich voornamelijk op problematieken inzake 'gezin en opvoeding', en de 'sociale situatie'. Bij pleegzorg in de gehandicaptensector komt daar nog '(het vermoeden van) handicap' bij.
- Enkele randvoorwaarden met betrekking tot de toegankelijkheid (inzonderheid voor de niet rechtstreeks toegankelijke hulpverlening) en te doorlopen procedures.

Dit gezegd zijnde, en hoewel de oprichting van een intersectorale toegangspoort nog in volle ontwikkeling is, is er in het Decreet Integrale Jeugdhulp anno 2004 reeds een specifieke bepaling opgenomen betreffende de inhoud van een indicatiestelling en de wijze waarop indicatiestelling zal moeten worden opgebouwd:

De indicatiestelling stelt, op basis van de diagnostiek betreffende een minderjarige, zijn ouders, en in voorkomend geval zijn opvoedingsverantwoordelijken en/of de betrokken personen uit zijn leefomgeving en hun leefsituatie, vast welke jeugdhulpverlening wenselijk is en geeft de aard, de omvang en de urgentie ervan aan, onafhankelijk van het bestaande jeugdhulpaanbod<sup>23</sup>.

Enkele elementen in die bepaling over indicatiestelling zijn cruciaal. Indicatiestelling gebeurt op basis van (1) een kwaliteitsvolle diagnostiek van het kind of de jongere en (2) onafhankelijk van het beschikbare aanbod.

In het recent gepubliceerde Perspectief! (p. 63) dat een evaluatie en update inhoudt van het Globaal Plan Jeugdzorg uit 2006, wordt gesteld dat de toeleiding naar het team indicatiestelling van de intersectorale toegangspoort, alvast in het kader van vrijwillige hulpverlening, kan

---

23 Artikel 19 uit het Decreet van 7 mei 2004 betreffende de integrale jeugdhulp (B.S. 11.X.2004).

gebeuren door iedere erkende hulpverlener, mits aanmelding bij de intersectorale toegangspoort door middel van een uniform aanmeldingsformulier D. Dit formulier dient te bevatten: een analyse van de hulpvraag, een synthese van diagnostische inzichten, een beschrijving van de leefsituatie, en een beschrijving van de gewenste hulpverlening in typemodules. Het team indicatiestelling kan, indien gewenst om bijkomende informatie en/of een diagnostisch onderzoek vragen<sup>24</sup>. Voor de vrijwillige jeugdhulpverlening zal de indicatiestelling dus gebeuren door de intersectorale toegangspoort. Voor gedwongen hulpverlening via de jeugdrechtbank wordt een gelijkaardig pad uitgetekend.

### 2.3.2 Indiciestelling voor pleegzorg binnen de huidige (jeugd)hulpverlening in Vlaanderen

In Vlaanderen komt pleegzorg vooralsnog voor in het zorgaanbod van vier te onderscheiden sectoren (Verreth, 2009). Niet in elke sector wordt op dit ogenblik in de regelgeving evenveel aandacht besteed aan een afgewogen diagnose, indicatiestelling en zorgtoewijzing. Niettemin zijn er veelal wel duidelijke bepalingen opgenomen betreffende de rol en taakomschrijving van de verwijzer (consulent of toeleider tot de hulpverlening), het opmaken van een verslag en het hulpverleningsplan<sup>25</sup>, en de doelgroep en voorwaarden voor toegang tot de hulpverleningsvorm. Deze worden hieronder weergegeven voor pleegzorg in de vier sectoren in Vlaanderen.

#### 2.3.2.1 Vrijwillige hulpverlening via de Bijzondere Jeugdbijstand bij problematische opvoedingssituaties (POS)

Elke beslissing om binnen de Bijzondere Jeugdbijstand vrijwillige hulpverlening te organiseren wordt voorbereid door een screening, een diagnose, een hulpverleningsplan en een indicatiestelling. In de screening verzamelt de consulent van de sociale dienst voor vrijwillige jeugdbijstand zoveel mogelijk relevante gegevens, inzonderheid over de jongere, zijn gezin, zijn school of werksituatie, zijn bredere sociale omgeving en de reeds eerder georganiseerde hulpverlening. In de diagnose geeft de consulent, ondersteund door een Multidisciplinair Team, door middel van een beschrijvend en een besluitend rapport een duidelijk beeld van de problematische opvoedingssituatie waarbij de hulpvraag, de problematieken en de aangrijpingspunten voor een mogelijke oplossing in een zinvol verband worden gebracht. Het hulpverleningsplan

24 Een tegenstrijdigheid tussen *Perspectief!* en de eerdere vermelde bepalingen in regelgeving en andere beleidsdocumenten omtrent indicatiestelling zit in het feit dat er, althans voor de vrijwillige hulpverlening, reeds besluiten inzake indicatiestelling moeten worden meegegeven aan de intersectorale toegangspoort, terwijl net het team indicatiestelling binnen de intersectorale toegangspoort moet waken over de kwaliteit van de indicatiestelling en de onafhankelijkheid ten opzichte van het bestaande en beschikbare hulpaanbod.

25 Met betrekking tot het hulpverleningsplan is er geen eenduidig gebruik van het begrip. Het is met andere woorden niet duidelijk welke de positie is van het hulpverleningsplan in het besluitvormingsproces zoals beschreven in 2.2.1. Zo kan, naargelang de bron, het opmaken van een hulpverleningsplan in feite ondergebracht worden zowel onder de fase indicatiestelling, als in de fase na de plaatsing (dus na het eigenlijke besluitvormingsproces). Het verder uitdiepen van dit concept valt buiten het bestek van deze studie.



vermeldt de doelstellingen die binnen een bepaalde termijn met de vrijwillige hulpverlening worden beoogd. De indicatiestelling bepaalt het aangepaste kader voor de realisatie van het hulpverleningsprogramma. Met abstractie van het bestaande hulpaanbod wordt in volgorde van prioriteit vastgesteld welk hulpaanbod geëigend is<sup>26</sup>.

Indicatiestelling moet dan onafhankelijk van het beschikbare hulpaanbod worden opgesteld, ze is niet los te zien van het aanbod aan hulpverleningsvormen. Zeven hulpverleningsvormen (typemodules) inzake pleegzorg worden voorzien door de Bijzondere Jeugdbijstand voor kinderen en jongeren in een problematische opvoedingssituatie (POS) of die een als misdrijf omschreven feit (MOF) hebben gepleegd.

1. Kort verblijf in een pleeggezin voor kinderen en jongeren in een problematische opvoedingssituatie of die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr: 6070)
2. Kort verblijf in een pleeggezin voor kinderen en jongeren in een problematische opvoedingssituatie of die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en intensieve, mobiele en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr: 6071)
3. Lang verblijf in een pleeggezin voor kinderen en jongeren in een problematische opvoedingssituatie of die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr: 6072)
4. Lang verblijf in een pleeggezin voor kinderen en jongeren in een problematische opvoedingssituatie of die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en intensieve, mobiele en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr: 6073)
5. Lang verblijf in een pleeggezin en mobiele en ambulante behandeling en training voor kinderen en jongeren in een problematische opvoedingssituatie of die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr: 6074)
6. Onderbroken verblijf in een pleeggezin voor kinderen en jongeren in een problematische opvoedingssituatie of die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr: 6075)
7. Lang verblijf in of nabij een pleeggezin en mobiele en ambulante begeleiding en training voor jongeren in een problematische opvoedingssituatie of die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd, en mobiele en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr: 6076)

#### 2.3.2.2 Gedwongen hulpverlening via de Jeugdrechtbank.

Kinderen en jongeren kunnen omwille van twee situaties worden doorverwezen door de jeugdrechtbank: wanneer ze zich bevinden in een problematische opvoedingssituatie of wanneer ze een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd. Niettegenstaande dit onderscheid

---

26 *Artikel 47 uit het Besluit van de Vlaamse Regering van 8 december 1998 betreffende de organisatie en de werking van de comités voor bijzondere jeugdzorg (B.S.27.III.1999)*

wordt veelal geacht dat kinderen en jongeren die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd ook geconfronteerd worden met een problematische opvoedingssituatie thuis. Deze kinderen/jongeren krijgen door de jeugdrechter een maatregel opgelegd en worden vervolgens doorverwezen door de consulenten van de sociale dienst van de jeugdrechtbank. Hij of zij is deskundig om het kind of de jongere te helpen en volgde daarvoor een speciale opleiding. Elke kind of jongere heeft zijn/haar eigen consulent. De belangrijkste taak van een consulent is ervoor te zorgen dat het kind of de jongere de meest geschikte hulpverlening krijgt. Aan de hand van een maatschappelijk onderzoek adviseert de consulent de jeugdrechtbank over de meest gepaste maatregel. De jeugdrechter houdt bij zijn beslissing doorgaans rekening met het verslag en het advies van de consulent. Nadien stelt de consulent een hulpverleningsprogramma op en hij of zij organiseert de hulpverlening. Wanneer de jeugdrechter besluit tot uithuisplaatsing, zal de consulent uitzoeken waar het kind of de jongere het best geplaatst wordt. Ook hier beslist de jeugdrechter over de aard en duur van de plaatsing<sup>27</sup>.

De regelgeving voorziet relatief veel specifieke bepalingen met betrekking tot de navorsingopdrachten van de consulenten van de jeugdrechtbank. Hoewel de terminologie afwijkt van de binnen het kader van Integrale Jeugdhulp gehanteerde termen, wordt ook hier gewag gemaakt van diagnose, indicatiestelling en zorgtoewijzing. Anders dan binnen de rechtstreeks toegankelijke hulpverlening zoals voorzien binnen de Integrale Jeugdhulp, wordt bij de gedwongen hulpverlening door de jeugdrechtbank geen opsplitsing gemaakt van het takenpakket van de consulenten van de jeugdrechtbank wat betreft diagnose, indicatiestelling en zorgtoewijzing. Zo wordt aan de consulenten een schriftelijk verslag gevraagd, alsook een gemotiveerd advies met een antwoord op de vraag of vrijwillige hulpverlening mogelijk of aangewezen is. Het verslag bevat minstens (1) een concrete beschrijving, een analyse en desgevallend een diagnose van de situatie die de aanleiding vormt tot de gerechtelijke tussenkomst, en een weergave van de ontwikkelingen sinds de aanmelding tot het ogenblik van de verslaggeving; (2) een beschrijving en evaluatie van de reeds gerealiseerde bijstand en hulp; (3) gegevens waaruit moet blijken of hulpverlening op vrijwillige basis al dan niet mogelijk of aangewezen is; en (4) zo nodig, de aanduiding van de doelstellingen die met de gerechtelijke hulpverlening worden beoogd; en daarbij (5) een voorstel tot pedagogische maatregel, die het aangepaste kader vormt om de doelstellingen te realiseren; (6) desgevallend de aanduiding van de voorziening waaraan de uitvoering van de pedagogische maatregel kan worden toevertrouwd en de voorziene duur van de maatregel; en (7) tot slot nog een aantal bepalingen met betrekking tot de te dekken kosten. Tijdens de uitvoering van deze navorsingsopdracht worden de jongere en de personen die over hem het ouderlijk gezag uitoefenen of hem onder hun bewaring hebben, door de met de zaak belaste consulent gehoord en wordt hun bereidheid tot medewerking aan de realisatie van het hulpverleningsprogramma getoetst.

---

27 *Besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 1991 houdende de organisatie en werkwijze van de sociale diensten van de Vlaamse Gemeenschap bij de jeugdrechtbanken (B.S. 17.X.1991).*

### 2.3.2.3 Gezinsondersteunende pleegzorg via Kind & Gezin

Kind en Gezin vraagt al jaren een vaste erkenning van deze vorm van pleegzorg. Voor deze sector is vooralsnog weinig in regelgeving gegoten (Verreth, 2009), en wettelijke bepalingen met betrekking tot diagnose, indicatiestelling en zorgtoewijzing zijn er niet. In de recent afgesloten Convenant tussen de Vlaamse Gemeenschap en de Diensten voor Gezinsondersteunende Pleegzorg (geldig van 1 januari 2009 tot 31 december 2011) wordt de basisopdracht van deze diensten uiteengezet: het in kaart brengen van een aanmeldingsvraag; het via vraagverheldering nagaan of gezinsondersteunende pleegzorg, en welke vorm van pleegzorg de meest geschikte oplossing is; of het via vraagverheldering nagaan of een steungezin de meest geschikte oplossing is. Artikel 2 uit deze overeenkomst bepaalt dat bij aanvang van de opvang door de dienst een ondersteuningsplan wordt opgesteld in overleg met de ouders. Dit ondersteuningsplan, dat de leidraad vormt voor de opvang van het kind en voor de begeleiding door de dienst, bevat minstens de volgende onderdelen: (1) de identiteit van het kind, de ouders, het pleeg- of steungezin en andere betrokkenen; (2) de situatie waaruit blijkt dat de opvang en begeleiding een gepast antwoord is op de hulpvraag van het gezin; (3) de aanvangsdatum en de voorziene duur van de opvang; (4) de beoogde doelstellingen bij het kind, zijn gezin en het pleeg-, of steungezin; (5) de voorgestelde methoden en werkwijzen om de doelstellingen te realiseren; (6) afspraken inzake de contacten tussen het pleegkind en zijn ouders; en (7) de taakverdeling en samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken partijen. Het ondersteuningsplan kan, na evaluatie en samspraak met de gebruikers, worden bijgesteld. Belangrijke bijstellingen worden schriftelijk vastgelegd.

Vier hulpverleningsvormen inzake pleegzorg worden voorzien door Kind en Gezin.

1. Zeer kort verblijf in een pleeggezin voor kinderen en mobiele en ambulante begeleiding voor hun gezin, met het oog op een terugkeer naar huis (Nr. 3030)
2. Kort verblijf in een pleeggezin voor kinderen en mobiele en ambulante begeleiding voor hun gezin, met het oog op een terugkeer naar huis (Nr. 3031)
3. Onderbroken verblijf in een opvanggezin voor thuiswonende kinderen en mobiele en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr. 3032)
4. Kort verblijf in een pleeggezin voor kinderen en mobiele en ambulante begeleiding voor hun ouders, in het licht van een mogelijke adoptie (Nr. 3033)

Kind en Gezin voorziet daarnaast nog een module:

5. Opvoedings- en netwerkondersteuning door een steungezin ten aanzien van een steunvragend gezin (Nr. 7085).

### 2.3.2.4 Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

Indicatiestelling, wordt in de wettelijke bepalingen voor het VAPH, omschreven, zij het relatief beperkt. Indicatiestelling wordt door het VAPH gedefinieerd<sup>28</sup> als de multidisciplinaire evaluatie aan de hand waarvan wordt bepaald wie beschouwd kan worden als een persoon met een handicap en wat de aard en de graad van ondersteuning is die vereist is om maatschappelijke integratie mogelijk te maken. Indicatiestelling behoort tot de kerntaken van het agentschap. Deze kerntaken worden omschreven als: (1) de organisatie van de ondersteuning van personen met een handicap en van de leefomgeving waarin zij verblijven; en (2) het specificeren van de criteria met het oog op de afbakening van de doelgroep van personen met een handicap, het organiseren van de indicatiestelling en de toewijzing.

Bij het VAPH staan, na de fase van aanmelding, Multidisciplinaire Teams (MDT's) in voor diagnose en indicatiestelling voor personen met een handicap. Dit wordt neergelegd in het multidisciplinair verslag. In het verslag komen volgende zaken aan bod: (1) alle gegevens die van belang zijn om te kunnen oordelen over de handicap en de vraag tot bijstand; (2) medische, psychologische en sociale achtergrond van de persoon met een handicap, gegevens omtrent opleiding en specifieke problematiek; (3) resultaten van eigen onderzoek van het team, maar ook relevante verslagen van onderzoeken en behandelingen van andere diensten (bijvoorbeeld ziekenhuizen) kunnen in het verslag opgenomen worden. Het verslag geeft antwoord op volgende vragen: (1) Is de handicap van betrokkene ernstig en langdurig?; (2) In welke mate wordt de persoon met een handicap beperkt in zijn wonen, vrije tijd, ...?; en (3) Welke hulp heeft de persoon met een handicap precies nodig? De gewenste hulpverlening wordt vervolgens getoetst in een Provinciale Evaluatie Commissie (PEC). De PEC is samengesteld uit mensen die geen deel uitmaken van de administratie van het VAPH, onder andere juristen, psychologen, pedagogen, artsen, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten en ervaringsdeskundigen. De PEC formuleert een antwoord op de volgende vragen:

- Voldoen de beperkingen van betrokkene aan de definitie handicap zoals die gehanteerd wordt binnen het VAPH?
- Bij een vraag naar Individuele Materiële Bijstand (IMB): Welk interventieniveau(s) en functiebeperking(en) zijn van toepassing?
- Bij een vraag naar zorg: Komt de gevraagde zorg overeen met de doelgroep van de soort zorg die wordt gevraagd?
- Bij een vraag naar zorg: Stemt het gevraagde bijstandsniveau overeen met het niveau aan ondersteuningsbehoefte van de aanvrager?

Mocht blijken dat de gegevens uit het multidisciplinair verslag onvolledig of onduidelijk zijn, dan zal de PEC om bijkomende gegevens vragen, zowel aan de persoon met een handicap als aan het MDT (Praktijkgids voor Multidisciplinaire Teams, 2009).

28 *Decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, BS 111.6.2004.*

Voor het plaatsen van gehandicapten in pleegzorg wordt een programmatiernorm voorzien<sup>29</sup>. Verder voorziet het VAPH vier hulpverleningsvormen die pleegzorg bevatten.

1. Lange mobiele en ambulante begeleiding door een particulier voor jongeren met een (vermoeden van) handicap (Nr. 7040)
2. Kort verblijf in een pleeggezin voor kinderen en jongeren met een (vermoeden van) handicap en mobiele en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr. 7041)
3. Lang verblijf in een pleeggezin voor kinderen en jongeren met een (vermoeden van) handicap en mobiele en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr. 7042)
4. Onderbroken verblijf in een pleeggezin voor kinderen en jongeren met een (vermoeden van) handicap en mobiele en ambulante begeleiding voor hun gezin (Nr. 7043)

## 2.4 Indicatiestelling en visie op pleegzorg

De indicatiestelling voor pleegzorg verschilt bovendien naargelang de doelstelling die men binnen de jeugdhulpverlening met een plaatsing in een pleeggezin wilt bereiken. In verschillende landen wordt die doelstelling anders, en in meer of mindere mate expliciet ingevuld. Dit heeft ontegensprekelijk gevolgen voor de variatie aan pleegzorgvormen die men binnen de jeugdhulpverlening voorziet (zie ook Verreth, 2009). Hier worden, althans wat Vlaanderen betreft, enkele relevante beleidsdocumenten doorgelicht op de daarin geëxpliciteerde visie omtrent pleegzorg. Vervolgens wordt gekeken naar de Angelsaksische landen waar vanuit het beleid reeds gedurende decennia een zeer expliciete keuze gemaakt wordt over de met pleegzorg te bereiken doelstellingen. Tevens wordt bekeken hoe het pleegzorgbeleid in Nederland de laatste jaren een steeds meer uitgesproken visie krijgt, met name vanuit het werkveld en de academische wereld.

### 2.4.1 Pleegzorg in Vlaanderen, een pragmatisch zorgmodel<sup>30</sup>?

In het Vlaamse Globaal Plan Jeugdzorg (2006) werd voor het eerst vormgegeven aan een meerjarenplan voor de jeugdzorg in Vlaanderen. Anno 2009 wordt dit plan geëvalueerd en geactualiseerd in 'Perspectief!'. De probleemstelling die aan de basis lag van het ontwikkelen van het Globaal Plan Jeugdzorg, namelijk de toenemende kloof tussen vraag en aanbod, blijkt ook de grote inzet voor 'Perspectief!'. Uitgangspunten van het Globaal Plan Jeugdzorg en Perspectief! zijn (1) diversiteit, de diverse vragen om jeugdhulp vragen om diverse antwoorden; en (2) een vraaggestuurd aanbod. Vooral in de ontwikkeling van Integrale Jeugdhulp staat de idee om vraaggestuurd te werken voorop. Dit wordt, althans met betrekking tot pleegzorg,

29 *Ministerieel Besluit van 1 december 2008 houdende de programmatie van de pleegzorg en de dienstverlening in de ambulante sector van de gehandicaptenzorg. Publicatie B.S.: 23.12.2008.*

30 *Voor een omvattend overzicht van pleegzorg in Vlaanderen wordt verwezen naar Verreth (2009).*

duidelijk geïllustreerd in het volgende citaat van de toenmalig Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

*Een van de moeilijkheden die we momenteel ondervinden bij de matching tussen pleegkind en kandidaat-pleegouder is dat het pleezorgaanbod van de Bijzondere Jeugdbijstand vandaag niet afdoende gedifferentieerd is. Ik ben ervan overtuigd dat een modulering van verschillende pleezorgvarianten - intensief, therapeutisch, kort- of langdurend, ... - met aangepaste financierings- en begeleidingsmodaliteiten ons in staat zal stellen om pleezorg gericht en meer op maat van de hulpvraag in te zetten, en dat we meer kinderen in een gezinssituatie zullen kunnen laten verblijven, eerder dan ze in een residentiële voorziening op te vangen. (...). Uit Veerle Heeren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, antwoord op vraag nr. 129 van 8 januari 2009, van Paul Delva.*

Beide uitgangspunten maken dat het pleezorgaanbod in Vlaanderen dan ook een veelheid aan pleezorgvormen beslaat. In het Globaal Plan Jeugdzorg werd tevens bepaald dat pleezorg een complementair hulpaanbod moet bieden en zo georganiseerd moet worden dat een (tijdelijke) combinatie met andere hulpverleningsvormen mogelijk is. Daartoe moeten duidelijke indicaties worden opgesteld zodat transparant wordt welke pleezorgvorm een kind of jongere nodig heeft.

In *Perspectief!* staat wel omschreven, zij het vaag, waar men met kinderen en jongeren in de bijzondere jeugdzorg naartoe wilt. Het 'welzijn' van kinderen, jongeren, en bij uitbreiding ervan, ook gezinnen wordt centraal gesteld door middel van een combinatie van: (1) Opvoedingsondersteuning; (2) Het organiseren van preventieve acties; (3) Een versterking van laagdrempelige en vrij toegankelijke hulpverlening; en (4) Een versterking van de jeugdzorg. Wat het welzijn van kinderen, jongeren en gezinnen precies moet inhouden en hoe men dat wilt bereiken wordt niet geëxpliciteerd. *Perspectief!* maakt nochtans wel, ondanks de eigen finaliteit, namelijk jeugdzorg in de 'enge' zin van het woord, melding van het streven dat kinderen en jongeren moeten kunnen opgroeien in een veilige en evenwichtige opvoedingssituatie (p. 33). Met betrekking tot pleezorg wordt deze doelstelling geconcretiseerd in opvang in gezinsverband. *Perspectief!* definieert pleezorg immers als zijnde: een gezin engageert zich voor korte of lange tijd om kinderen en jongeren (en volwassenen) die niet in hun natuurlijke omgeving kunnen blijven de kans te geven om toch in gezinsverband opgevangen te worden (p. 55). Met 'opvang in gezinsverband' komt men wel tegemoet aan het streven naar een situatie waarin kinderen en jongeren in een veilige en evenwichtige opvoedingssituatie kunnen opgroeien, men zegt niet expliciet welk 'welzijn' men voor die kinderen en jongeren wilt bereiken<sup>31</sup>. De - althans in *Perspectief!* vermelde - reden voor het centraal stellen van pleeg-

31 Slechts bij het bespreken van het trainingsprogramma van pleegouders (p. 61) wordt voor het eerst gesproken over de ontwikkelingskansen van pleegkinderen, maar dit wordt niet verder uitgewerkt. Ook in het Globaal Plan Jeugdzorg wordt slechts eenmaal zijdelings gewag gemaakt van het 'positief beïnvloeden van ontwikkelingskansen' wanneer orthopedagogische pleezorg ter sprake komt (p. 39).

zorg is eerder pragmatisch van aard, dan ideologisch. Pleegzorg in Vlaanderen zou nog een zekere groeimarge hebben, met name wanneer men cijfermatig een vergelijking maakt met landen als het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Verder wordt er, vanuit het gegeven dat bijna één op twee pleeggezinnen een netwerkpleeggezin is, gefocust op netwerkpleegzorg met de uitbouw van een module netwerkonderzoek en een aangepaste vorm van begeleiding voor netwerkpleeggezinnen. Tenslotte staat – zoals eerder vermeld – diversiteit voorop, ook in pleegzorg, in het bijzonder diversiteit van pleegouders (naar etnische afkomst), diversiteit in pleegzorgvormen en combineerbaarheid van pleegzorg met andere hulpverlening (voor meer hulp op maat). Voor deze beleidsacties wordt geen wetenschappelijk onderbouwde motivatie meegegeven in *Perspectief!* (p. 58).

*Perspectief!* geeft, met betrekking tot pleegzorg, ook enkele werkprincipes mee wanneer er sprake is van uithuisplaatsing. Zo voorziet men voor kinderen tussen nul en drie jaar enkel opvang in een Centrum voor Kind en Gezin (CKG) of in een pleeggezin en voor kinderen tot zes jaar moet pleegzorg de eerste te onderzoeken optie zijn. In feite geeft men met deze werkprincipes een start voor het opstellen van indicaties en contra-indicaties voor pleegzorg versus andere vormen van (jeugdhulp)verlening, zij het dat wetenschappelijke validering vooralsnog ontbreekt. Zodoende kan men de beleidsvisie omtrent pleegzorg, en de wijze waarop dit wordt uitgewerkt niet los zien van indicatiestelling.

Echter, door geen explicietere doelstellingen neer te schrijven voor de jeugdhulpverlening, en pleegzorg in het bijzonder, mist men in feite de kans om verder te kijken dan het bestaande vraag en aanbod. Het is wenselijk om de aanbodzijde te ondersteunen en vorm te geven vanuit een welbepaalde, duidelijk omliggende visie omtrent het welzijn dat men voor kinderen en jongeren in problematische opvoedingssituaties wilt bereiken. Het debat over de kwaliteit en de uitbreiding van het aanbod kan – binnen duidelijk omschreven doelstellingen – dan een meer eenduidige richting krijgen dan binnen het nu gehanteerde zorgmodel waarin de uitgangspunten diversiteit en vraaggestuurd werken centraal staan. In *Perspectief!* wordt immers melding gemaakt van de reflectie dat er, naast het realiseren van 'meer' aanbod, ook innovatief moet worden nagedacht of (en hoe) het aanbod anders kan worden ingezet. Vanuit bovenstaande verzuchting naar een duidelijkere geëxpliciteerde beleidsvisie over de doelstellingen van de jeugdhulpverlening is deze aanzet tot nadenken over het aanbod meer dan wenselijk.

#### **2.4.2 Het kan ook anders: ideologie en expliciete doelstellingen voor pleegzorg in Angelsaksische landen**

Er zijn landen waar reeds geruime tijd een zeer expliciete beleidsvisie rond pleegzorg werd ontwikkeld en geïmplementeerd. Bij wijze van voorbeeld wordt hier 'Permanency' besproken, als concept en als beleidsvisie (in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk).



Het concept 'Permanency' is gebaseerd op bepaalde waarden, waaronder het primaat van het gezin, de betekenis van biologische banden en het belang van een goede hechtingsrelatie tussen ouder en kind, dit vanuit de opvatting dat kinderen het best opgroeien in koesterende, stabiele gezinnen. Echter, er is geen garantie op 'Permanency', noch bij de ouders, noch elders. 'Permanency' betreft een intentie, en het feit dat gezinnen deze intentie om samen te blijven, uitdrukken – wettelijk en op andere wijzen – is cruciaal voor het welzijn en het gelukkig en gezond opgroeien van kinderen. De ultieme doelstelling van 'Permanency' is het verzekeren van een veilige leefomgeving met levenslange banden met volwassenen die het kind helpen ook lang na het bereiken van de meerderjarigheid. Voor de meeste kinderen wordt dit bereikt binnen het gezin van herkomst, bijgevolg zou een terugkeer naar de ouders de primaire doelstelling moeten zijn. Waar een terugkeer naar de ouders niet mogelijk is of niet wenselijk voor het kind, dan is adoptie 'the next best option' aangezien adoptie meer stabiliteit biedt en het kind de kans geeft om een blijvende hechtingsrelatie op te bouwen met zijn/haar zorgouders. Men is immers van mening dat pleegzorg wel een veilige plaats kan bieden aan kinderen, als ook de nodige tijd om hun behoeften in kaart te brengen, maar dat het vaak ongeschikt is als lange termijnoplossing. Dit is net omwille van de tijdelijkheid van het arrangement dat daarbij ook onderhevig is aan een zeker risico op het voortijdig beëindigen ervan.

De oorsprong van deze beleidsdoelstelling ligt in de jaren '50 in de Verenigde Staten met wetenschappelijke onderzoeken die de negatieve gevolgen aantoonde van de onzekerheid die een plaatsing in (langdurige) pleegzorg met zich meebrengt, en die werden gevoed door de 'Attachment Theorie' van Bowlby (zie ook eerder in hoofdstuk 1). Men concludeerde dat kinderen zekerheid nodig hadden (voor een optimale hechtingsontwikkeling) en dat die zekerheid het best kon worden gerealiseerd binnen het gezin van herkomst. Indien dit niet mogelijk is, dan is adoptie een waardig alternatief. Tot in de jaren '70 bleven de diensten voor kinderscherming ('Child Protective Services' of CPS) echter nog werken met een zorgfocus, eerder dan een focus op 'Permanency' en werden uithuisgeplaatste kinderen zelden teruggeplaatst of geplaatst in een ander 'permanent' gezin. In 1980 definieerde de baanbrekende 'Adoption Assistance and Child Welfare Act' pleegzorg als een "tijdelijke" vorm van hulpverlening aan kinderen en jongeren; en het streven naar 'Permanency' werd het ankerpunt van de kinderscherming in de Verenigde Staten. Dit betekent dat men vanaf de eerste dag in het pleeggezin begint te werken aan de terugkeer naar de ouders, of, indien dit niet mogelijk is, naar het zoeken naar een ander permanent gezin (Maluccio e.a., 1986). Ook in het Verenigd Koninkrijk werd adoptie van pleegkinderen voorzien als middel om meer 'Permanency' te bereiken (Schofield & Simmonds, 2009, zie ook Verreth, 2009).

In de Verenigde Staten wordt – in het kader van het zoeken naar 'Permanency' voor pleegkinderen - sinds het einde van de jaren negentig een model van 'Concurrent Planning' gehanteerd. 'Concurrent Planning' is defined as to work towards family reunification while, at the same time, developing an alternative permanent plan (Katz, 1994). Het betreft zowel een beleids- als een praktijkdoelstelling, waarbij tegelijkertijd inspanningen worden geleverd voor hereniging

met de ouders, als voor adoptie, met een gezinshereniging dus wel als eerste maar niet als enige doelstelling (Frame e.a., 2006). Men poogde op deze manier de lange wachttijden voor kinderen in tijdelijke zorgvoorzieningen te doen dalen, zonder de kans op 'Permanency' teniet te doen. Essentiële elementen bij 'Concurrent Planning' zijn: (1) het vroegtijdig onderzoeken of er een kans is op hereniging met de ouders; (2) het ontwikkelen van simultane sporen voor het pleegkind zodanig dat wanneer een terugkeer naar de ouders alsnog uitgesloten is, er een alternatieve, langdurige plaatsing beschikbaar is; (3) een plaatsing in een pleeggezin met pleegouders die het pleegkind willen adopteren als de hereniging met de ouders mislukt; (4) volledige openheid ten aanzien van de ouders; (5) frequente bezoeken van/aan de ouders; en (6) een focus op een permanente oplossing, met hereniging met de ouders als de eerste, maar dus niet de enige optie (Katz, 1999; Katz e.a., 1994).

Hoewel 'Permanency' als beleidsdoelstelling in de Verenigde Staten niet onbetwist is gebleven - de praktijk bleek niet altijd in staat om de doelstellingen te realiseren (de cijfers uit hoofdstuk I illustreren dit) - en er doorheen de jaren bijsturing nodig was, bleef 'Permanency' als streefdoel binnen de pleegzorg overeind (Fein & Maluccio, 1992) en werd er vanuit de academische wereld zelfs voor gepleit om een 100% 'Permanency'-doelstelling voorop te stellen (met uitsluiting van lange termijnpleegzorg of voogdijvormen) (Barth, 1997). Zo voorzag de 'Adoption and Safe Families Act' uit 1997 een correctie van problemen die ontstonden naar aanleiding van de 'Adoption Assistance and Child Welfare Act'. Veel staten bleken de wet verkeerdelijk interpreteerden. Men veronderstelde onterecht dat biologische gezinnen ten allen tijde samen moesten worden gehouden. De 'Adoption and Safe Families Act' bracht een fundamentele ommekeer teweeg in het denken over kinderwelzijn door de focus te verschuiven in de richting van de gezondheid en veiligheid van kinderen, weg van een beleid waarin kinderen opnieuw thuis worden geplaatst, ongeacht de voorgeschiedenis van het gezin of zoals één van de grote voorstanders nieuwe wet zei: *"We will not continue the current system of always putting the needs and rights of the biological parents first. ... It's time we recognize that some families simply cannot and should not be kept together"*<sup>32</sup>.

Over 'Permanency' als - in de regelgeving expliciet opgenomen en beschreven - streefdoel voor pleegzorg in de Verenigde Staten, en ook in het Verenigd Koninkrijk, is het laatste woord wellicht nog niet gezegd. De cijfers over voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen in hoofdstuk I en de eerder vermelde moeilijkheid om 'Permanency' in de praktijk te realiseren illustreren deze stelling. De hier gemaakte beleidskeuze impliceert hoe dan ook dat pleegzorg een specifieke plaats krijgt in het zorglandschap. Onder een 'Concurrent Planning' model, wordt de vraag naar indicaties voor pleegzorg niet als dusdanig gesteld. Anders gezegd, de fase van indicatiestelling krijgt er niet de aandacht die nodig is. In feite wordt er in de Verenigde Staten en in het Verenigd Koninkrijk van uit gegaan dat voor elk kind, dat op een redelijke termijn niet terug kan naar de ouders, een adoptiegezin (of langdurig pleeggezin) moet wor-

---

32 Republikeins Senator John H. Chafee uit Rhode Island) in: Katherine Q. Seelye (1997-11-17). "Clinton to Approve Sweeping Shift in Adoption". *The New York Times*.

den gezocht. Wanneer dit niet mogelijk of wenselijk is, worden andere alternatieven bekeken (alternatieve pleegzorgvormen of residentiële zorg). Dit in tegenstelling tot de visie in Vlaanderen, waar relatief veel aandacht gaat naar een diversiteit aan specifieke pleegzorgvormen en bijhorend de vraag naar indicaties voor elk van deze pleegzorgvormen (die elk een specifieke pleegzorgvraag moeten beantwoorden) en waar de rechten van ouders, ook na uithuisplaatsing, nog worden gevrijwaard in de regelgeving.

### 2.4.3 Nederland: de gulden middenweg tussen pragmatisme en ideologie?

In het Nederland van de jaren '80 en '90 ging men ervan uit dat – conform de Wet op de Jeugdhulpverlening (1 juli 1989) - uithuisplaatsing een ingrijpende beslissing is die zoveel mogelijk moest vermeden worden. Conform het subsidiariteitsprincipe van de minst ingrijpende interventie moet hulpverlening zo kort mogelijk, zo licht mogelijk, zo nabij mogelijk en zo tijdig mogelijk plaatsvinden en moet men zoveel mogelijk uithuisplaatsingen voorkomen. Dit leidde tot meer aandacht voor preventie, en ambulante hulp. In geval van uithuisplaatsing had pleegzorg de voorkeur op plaatsing in tehuizen. Dit maakte dat de algemene opvatting over de plaats (en indicaties voor pleegzorg) als volgt luidde: “pleegzorg is aangewezen behalve ... “ gevolgd door een lijst van contra-indicaties. Men hanteerde in feite een soort besluitvormingsmodel gebaseerd op het principe 'good enough care' (Strijker e.a., 2002): een kind dat wordt verwezen naar pleegzorg komt maar in aanmerking wanneer er geen betekenisvolle contra-indicaties zijn.

Meer recent worden door pleeghulpverleners in Nederland twee doelstellingen nagestreefd: (1) continuïteit in het leven van het kind en (2) flexibiliteit in bijkomende ondersteuning (De Meyer, 2003). Momenteel is er ook, althans in Nederland, nood aan een eenduidig en kindgericht beleid in de jeugdzorg. Over het doel ervan is men het alvast eens (zie ook Verreth, 2009). In 2000 werd in Nederland een voor de pleegzorg belangrijk project afgerond: 'Trillium'. Met het Trillium-project lijkt er binnen de pleegzorg voor het eerst helderheid te zijn ontstaan over de missie en de opdrachten waar pleegzorg in Nederland voor staat. Het belangrijkste resultaat van het Trillium-project zijn de projecten 'Terug naar huis'. Deze projecten geven vorm aan de nieuwe pleegzorgvisie, die inhoudt dat er twee soorten pleegzorg zijn, die afhankelijk zijn van de mogelijkheden van de ouders van het pleegkind. Hebben ouders nog mogelijkheden, dan moet alles op alles gezet worden om op korte termijn terugkeer naar huis mogelijk te maken (de hulpverleningsvariant). Is dat niet het geval, dan moeten zowel pleegkinderen en pleegouders als ouders de duidelijkheid krijgen dat het kind langere tijd of zelfs permanent in het pleeggezin blijft, met een duidelijke rol voor de ouders (de opvoedingsvariant). Het onderscheid tussen beide varianten is niet zozeer gebaseerd op de duur van het verblijf bij een pleeggezin. Het verschil zit hem zowel in het doel van de hulp als in de middelen die ingezet worden. In het eerste geval gaat het erom dat de gezinssituatie zo snel mogelijk weer leefbaar gemaakt wordt. Daarvoor is intensieve hulp in de vorm van gezinstherapie of individuele begeleiding nodig. Bij de opvoedingsvariant staat het belang van het kind

voorop. Het kind heeft behoefte aan een goede opvoedingssituatie die bij de eigen ouders niet voorhanden is. De Trillium werkgroep heeft dus geleid tot het opsplitsen van pleegzorg in twee groepen: een module in een zorgprogramma en een opvoedingsarrangement en beide worden aangeduid met de begrippen hulpverleningsvariant en opvoedingsvariant.

In Nederland hanteert men dus zowel een hulpverleningsperspectief als een opvoedingsperspectief in de pleegzorg<sup>33</sup>. Het hulpverleningsperspectief is een strategie waarin men stelt dat "... een uithuisplaatsing in principe tijdelijk is en dat de ouders de zorg krijgen die nodig is om zelf weer de verzorging en opvoeding van hun kind op zich te nemen. Binnen zes maanden kan over het algemeen duidelijk zijn of de ouder die verantwoordelijkheid weer kan opnemen. In de loop van een tweede termijn van zes maanden gaat de minderjarige naar huis of worden de ouders op het besluit voorbereid tot een definitieve uithuisplaatsing" (Werkgroep Wetgeving 2006). Als bij een uithuisplaatsing reeds blijkt dat terugplaatsing niet mogelijk is, dan heeft het kind eveneens duidelijkheid nodig. Dat kan worden gegeven door het kind in een definitief pleeggezin te plaatsen (opvoedingsperspectief). Met name in de laatste variant wordt de nadruk gelegd op het belang van het kind. Het belang van het kind staat immers meermaals vermeld in Nederlandse regelgeving die kinderen aanbelangt, echter zonder definitie. In Nederland wordt gerefereerd naar het ontwikkelingsbelang en men wijst naar de psychologie en pedagogiek als zijnde de disciplines die kunnen bepalen welke inhoud hieraan moet worden gegeven. Vanuit het academische veld alvast één poging gedaan om een kader aan te bieden waarin het belang van het kind eenduidig en wetenschappelijk kan worden gedefinieerd (Van den Bergh & Weterings, 2007) en dat kan dienen als basis voor het opstellen van criteria voor indicatiestelling. Men vertrekt daarvoor van het concept het 'belang van het kind' zoals het in de wetgeving werd vermeld. Het belang van het kind houdt volgens Van den Bergh & Weterings (2007) in dat men een adequate ontwikkeling kan garanderen (zie ook 1.1). Conform met wat in de inleiding werd gezegd is de ontwikkeling van de hechtingscapaciteit vereist.

Ook hier zijn er gevolgen voor indicatiestelling naar pleegzorg toe. De visie die men heeft op wat men met pleegzorg wilt bereiken zegt immers veel over de plaats die pleegzorg inneemt in het zorglandschap en over de pleegzorgvormen die worden voorzien binnen de jeugdhulpverlening. De uitwerking van een dergelijke onderbouwde strategie maakt dat hulpverleners zich bij besluitvorming over uithuisplaatsing en dergelijke kunnen beroepen op deze strategie, hetgeen ertoe leidt dat het dan niet meer een enkele beslissing betreft van een individuele hulpverlener.

Hoewel in alle besproken landen, net als in Vlaanderen, een onderscheid wordt gemaakt tussen kortdurende en langdurige pleegzorg(vormen), wordt dit aanbod dus vanuit een andere visie vormgegeven en verhoudingsgewijs verschillend ingezet. Frappant is dat het Neder-

---

33 *De visie omtrent pleegzorg zoals uitgewerkt in de Trilliumdocumenten is (nog) niet opgenomen in de huidige geldende regelgeving (Verreth, 2009).*

landse opvoedingsperspectief dat hier wordt gepresenteerd in feite een gulden middenweg is tussen het Vlaamse zorgmodel en het Angelsaksische 'Concurrent Planning' model. Het perspectief onderscheidt zich van het Vlaamse zorgmodel door expliciet de nadruk te leggen op de ontwikkelingskansen van het kind, inzonderheid de hechtingsontwikkeling (zie 1.1) en pleegzorg daarop af te stemmen. Het onderscheidt zich van het Angelsaksische model door in een opvoedingsperspectief voor pleegzorg te voorzien, waarbij de rol van de ouders als zijnde blijvend belangrijk wordt geacht voor de hechtingsontwikkeling van het kind, zonder over te stappen naar adoptie (of andere permanente oplossingen) om een stabiele opvoedingssituatie te creëren.

## 2.5 Onderzoek naar de besluitvorming in de jeugdhulpverlening

Niet alleen kan en moet de wetenschap bijdragen aan de ontwikkeling van een beleidsvisie voor pleegzorg, ook voor de implementatie ervan in de praktijk is wetenschappelijke kennis nodig. Onderzoek naar modellen, instrumenten en criteria relevant voor de besluitvorming voor het plaatsen van kinderen in één of andere vorm van pleegzorg is daarbij niet los te zien van onderzoek naar de besluitvorming omtrent de noodzaak of de wenselijkheid van de scheiding ouder-kind of anders gezegd omtrent het (uit huis) plaatsen van een kind (of jongere). Uithuisplaatsing is bijgevolg te kenmerken als één beslissing in het hele besluitvormingsproces, een beslissing die in eerste instantie afhankelijk is van de ernst van de problematiek en de draagkracht van het gezin. Met de beslissing tot uithuisplaatsing is evenwel nog niet beslist welke hulpverleningsvorm het best voor plaatsing in aanmerking komt. Hier wordt dan ook ruim aandacht gegeven aan beide aspecten van het besluitvormingsproces<sup>34</sup>. Daarbij wordt telkens dieper ingegaan op wat wetenschappelijk onderzoek te zeggen heeft over het (te doorlopen) besluitvormingsproces, maar ook over de beslissingsmotieven en beslissingsstrategieën van hulpverleners en jeugdrechters.

Onderzoek naar de besluitvorming over pleegzorgplaatsingen kwam er pas in de jaren negentig (Emans & Robbroeckx, 1997). Temeer omdat de fase van indicatiestelling in Nederland maar in die periode zijn plaats heeft gekregen in het hele besluitvormingsproces. Daarbij komt dat uit diverse Nederlandse studies blijkt dat met name voor indicatiestelling en zorgtoewijzing weinig modellen en instrumenten beschikbaar zijn (Van Yperen, 1997) en dat basisdiagnostiek geen courante praktijk is in de jeugdhulpverlening, al moet worden gezegd dat deze thema's alvast in Nederland gedurende het laatste decennium wel meer frequent het onderwerp van onderzoek en werkgroepen zijn geweest (zie ook 2.2.1).

Anders dan in voorgaand hoofdstuk kan men hier niet zeggen dat de gepresenteerde vakliteratuur een coherent en volledig beeld geeft over de 'do's' and 'don'ts' van besluitvorming omtrent uithuisplaatsing, dan wel dat de hier besproken literatuur relatief recent is en slechts

34 *Hierbij moet echter worden opgemerkt dat niet in alle studies de besluitvorming tot uithuisplaatsing wordt onderscheiden van de beslissing om een kind in een pleeggezin te plaatsen.*

een indicatief en fragmentarisch beeld geeft van de beslissingsmotieven en de beslissingstrategieën van jeugdrechters en hulpverleners om een kind of jongere uit huis te plaatsen<sup>35</sup>. Daarbij komt dat veel onderzoek beschrijvend van aard is, met name het onderzoek naar de beslissingsmotieven van jeugdrechters en hulpverleners. Dit impliceert dat dergelijk onderzoek wel aangeeft welke motieven zij gebruiken om hun beslissing te staven, maar dat het geen wetenschappelijk gevalideerde criteria voor besluitvorming ten behoeve van indicatiestelling betreft. Daartoe is - zoals eerder gesteld - kennis nodig over de effectiviteit van bepaalde hulpverleningsvormen voor een bepaalde problematiek.

## 2.5.1 Het te doorlopen besluitvormingsproces tot uithuisplaatsing

### 2.5.1.1 'Why' en 'how' of anders gezegd de beslissingsmotieven en -strategieën

Meddin (1984) concludeerde medio jaren tachtig reeds dat er in de VS een gebrek is aan door de zorgaanbieder geformuleerde en empirische geteste criteria voor de besluitvorming omtrent het uithuisplaatsen van kinderen. Dit wordt tien jaar later door Depanfilis & Scannapieco (1994) bevestigd in een doorlichting van een tiental modellen voor de besluitvorming tot uithuisplaatsing. Beslissingen moeten vaak individueel worden genomen in een context van onzekerheid, met zwaar geladen waardeoordelen en met een gebrek aan basisinformatie over het verleden en de toekomst van het kind, met als gevolg een gebrek aan uniformiteit van de dienstverlening naar cliënten. Verschillende studies in Australië hebben aangetoond dat besluitvorming ginds omtrent het plaatsen van kinderen in pleeggezinnen anno 2000 nog steeds gebaseerd is op zeer weinig informatie, vaak omdat hulpverleners niet over de nodige informatie beschikken (Barber & Delfabbro, 2003). Het gebrek aan informatie slaat daarbij op twee aspecten, namelijk informatie met betrekking tot (1) de vormelijke criteria voor het te doorlopen besluitvormingsproces en (2) de inhoudelijke criteria voor het feitelijk besluiten tot uithuisplaatsing en het opstellen van het hulpverleningsplan. Hoewel in de strikte zin van het woord, indicatiestelling slechts het tweede aspect beslaat (zie 2.2.2.), komen de inhoudelijke criteria voor het besluiten tot uithuisplaatsing en het op te stellen hulpverleningsplan maar tot hun recht wanneer ze structureel ingebed zijn in een te doorlopen besluitvormingsproces.

Een andere, gelijkaardige, zienswijze omtrent de besluitvorming tot uithuisplaatsing spreekt van 'why' kinderen en jongeren uit huis worden geplaatst, en 'how' die beslissingen worden genomen (Backe-Hansen, 2003). In dit en een volgend deel komen dan ook bevindingen met betrekking tot beide aspecten van informatie aan bod. Maar de tweedeling 'why' (beslissingsmotieven) en 'how' (beslissingsstrategieën), geven niet alle aspecten van dit besluitvormingsproces weer.

---

35 Een interessant overzicht van oudere literatuur ter zake is er aan de hand van Knorth (1995).

Wat de informatie ('why') betreft waarop jeugdrechters en hulpverleners zich baseren bij het nemen van beslissingen geeft een onderzoek in de VS van Britner & Mossler (2002) aan dat verschillende categorieën van hulpverleners andere informatie betrekken in hun besluitvorming omtrent een pleegzorgplaatsing van een kind (in gevallen van kindermishandeling). Zo baseren hulpverleners en professionelen in de sector van de geestelijke gezondheidszorg zich op de ernst en het patroon van het misbruik en op informatie over vroegere hulpverlening en de respons van de ouders hierop. Jeugdrechters en voogden baseren zich op de kans dat het misbruik opnieuw zal gebeuren en op de capaciteiten van het kind om hiermee om te gaan. In een Australische studie werd de rechterlijke beslissing tot uithuisplaatsing in 150 cases van vermoedelijke kindermishandeling bestudeerd (Dalglish & Drew, 1989). De indicatoren die het meest geassocieerd worden met de rechterlijke beslissing tot uithuisplaatsing zijn de ernst van de mishandeling, de opvoedingscapaciteiten van de ouders en het gezinssysteem. Implicaties voor de praktijk zijn dat informatie over expliciete indicatoren zou moeten worden opgetekend in dossiers, en dat deze brongegevens kunnen worden gebruikt voor de opleiding van nieuwe krachten. Schuerman e.a. (1999) argumenteren dan weer dat hulpverleners (en experts) zich wel baseren op dezelfde informatie voor het beslissen tot uithuisplaatsing, maar dat met name voor de doorsnee cases verschillende 'cut points' worden gehanteerd (met als gevolg weinig overeenstemming tussen de beslissingen van de hulpverleners, en bij de experts).

Volgens Backe-Hansen (2003) werd in de literatuur totnogtoe vooral aandacht besteed aan het 'why', en veel minder aan het 'how'. In haar studie uit Noorwegen naar de door hulpverleners gehanteerde strategieën – 'how' – om te komen tot een beslissing tot uithuisplaatsing wordt indirect aangegeven dat beide aspecten van (een gebrek aan) informatie evenwel onmiskenbaar samenhangen. Backe-Hansen geeft twee types strategieën aan om een uithuisplaatsing te bepleiten. De ene strategie is gebaseerd op één enkel voor het kind zeer ongunstig element in het gezinsleven dat zwaar doorweegt zoals bijvoorbeeld het druggebruik van één of beide ouders. Ze noemt deze strategie de 'trump card' strategie. De andere strategie van Backe-Hansen is gebaseerd op een combinatie van verzamelde gegevens over het gezin waarbij het beeld van een zeer ongunstige en onveilige opvoedingssituatie wordt gecreëerd. Backe-Hansen noemt deze strategie de puzzelstrategie. Uit haar studie bleek dat hulpverleners beide strategieën ongeveer even vaak gebruiken. De eerste strategie is daarbij een tekenend voorbeeld van besluitvorming op basis van gebrekkige informatie, zowel vormelijk als inhoudelijk. Een ander voorbeeld komt uit een Fins onderzoek (Kähkönen, 1997) waarin men aangeeft dat de hulpverleners bij het verzamelen van informatie voornamelijk de moeder centraal stellen en daarbij te weinig oog zouden hebben voor de vader / partner en te weinig voor het kind zelf. Niettegenstaande bovenstaande vaststellingen blijkt - althans in het Verenigd Koninkrijk (zie 2.6.2.2.) waar hulpverleners na aanmelding op relatief korte tijd een eerste 'initial assessment' moeten uitvoeren waarin een doorgedreven en omvattend informatieverzameling over de case niet mogelijk is - dat ook het expliciteren van intuïtieve denkstrategieën reeds kan bijdragen aan een beter begrip over de initiële besluitvorming (Platt, 2005).



### 2.5.1.2 Een gestructureerd model voor de besluitvorming

Beslissingsmotieven en – strategieën krijgen vorm in wat Klomp & Van den Bergh (1999) de zogenaamde inhoudelijke modellen noemen. Voor het opmaken van hulpverleningsplannen maken zij een onderscheid tussen zogenaamde 'lege' modellen en inhoudelijke modellen. Inhoudelijke modellen gaan meestal uit van een bepaalde theoretische visie en/of van een bepaald werkveld. De 'lege' modellen betreffen procedures waarbij de hulpverlener binnen een bepaalde structuur de inhoud van de hulpverlening kan invullen, volgen en evalueren. Het betreft dan vormelijke criteria voor de besluitvorming tot uithuisplaatsing. Afgezien van dit onderscheid hebben zowel de lege modellen als de inhoudelijk modellen de functie beslissingen en (diagnostische) motieven waarop die beslissingen zijn gebaseerd doorzichtig te maken, en reiken ze een kader aan voor de evaluatie van de uitvoering van de bedoelde interventies. Dit biedt hulpverleners houvast bij hun professioneel handelen. Het hele hulpverleningsproces wordt daardoor explicieter en inzichtelijker gemaakt, wat de kwaliteit van de hulpverlening ten goede komt.

Wat de 'lege modellen' of vormelijke criteria betreft toont quasi-experimenteel onderzoek in de VS (Michigan) naar het effect van de implementatie van een gestructureerd besluitvormingsmodel aan dat voor tot 10% meer pleegkinderen 'Permanency' werd bereikt na 15 maanden uithuisplaatsing (Johnson & Wagner, 2005). Doran & Berliner (2001) identificeren op basis van een literatuurstudie drie vormelijke componenten in het besluitvormingsproces die in de vakliteratuur herhaaldelijk worden geïdentificeerd als zijnde belangrijk voor de verbetering van besluitvorming omtrent het plaatsen van kinderen en jongeren: (1) een systematisch en vroegtijdig 'assessment' van alle kinderen en jongeren die worden opgenomen in de jeugdhulpverlening; (2) het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten (onder andere voor het in kaart brengen van het psychisch functioneren van kinderen) ter ondersteuning van de besluitvorming; en (3) een multi-dimensioneel 'assessment' van de kinderen. Deze componenten zouden moeten vervat zitten in elk model voor het besluitvormingsproces tot uithuisplaatsing.

Een vormelijk aspect dat hier nog niet eerder wordt vermeld is de kwaliteit van de vastlegging in dossiers. Naast de kwaliteit van besluitvorming tot uithuisplaatsing speelt immers ook de kwaliteit van de verslaglegging in dossiers een belangrijke rol in de besluitvorming tot uithuisplaatsing. Al in 1983 stelde Veerman dat het met de kwaliteit van dossiers in Nederland niet best is gesteld: ze zijn vaak onsystematisch en onlogisch opgezet, de informatie is fragmentarisch en het taalgebruik is vaak verwarrend en vaag. In de Nederlandse Wet op de Jeugdhulpverlening 1989 was vastgelegd dat iedere verwijzende instantie een hulpverleningsplan en iedere pleegzorgdienst een begeleidingsplan dient op te stellen. Uit het onderzoek van De Meyer e.a. (s.d.) blijkt bijvoorbeeld dat in 46% van de toen door hen onderzochte dossiers geen hulpverleningsplan aanwezig is. Als dat wel het geval is blijkt de kwaliteit van de

verslaggeving nog niet optimaal te zijn. De Meyer e.a. vinden bijvoorbeeld dat in ruim 38% van de dossiers geen reden voor de plaatsing wordt gegeven.

Naast vormelijke vereisten zijn ook inhoudelijke criteria aangewezen om te komen tot een kwaliteitsvolle besluitvorming tot uithuisplaatsing. Doran & Berliner (2001) pleiten immers naast de eerder genoemde vormelijke componenten voor een gestructureerd besluitvormingsproces ook voor het gebruik van (wetenschappelijk gevalideerde) inhoudelijke criteria. Tegelijkertijd wijzen ze op een aantal problemen hieromtrent. Zo variëren bestaande instrumenten in hun capaciteit om accuraat de problemen en noden van kinderen in te schatten en zijn er geen inhoudelijke criteria voor plaatsing die gerelateerd zijn aan specifieke (al dan niet residentiële) opvangvormen (zie ook Wells, 1991). Ook is er, wat pleegzorg betreft, onduidelijkheid over de inhoud van verschillende gelijknamige (pleeg)zorgvormen zoals 'treatment foster care' en therapeutische residentiële zorg. Tot slot blijken hulpverleners weerstanden te hebben bij besluitvorming op basis van criteria in gestandaardiseerde instrumenten (Doran & Berliner, 2001).

Er zijn echter wel enkele studies naar het besluitvormingsproces die inhoudelijke criteria opnemen. Deze kunnen grosso modo worden onderverdeeld in kindkenmerken, ouderkenmerken en ouder-kindkenmerken. Uit diverse Nederlandse onderzoeken blijkt onder andere dat met name ouder- en ouder-kindkenmerken zoals opvoedingscondities en gezinsinteracties die inadequaat worden bevonden, een bepalende rol spelen in de besluitvorming tot uithuisplaatsing (voor een overzicht zie Knorth, 1995), eerder dan kind- of andere kenmerken. Gelijkwaardige resultaten zijn er ook elders. Meddin (1984) vroeg 81 hulpverleners (Illinois, VS) te reageren op een zestal casussen waarin in variërende mate van ernst sprake is van verwaarlozing en/of mishandeling van een kind. De vraag luidde of het kind uit huis geplaatst diende te worden en wat daartoe de overwegingen zijn. Vijf criteria bleken dominant in de besluitvorming: (1) het risico dat het kind loopt op verdere verwaarlozing en/of mishandeling; (2) de ernst van de verwaarlozing en/of mishandeling; (3) het lichamelijke en psychisch functioneren van de primaire verzorger van het kind; (4) de bereidheid tot samenwerking van de primaire verzorger met de hulpverlener; en (5) de leeftijd van het kind. Opmerkelijk is dat de psychosociale conditie van het kind zelf (kindkenmerk) hier niet wordt genoemd als belangrijk motief (Knorth, 1995). van Dam & ten Haaf menen (1999) dan – gestaafd door een overzicht van Nederlandse onderzoeksliteratuur - dat uithuisplaatsing gebeurt wanneer een minimale kwaliteit van opvoeding niet (langer) kan worden gegarandeerd. Daarin staat (1) de verhouding draagkracht-draaglast in een gezin centraal. Opvoedingssituaties en gezinsinteracties die door hulpverleners als inadequaat worden beoordeeld zijn: slechte lichamelijke of geestelijke conditie van de moeder; ernstige verwaarlozing/mishandeling, opvoedingsonbekwaamheid van de moeder; hevige gezinsconflicten en problematische gezinsrelaties. Daarnaast zijn er volgens van Dam & ten Haaf ook bijkomende overwegingen van belang: (2) de effectiviteit van eerdere hulpverlening; (3) de werkbaarheid van het cliëntsysteem (de veiligheid van de opvoedingssituatie (als enige doorslaggevende criterium), de motivatie van de betrokkenen

om mee te werken en de vaardigheden van de betrokkenen); (4) de leeftijd van het kind; (5) de emotioneel/affectieve reactie van het kind op de uithuisplaatsing; en (6) de duur van de uithuisplaatsing.

Kort samengevat kan men zeggen dat in een gestructureerd besluitvormingsproces voor het beslissen om een kind of jongere al dan niet uit huis te plaatsen naast de drie door Doran & Berliner (2001) genoemde componenten, nog twee andere componenten moeten aanwezig zijn om een zekere kwaliteit van de besluitvorming te garanderen. Deze componenten zijn: (1) een gedegen verslaggeving in het dossier; en (2) inhoudelijke criteria voor het beslissen tot uithuisplaatsing.

## 2.5.2 Indicaties voor de plaatsing in een pleeggezin

### 2.5.2.1 Beslissingsmotieven en – strategieën voor de plaatsing in een pleeggezin

Naar de beslissingsmotieven ('why?') van hulpverleners om een kind in pleegzorg dan wel in residentiële zorg te plaatsen is (net zoals eerder bij de besluitvorming tot uithuisplaatsing) relatief veel onderzoek verricht (Knorth, 1995), dit is minder het geval naar hun beslissingstrategie ('how?'). Een mogelijke werkwijze voor het expliciteren van beslissingsmotieven en –strategieën is het opstellen van een verwijzingsmodel (De Meyer, 2003). Gebaseerd op het toenmalig in Nederland gehanteerde subsidiariteitsprincipe van de minst ingrijpende interventie (zie eerder in 2.4.3) werd door De Meyer (2003) een theoretisch verwijzingsmodel voor pleegzorg met een aantal inhoudelijke criteria opgesteld<sup>36</sup>. Volgens dit model wordt pleegzorg pas ingezet als blijkt dat zowel pedagogische thuishulp als ambulante zorg niet helpen om een uithuisplaatsing te voorkomen. Wanneer een uithuisplaatsing toch onvermijdelijk is, gaat de voorkeur uit naar pleegzorg boven residentiële zorg. Alleen wanneer blijkt dat pleegzorg toch niet de gewenste hulp voor het kind is, moet residentiële zorg worden ingezet. Een verwijzingsmodel moet volgens De Meyer voldoen aan vormelijke vereisten en minstens bevatten: (1) een lijst met hiërarchisch geordende behandelvormen volgens het principe van de minst intensieve hulpvorm; (2) een lijst met relevante verwijscriteria; (3) een objectief verwijzingsinstrument; en (4) duidelijke beslissingsregels die een objectieve en transparante besluitvorming garanderen.

Een andere methode om beslissingsmotieven en -strategieën te expliciteren is op statistische wijze een verband leggen tussen enerzijds de voorkeur van de hulpverlener voor het type hulpverlening enerzijds en anderzijds de verzamelde gegevens over het te plaatsen kind. In Nederland bepalen de Bureaus Jeugdzorg welke behandeling een kind nodig heeft. De Bureaus Jeugdzorg hanteren naast uithuisplaatsingscriteria ook specifieke criteria voor pleegzorg.

---

36 Een Nederlands verwijzingsmodel voor pleegzorg nu zal er wellicht anders uitzien (gezien de met de Trillium-documenten geïntroduceerde nieuwe visie op pleegzorg).

Deze criteria geven aan wanneer van pleegzorg moet worden afgezien. Een aantal van deze contra-indicaties zijn: (1) er mag geen sprake zijn van crimineel gedrag van het kind en of de ouders waardoor de veiligheid van het pleeggezin in gevaar dreigt te komen; (2) er mag geen sprake zijn van (hard)drugs of overmatig alcoholgebruik bij het kind; (3) het (jonge?) kind moet in staat zijn tot enige relatievorming met de pleegouders; (4) er mag geen sprake zijn van extreem afwijkend gedrag, ernstige lichamelijke afwijkingen, zwakzinnigheid of van psychiatrische stoornissen bij het kind; en (5) het kind wil zelf niet naar een pleeggezin of de ouders verzetten zich er tegen. Contra-indicaties kunnen dan wel zinvol zijn, ze geven nog niet aan wanneer pleegzorg wel aangewezen is. Men kan zich vervolgens de vraag stellen welke van deze – in de praktijk gehanteerde – contra-indicaties ondersteund worden door wetenschappelijk onderzoek? Ze zijn ook niet helder omschreven. Zo is niet duidelijk welke gedragingen onder crimineel gedrag vallen, en welke gedragingen een gevaar vormen voor het pleeggezin?

### 2.5.2.2 Naar wetenschappelijk gevalideerde criteria voor indicatiestelling voor pleegzorg

Veelal ontbreken – zoals eerder gesteld – criteria gebaseerd op wetenschappelijk gevalideerde kennis over effectieve hulpverlening die kunnen bijdragen tot het opstellen van indicaties voor pleegzorg. Er is wel enig – doorgaans beschrijvend – onderzoek naar elementen die bijdragen tot de keuze voor een bepaalde vorm van hulpverlening. Een analyse van een twintigtal geselecteerde studies in de VS (Harris & Poertner, 2000) naar de beslissing om kinderen in een pleeggezin te plaatsen leverde een reeks variabelen op die een rol kunnen spelen bij de plaatsing van het kind. Deze kunnen worden opgedeeld in vijf grote categorieën namelijk kind-, ouder-, ouder-kind-, gezinskenmerken en kenmerken van de voorzieningen of organisatorische kenmerken<sup>37</sup>. Het betreft (1) veiligheidsaspecten zoals situaties van misbruik en verwaarlozing, en gevaar voor het kind, de ernst van de verwondingen, de verplaatsingsgeschiedenis (in feite ouder-kindkenmerken); (2) kindkenmerken zoals etniciteit, geslacht, leeftijd, emotionele en gedragsproblemen, lichamelijke gezondheidsproblemen; (3) ouderkenmerken met onder andere ouders die kampen met een verslavingsproblematiek, geestesziekten, lichamelijke ziekten, gebrekkige opvoedingsvaardigheden, of die niet voor het kind willen zorgen, en de hulpvragen van de ouders; (4) gezinskenmerken zoals de socio-economische status, structuur, grootte en disfunctioneren van het gezin, en de beschikbare sociale steun; en (5) kenmerken van de jeugdhulpverlening zelf: beschikbare verwijzingsbronnen, het tijdstip van uithuisplaatsing, beschikbare hulpbronnen, contacten tussen hulpverlener en het kind, gemeenschapkenmerken, geografische regio, seizoen en het gevoerde welzijnsbeleid.

Een studie van Courtney (1998) naar kind- en ouder-kindkenmerken die van belang zijn voor de voorkeur om een kind in een pleeggezin versus in een residentiële voorziening te plaatsen toont aan dat de leeftijd van het kind, gedragsproblemen en de hulpverleningsgeschiedenis van het kind de sterkste predictoren zijn voor de voorkeur van de hulpverleners. Zo kiest

37 Deze opsomming is echter niet exhaustief, maar slechts richtinggevend. Verschillende onderzoeken benoemen verschillende factoren onder een andere categorie.

men eerder voor pleegzorg wanneer het kind jonger is, nog geen voorgaande plaatsingen ervaren had of wanneer de voorgaande plaatsing ook een pleegzorgplaatsing was. Men kiest eerder voor een residentiële plaatsing wanneer het kind ouder is, een handicap heeft, er zich gedragsproblemen (zowel internaliserende als externaliserende) voordoen, en wanneer de voorgaande plaatsing in een residentiële zorgvoorziening was. Vergelijkbare resultaten, uitgezonderd leeftijd, waren er ook voor 'Treatment Foster Care'. Een Nederlands onderzoek uit 2000 naar de praktijk van indicatiestellingen in de jeugdzorg geeft aan dat er een samenhang is tussen het type gedragsproblemen dat kinderen en jongeren vertonen en het type geïndiceerde zorg. Zo worden kinderen met voornamelijk internaliserende gedragsproblemen vaker geïndiceerd naar intensieve ambulante hulpverleningsvormen. Kinderen met externaliserende gedragsproblemen (of een combinatie van internaliserende en externaliserende gedragsproblemen) krijgen relatief frequent de indicatie dagopvang of residentiële zorg. Pleegzorg wordt geïndiceerd bij kinderen zonder gedragsproblemen (Metselaar e.a., 2004). Een vergelijkbaar onderzoek van Noom e.a (2005) voegt, naast gedragsproblemen, daar ook de factor leeftijd van het kind aan toe. Volgens Hellinckx & De Munter (1994) hebben kinderen met ernstig delinquent en/of agressief gedrag in Vlaanderen eveneens een grotere kans op plaatsing in een residentiële voorziening dan in een pleeggezin. Uit een studie van Emans & Robbroeckx (1997) blijkt dat de kinderen met een indicatie pleegzorg zich onderscheiden van andere kinderen door gedragsproblemen, verwaarlozing, een vermoeden van ontwikkelingsachterstand, een instabiele opvoedingssituatie bij overbelaste en weinig daadkrachtige ouders, met een psychiatrische problematiek. Informatie over de hulpverleningsgeschiedenis van het kind wordt volgens De Meyer (2003) meer genoemd bij indicatiestelling voor pleegzorg dan residentiële zorg. Zo is volgens De Meyer de hulpverleningsgeschiedenis de enige reden om kinderen niet in een pleeggezin te plaatsen. Beschrijvend onderzoek naar discriminerende variabelen tussen verschillende vormen van hulpverlening levert gelijkaardige resultaten op. Scholte (1997) en Scholte & Van der Ploeg (1994) komen tot de bevinding dat kinderen in pleeggezinnen jonger zijn, en minder vaak gedragsproblemen (zowel internaliserende als externaliserende) vertonen dan kinderen in residentiële zorg. Daarbij vertoonden pleegkinderen minder schoolmoeheid, leerstoornissen en leerachterstand dan kinderen in residentiële zorg. Farmer e.a. (2008) komen tot de conclusie dat voor jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen gedragsproblemen de enige discriminerende variabele is tussen plaatsing in een pleeggezin en plaatsing in een residentiële setting<sup>38</sup>.

---

38 *In deze studie werden gedragsproblemen opgemeten na de plaatsing van het kind of de jongere, hetgeen ontegensprekelijk een invloed heeft op de waarde van de hier gepresenteerde resultaten voor de wijze waarop hulpverleners tot besluitvorming komen, onder meer omdat men geen rekening houdt met (1) de mogelijkheid dat de uiteindelijke plaatsing bepaald werd door het beschikbare aanbod; (2) de mogelijkheid dat gedragsproblemen kunnen verschillen voor en na de plaatsing; en (3) de informatie over gedragsproblemen van het kind tijdens de plaatsing verzameld wordt bij de zorgvoorziening, eerder dan bij de hulpverleners zelf (Courtney, 1998, p. 283).*

Uitspraken met betrekking tot ouderkenmerken of gezinskenmerken horen volgens de studie van De Meyer (2003) naar de inhoud van diagnostische verslagen en indicatiestellingen meer thuis in de diagnostiek dan in de indicatiestelling voor pleegzorg. In de diagnostiek worden ouder- (psycho-sociale condities van de ouders waaronder opvoedingscompetentie, alcohol- en drugsverslaving, verwaarlozing van het kind) en gezinskenmerken (onveilige thuissituatie) meer genoemd dan kindkenmerken. De combinatie ouder- en kindkenmerken is daarbij ook belangrijker dan ouderkenmerken alleen. Deze combinatiefactoren betreffen voornamelijk gedragsproblemen, functionele retardatie en lichamelijke problemen en gebrekkige leefomstandigheden van het kind. Niettegenstaande deze vaststelling leiden voornamelijk ouderkenmerken als gebrekkige opvoedingsvaardigheden tot een indicatiestelling voor pleegzorg (De Meyer, 2003; Robbroeckx & Emans, 1997; DePanfilis & Scannapieco, 1994). De ouders van kinderen met een indicatie pleegzorg onderscheiden zich (ten opzichte van kinderen met een andere indicatie) door klachten op het gebied van hun huwelijk en huisvesting in combinatie met gevoelens van pedagogische onmacht, een echtscheidings situatie, ziekte of een psychiatrische problematiek en vragen naar ondersteuning bij of ontlasting van de dagelijkse opvoeding van de kinderen (ouderkenmerken) (Emans & Robbroeckx, 1997).

Harris & Poertner (2000) hebben uitvoerig bekeken welke van de hierboven opgelijste informatie in de administratieve databanken (VS, Illinois) aanwezig is en een voorspellende waarde heeft voor het al dan niet plaatsen van kinderen in pleegzorg versus het bieden van ambulante gezinshulp. Zo bleek uit de analyse dat het aantal huisbezoeken en andere contacten van de diensten voor kindbescherming voorafgaand aan de uithuisplaatsing een indicatie was voor de uiteindelijke plaatsing. Wanneer er vier of meer contacten waren geweest met de dienst kindbescherming had het kind 3,3 keer meer kans om in een pleeggezin te worden geplaatst. Ook de voorgeschiedenis op het gebied van aanmeldingen speelt een rol. Kinderen waarvoor reeds voorgaande aanmeldingen werden vastgesteld hadden 1,3 keer meer kans om in een pleeggezin te worden geplaatst en kinderen met een voorgaand dossier van misbruik of verwaarlozing hadden 2,9 keer meer kans om in een pleeggezin te worden geplaatst. Ook het aantal en de aard van de huidige aantijgingen zijn bepalend voor de plaatsing. Drie of meer aantijgingen leidt tot een verlaging van de kans om in pleegzorg te worden geplaatst, tenzij de meest zware aantijging een gebrek aan supervisie over de kinderen betrof. Kinderen met een dergelijke aantijging hadden 2,6 keer meer kans om in een pleeggezin te worden geplaatst. Baby's (tot zes maanden) en peuters (zes maanden tot 3 jaar) hebben respectievelijk 4,8 en 2 keer meer kans om in een pleeggezin te worden geplaatst. Tot slot bleek dat wanneer de ouder ongehuwd is, het kind 1,5 keer meer kans heeft om in een pleeggezin te worden geplaatst versus de kans om ambulante hulpverlening te krijgen.

Tot slot zijn criteria voor pleegzorg een stap vooruit, maar - conform eerdere vaststellingen dat een indicatiestelling zo expliciet mogelijk moet worden opgesteld, zijn er ook criteria nodig voor specifieke pleegzorgvormen. In de literatuur is hierover weinig informatie te vinden. Er is met andere woorden te weinig geweten over de besluitvorming omtrent

de keuze voor bepaalde vormen van pleegzorg. Scholte (1997) baseert zich op empirisch werk in Nederland (zie eerder) om een aantal criteria voor pleegzorg op te stellen: zo is (reguliere) pleegzorg maar wenselijk wanneer het kind jong is en geen ernstige emotionele of gedragsproblemen stelt (zie ook de conclusie in hoofdstuk 1). Een analyse van Beeman e.a. in de VS (2000) toont aan dat kindkenmerken als oudere kinderen, kinderen zonder handicap, gekleurde kinderen, kinderen geplaatst door de jeugdrechter vaker geplaatst worden in een netwerkpleeggezin. Hetzelfde geldt voor het ouderkenmerk kinderen geplaatst omwille van een ouderlijke drugproblematiek. Door ouders gewenste ondersteuning van belangrijke 'naasten' leidt eerder tot netwerkpleegzorg en een instabiele gezinssituatie van de ouders leidt eerder tot een kortverblijf in een pleeggezin (De Meyer, 2003). De leefsituatie van ouders leidt naar pleegzorgvormen zoals weekendpleegzorg. Nog volgens De Meyer (2003) bleken de opvoedingsvaardigheden van de ouders dan weer geen rol te spelen bij de indicatie van een specifieke vorm van pleegzorg. Farmer (2009) vindt weinig verschillen naar kind- en ouderkenmerken bij plaatsing in een netwerkpleeggezin versus een bestandspleeggezin. Alleen wanneer de ouders zelf in een voorziening hebben verbleven of wanneer het kind meerdere gezondheidsproblemen heeft of tot een etnische minderheid behoort, worden kinderen meer in een bestandspleeggezin geplaatst.

Specifieke criteria zijn er ook voor het terugplaatsen van pleegkinderen bij de ouders. Van den Bergh & Weterings (2007) geven een aantal risicofactoren voor een terugplaatsing van een pleegkind bij de ouders: (1) Het gezin kreeg reeds langdurige hulp voor de uithuisplaatsing; (2) Een terugplaatsing van een jong kind (< 6 jaar) dat kort na de geboorte bij pleegouders is geplaatst (is te vergelijken met een uithuisplaatsing); (3) Een terugplaatsing van een jong kind (< 6 jaar) dat enkele jaren bij de ouders heeft gewoond voor de uithuisplaatsing (leidt tot een dubbel trauma en onzekerheid over de toekomstige zorg); (4) Een terugplaatsing van een ouder kind bij kortdurende uithuisplaatsing (in een situatie van 'in afwachting van' bij pleegouders) is slecht voor de ontwikkeling van het kind indien de terugplaatsing uitblijft; en (5) Een scheiding van siblings bij uithuisplaatsing. Van den Bergh & Weterings geven vervolgens een aantal criteria die terugplaatsing niet raadzaam maken:

- de voorgeschiedenis over de aard van de relatie tussen het kind en zijn ouder;
- het voorkomen van ontwikkelingsproblemen op sociaal en emotioneel gebied omdat deze meestal het gevolg zijn van langdurig en inadequate interactie tussen ouder en kind (deze kinderen kunnen alleen worden geholpen met langdurige pleegzorgplaatsingen; problemen in de lichamelijke, motorische en taalontwikkeling zijn gemakkelijker te corrigeren door de ouders te begeleiden);
- een positieve ontwikkeling in het pleeggezin (omdat dit aangeeft hoe ongunstig de situatie bij de ouders was, en hoezeer het kind gedijt in het pleeggezin); en
- een terugval in gedrag (en ontwikkeling) na contacten met de ouders.



Dergelijk veelal beschrijvend onderzoek geeft aan hoezeer de plaatsing van kinderen kan worden verklaard op basis van beschikbare informatie in de administratieve databanken, maar geeft tegelijk weinig inzicht in welke mate een beleid of een achterliggende visie op pleegzorg bij de overheid (zie eerder) of de hulpverleners, eventueel ontwikkelde en gebruikte modellen (of andere instrumenten, zie verder) voor besluitvorming en de wijze waarop hulpverleners beslissingen nemen een impact hebben op de beslissing om een kind al dan niet in het gezin te laten of in een pleeggezin te plaatsen. Nochtans blijken in een aantal publicaties niet-cliëntgerichte factoren vaak de doorslag te geven bij het nemen van een beslissing. Daartoe kan worden gerekend: de beschikbaarheid van voorzieningen, de toegankelijkheid van residentiële voorzieningen voor verschillende typen van cliënten en andere voorzieningskenmerken (Knorth, 1995). Van Dam & ten Haaf (1999) bijvoorbeeld concluderen uit een lezing van voorgaand onderzoek dat karakteristieken van het cliëntstelsel slechts in geringe mate het beslissingsgedrag van hulpverleners voorspellen. Factoren van praktische organisatorische aard en persoonlijke kenmerken van de hulpverlener spelen wel een rol.

In vergelijking met de besproken literatuur in het eerste hoofdstuk valt op hoe weinig coherent, en hoe beperkt de literatuur is met betrekking tot criteria voor het uithuisplaatsen van kinderen en jongeren, met betrekking tot criteria voor het plaatsen van kinderen en jongeren in een pleeggezin versus andere vormen van hulpverlening, en niet in het minst met betrekking tot het plaatsen van kinderen en jongeren in specifieke pleegzorgvormen. Er zijn immers wel enkele studies naar de door hulpverleners gebruikte informatie en gehanteerde strategieën om te komen tot een beslissing, maar (nog) weinig of geen literatuur met betrekking tot criteria voor indicatiestelling die gebaseerd zijn op onderzoek naar de effectiviteit van een bepaalde hulpverleningsvorm voor een bepaald type cliënt.

## 2.6 Modellen voor de besluitvorming in de jeugdhulpverlening

De nood aan uitgewerkte instrumenten voor het structureren van het besluitvormingsproces in de jeugdhulpverlening werd meermaals aangehaald. Hierna volgt een korte bespreking van recent uitgewerkte en binnen de jeugdhulpverlening gebruikte modellen in Nederland, het Verenigd Koninkrijk, en bij uitbreiding ervan een beknopte schets van de Zweedse versie van het model, en de Verenigde Staten. Het betreft geen instrumenten in de ware zin van het woord, maar eerder modellen of 'frameworks', zijnde kaders met situering van de problematiek en de beleidsvisie, met beslisbomen, (wetenschappelijke) achtergrondinformatie en vaak ook met gevalideerde instrumenten voor risicotaxatie, alsook formulieren en formele richtlijnen voor het opstellen van een hulpverleningsplan. Het startpunt voor elk van de hieronder besproken modellen is het kind in nood, en niet pleegzorg, hetgeen maakt dat er specifiek voor pleegzorg relatief weinig informatie in te vinden is. Veelal bevatten deze modellen dus wel gestandaardiseerde instrumenten en criteria die besluitvorming omtrent

uithuisplaatsing moeten standaardiseren, maar minder informatie over wanneer juist welke hulpverlening moet worden voorzien.

Omdat alvast de inhoud en het gebruik van de gehanteerde concepten verschillen van land tot land wordt systematisch de originele term gehanteerd (en tussen haakjes geplaatst).

### 2.6.1 **Nederland - de Bureaus Jeugdzorg en het Handboek Indicatiestelling**

Hieronder volgt een bondige schets van de recente Nederlandse ontwikkelingen in de praktijk omtrent indicatiestelling in de jeugdzorg. De tendens naar meer vraaggericht werken – zorg op maat - is ook hier duidelijk zichtbaar, maar de aandacht gaat voornamelijk naar de structurering van het besluitvormingsproces. Het culminatiepunt van de hervorming van de jeugdhulpverlening vormt voorlopig de oprichting van de Bureaus Jeugdzorg.

Op 1 januari 2005 is in Nederland de Wet op de Jeugdzorg in werking getreden (zie ook Verreth, 2009). Deze wet bepaalt dat het Bureau Jeugdzorg de toegang tot de jeugdzorg regelt. Bureau Jeugdzorg beoordeelt de (ernst van de) problemen met opgroeien en opvoeden, en stelt vast welke zorg het kind of de jongere nodig heeft. Oplossingen op lokaal niveau verdienen de voorkeur. In de andere gevallen kan het kind of de jongere wettelijk aanspraak maken op de zorg die het Bureau Jeugdzorg nodig vindt (mits opmaak van een indicatiebesluit). Naast de reguliere jeugdzorg, is het Bureau Jeugdzorg ook de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren en vanaf 1 januari 2008 geldt dit ook voor de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Het Bureau Jeugdzorg (15 in totaal) wordt hiermee de onafhankelijke centrale toegangspoort tot alle geïndiceerde jeugdzorg (MO Groep, 2007). Het Bureau Jeugdzorg is vrij toegankelijk voor jongeren en hun ouders, maar zij kunnen ook verwezen worden door bijvoorbeeld een huisarts. Ook heeft het Bureau Jeugdzorg de taak zelf initiatief te nemen als zij, mede door meldingen van bijvoorbeeld bureaus, leerkrachten of familieleden, op het spoor komt van zorgwekkende opgroei- en opvoedsituaties. Daarnaast bepaalt het Bureau Jeugdzorg welke zorg kinderen en jongeren nodig hebben die door de rechter onder toezicht of voogdij zijn gesteld, en kinderen en jongeren met een jeugdreclasseringmaatregel (gedwongen jeugdzorg). Als het Bureau Jeugdzorg zich zorgen maakt over de veiligheid van de aangemelde jongere, schakelt zij de Raad voor de Kinderbescherming in voor een onderzoek. Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) maakt deel uit van het Bureau Jeugdzorg, maar vormt een aparte toegang. Een deel van de kinderen en jongeren van het AMK stroomt door naar de jeugdzorg.

De invoering van de Wet op de Jeugdzorg heeft consequenties voor de interne werkprocessen van de Bureaus Jeugdzorg en onder meer met betrekking tot het referentiewerkmodel, het ontwikkelen van een samenhangend instrument, ontwerpen en aanpassen van voorbeeldformulieren en kwaliteitscriteria voor het opstellen van indicatiebesluiten is er in Nederland

veel in beweging. Hier beperken we ons – gegeven het onderwerp van deze bijdrage - tot het opstellen van indicatiebesluiten of het proces van indicatiestelling in de Bureaus Jeugdzorg.

### **Project Verbeteren Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg (VIB)**

Sinds de Wet op de Jeugdzorg indiceren de Bureaus Jeugdzorg voor een breed scala aan problemen en voor een breed scala aan oplossingen. Het project Verbeteren Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg (VIB) is een belangrijke stap in de richting van kwaliteit en eenduidige werkwijze binnen de Bureaus als het gaat om het stellen van indicaties. Het project VIB richt zich op het kwalitatief verbeteren van het indicatietraject. Het uitgangspunt is dat het kind of de jongere zo snel mogelijk de juiste zorg krijgt. Hierbij gelden twee belangrijke principes: de snelheid waarmee het indicatietraject doorlopen kan worden en de kwaliteit van het traject. Het kind of de jongere moet zo snel mogelijk op basis van een zo goed mogelijke analyse van de problematiek, een passend zorgaanbod verkrijgen. Zo goed mogelijk betekent niet dat dit een langdurig traject hoeft te zijn. Om deze verbetering te bewerkstelligen wordt intensief geïnvesteerd in een drieslag bestaande uit het verder professionaliseren van de kennis en vaardigheden van de hulpverleners, het gebruik van wetenschappelijk gevalideerde instrumenten ter ondersteuning van het professionele oordeel en het optimaliseren van de route die het kind of de jongere moet doorlopen tijdens het onderzoek.

### **Handboek Indicatiestelling Bureaus jeugdzorg<sup>39</sup>**

Om de medewerker van een Bureau Jeugdzorg te ondersteunen bij het werken met de kwaliteitscriteria voor de verbetering van de indicatiestelling en voor de aanpak van kindermishandeling is in 2007 het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg ontwikkeld. Het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg moet er voor zorgen dat in de verschillende regio's op dezelfde wijze geïndiceerd wordt.

Het handboek is gebaseerd op twee leidende principes: (1) stroomgericht indiceren voor de aanpak van indicatietrajecten; en (2) de drieslag voor de aanpak van kindermishandeling. 'Stroomgericht indiceren' wil zeggen dat men van bij de aanmelding van het kind of de jongere gericht is op het snel voorsorteren voor het meest geëigende indicatietraject. Men onderscheidt in het handboek drie typen indicatietrajecten, naargelang de meervoudigheid van de problematiek en de motivatie en het probleembesef bij de ouders en de jongere. Elke cliënt krijgt een indicatietraject dat op zijn problematiek is toegesneden. De keuze voor een type indicatietraject is niet definitief, maar is, indien dit nodig blijkt, veranderbaar naar een meer passend traject. Het type indicatietraject geeft wel aan welke de aard van de activiteiten en de inspanningen zijn die het Bureau Jeugdzorg moet leveren om te komen tot het indicatiebesluit. Ieder type indicatietraject omvat een set (mogelijke) activiteiten met daaraan

---

39 Bron: <http://www.verbeterenindicatiestelling.nl/> of <http://www.integraalindiceren.info>.

gekoppeld een gemiddelde doorlooptijd. Het uitgangspunt daarbij is dat het indicatietraject 'zo licht mogelijk' moet zijn. De methodiek van de drieslag is gericht op het snel onderkennen van een mogelijk vermoeden van kindermishandeling, het onderzoeken van dat vermoeden en de te volgen acties om de mishandeling zo snel mogelijk te doen stoppen.

Het handboek ondersteunt de medewerker van het Bureau Jeugdzorg door op een methodische wijze de kwaliteitscriteria van beide principes geïntegreerd te behandelen in de uitvoering van de werkprocessen. In het handboek (p. 18-19) wordt bijgevolg, aan de hand van kwaliteitscriteria, een gedetailleerd, zij het in hoofdzaak vormelijk, stappenplan gepresenteerd om te komen tot een kwaliteitsvolle indicatiestelling. De kwaliteitscriteria hebben zowel betrekking op het proces, het instrumentgebruik als op de vereiste opleiding, ervaring en deskundigheid van hulpverleners. De doelstelling is om een uniforme werkwijze en transparantie te bekomen.

Het handboek biedt daarenboven een kader voor professionalisering aan door: (1) criteria aan te geven voor het gebruik van gevalideerde instrumenten; door (2) systematisch hypothesetoetsend te werken; door – zoals hierboven reeds vermeld – (3) stroomgericht te indiceren; en door (4) doordachte criteria aan te bieden voor het nemen van belangrijke beslissingen. De criteria voor het opstellen van een indicatiebesluit, alsook de wettelijke eisen en de inhoudelijk aspecten ervan worden in het handboek uitgebreid beschreven (p. 28-29). Eerder procedurele aspecten zijn (1) de voorlegging van het ontwerp van indicatiebesluit aan een ervaren gedragsdeskundige en (2) het bespreken ervan met de ouders en de jongere (indien relevant).

Naast het stappenplan in het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg, heeft men ook voorbeeldformulieren ontworpen, waaronder het Voorbeeldformulier Indicatiestelling door de Bureaus Jeugdzorg.

De criteria om de afweging te kunnen maken of de hulpvraag door de voorliggende zorg opgenomen dient te worden, zijn nog in ontwikkeling. Momenteel worden in Nederland zogenaamde richtlijnen ontwikkeld voor bepaalde problematieken waarmee kinderen en jongeren te kampen hebben. De aanbevelingen uit die richtlijnen kunnen bij het opmaken van een indicatiebesluit richtinggevend zijn. Indicaties en contra-indicaties voor bepaalde hulpverlening zijn conform de richtlijnen hieromtrent (de Ruyter, 2000) weergegeven in de beschrijving van de zorgmodules van elke zorgvoorziening. Maar of en hoe de informatie uit deze modulebeschrijvingen, de richtlijnen voor specifieke problematieken en het handboek en het geijkte sjabloon ontwerpformulier voor indicatiestelling worden gebruikt door de Bureaus Jeugdzorg is vooralsnog niet duidelijk, noch de resultaten van de in het handboek beschreven werkwijze.

### 2.6.2 Verenigd Koninkrijk - 'Framework for the Assessment of Children in Need and their Families' (2000)

In het Verenigd Koninkrijk is eind jaren '90 van overheidswege intensief gewerkt aan het ontwikkelen van een ruim omvattend 'framework' voor het 'assessment' van kinderen in nood en hun gezin. Dat kader biedt een systematische werkwijze voor het analyseren, begrijpen en opslaan van gegevens met betrekking tot wat er gebeurt met kinderen en jongeren, hun gezin en de bredere omgeving waarin zij leven. De voornaamste doelstelling is de uitkomsten van de hulpverlening voor kinderen en jongeren in nood te verbeteren. Daarnaast moet het lokale autoriteiten helpen om de voor hen geformuleerde doelstellingen voor de dienstverlening aan kinderen en jongeren te realiseren. Deze doelstellingen zijn (1) het verzekeren dat het verwijzings- en 'assessment' proces effectief een onderscheid maakt tussen kinderen en jongeren met verschillende behoeften, en (2) een tijdig en adequate hulpverlening verzekeren.

Het 'framework' werd – in een 'Guidance' en bijhorende bijlagen – gezamenlijk uitgebracht door het 'Department of Health', het toenmalige 'Department for Education and Employment' en het 'Home Office' in 2004. De 'Guidance' beschrijft het 'Assessment Framework' en de verwachtingen van de overheid over het gebruik ervan. Het is gebaseerd op het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK), door het Verenigd Koninkrijk geratificeerd in 1991, en de 'Human Rights Act 1998'. Het voorziet in richtlijnen, volledig in de geest van de *Children Act 1989* (Verreth, 2009), voor de sociale dienstverlening van lokale autoriteiten en andere instanties voor het 'assessment' van kinderen en jongeren in nood. De 'Guidance' is tevens een sleutelement voor het implementeren van 'Quality Protects', een overheidsprogramma voor de herstructurering van de dienst- en hulpverlening aan kinderen. Daarbij ligt de nadruk op een kwaliteitsvol 'assessment' van kinderen en jongeren in nood. Het hier voorliggende 'framework' is ook ingebed in het 'Working Together to Safeguard Children' programma van het 'Department of Health' waarin de nadruk ligt op samenwerking tussen de verschillende lokale overheden en instanties.

Het 'framework' is in de eerste plaats ontworpen voor professionele hulpverleners en anderen die betrokken zijn bij 'assessments' van kinderen en jongeren in nood in verschillende contexten, volgens de 'Children Act 1989'. Daartoe wordt intensief samengewerkt tussen de sociale diensten en andere lokale dienstverlening. Het 'framework' is gebaseerd op 'evidence based' kennis, met name op een heel scala van onderzoek en theorie in een aantal disciplines, alsook op basis van in het beleid en praktijk opgebouwde ervaringen (Horvath, 2001). Een reeks van bijkomende documenten werd uitgebracht om hulpverleners te informeren over de meest recente ontwikkelingen in onderzoek en praktijk. Daarnaast werden ook een achtergrondpublicatie (Horvath, 2001), een praktijkgids (The Practice Guidance, Department of

Health, 2000) en een opleidingsprogramma bestaande uit een trainingsvideo, gids en 'reader' (NSPCC and University of Sheffield, 2000) uitgebracht.

Centraal in het 'framework' staat dus de 'Guidance'. Dit is echter geen handleiding. Het stelt geen te volgen stappenplan voor; maar geeft eerder een kader dat kan worden aangepast aan en gebruikt in individuele cases. Op basis van dit 'framework' kunnen professionele oordelen worden geveld over of het kind in nood verkeert, en of het kind wordt (of risico loopt te worden) blootgesteld aan mishandeling, welke acties moeten worden ondernomen en welke hulpverlening het best tegemoetkomt aan de behoeften van het kind, de jongere en zijn gezin. De 'Guidance' bevat een uiteenzetting van de wetgeving, verantwoordelijkheden en principes die ten grondslag liggen aan de werkzaamheden van de lokale autoriteiten in hun streven naar het beschermen van kinderen en jongeren in nood. Vervolgens wordt een gedetailleerde beschrijving gegeven van het 'framework' en het 'assessment process', en de bijhorende aanbevelingen inzake het gebruik van gevalideerde meetinstrumenten. De rollen en verantwoordelijkheden van de diverse lokale autoriteiten en instanties worden beschreven, en de 'Guidance' besluit met bedenkingen omtrent de organisatorische aspecten van de dienst- en hulpverlening aan kinderen en jongeren. De 'Guidance' bouwt verder op vroeger werk inzake het 'assessment' van kinderen en jongeren in nood van het 'Department of Health': *Protecting Children: A Guide for Social Workers undertaking a Comprehensive Assessment (1988)* (vaak vermeld als het 'Orange Book'). Deze gids werd veelvuldig gebruikt door hulpverleners als richtlijn voor het 'assessment' en het opmaken van lange termijn hulpverleningsplannen voor kinderen en jongeren in nood.

### 2.6.3 Zweden - 'Children's Needs in Focus'

In Zweden werd in 2005 door de National Board of Health and Welfare (NBHW, Socialstyrelsen) een voor de Zweedse samenleving aangepaste variant van het Britse 'Framework for the Assessment of Children in Need and their Families' ingevoerd, het 'Barns behov i centrum' (BBIC) ('Children's Needs in Focus'). Het vertrekpunt van het BBIC bestaat uit het IVRK en de 'Social Services Act' (zie ook Verreth, 2009). De richtinggevende visie van het BBIC is het verzekeren dat kinderen die een interventie van sociale diensten ervaren, doorheen de levensloop dezelfde kansen hebben als andere kinderen.

#### Het BBIC model

Het BBIC is een 'framework' voor het 'assessment', plannen en evalueren in de kindbescherming. Het voorziet in een structuur en richtlijnen voor hulpverleners voor het systematisch verzamelen van informatie over en documenteren van de behoeften aan hulpverlening van kinderen en jongeren. Daarnaast voorziet het BBIC theoretische achtergrondkennis omtrent kindbescherming, waaronder de ecologische benadering en de 'Attachment' theorie. Al deze informatie wordt schematisch weergegeven in een driehoek waarin de verschillende

dimensies van de behoeften van kinderen aan bod komen, zijnde kenmerken van het kind zelf, van de ouders en omgevingsfactoren. Tot slot worden de uitgangspunten en werkingsprincipes beschreven volgens welke de betrokken diensten moeten samenwerken met het kind, zijn/haar ouders en andere instanties. Zoveel als mogelijk moeten de sociale diensten daartoe samenwerken met het kind of de jongere en zijn/haar ouders. Enige vorm van kwaliteitsbewaking van dit proces is er in de vorm van een review meeting voor elke case, waarbij een onafhankelijke doorlichting moet aangeven of de hulpverlening een antwoord biedt op de gestelde hulpvraag.

De globale doelstelling van dit model is te voorzien in een - voor de lokale autoriteiten - uniforme werkwijze voor het besluitvormingsproces in de kindbescherming. Tevens behoort het versterken van de participatie aan dit besluitvormingsproces van het kind of de jongere, en een verbeteren van de samenwerking met zijn/haar gezin en familie tot de doelstellingen. Operationele doelstellingen zijn er ook. Eén ervan is het aanpassen van het Britse cliëntopvolgingssysteem, het 'Integrated Children's System' (ICS) aan de Zweedse situatie. Andere aspecten zijn het ontwikkelen van basisstatistieken en het uitproberen van nieuwe methodieken.

Omwille van de beperkte beschikbare informatie<sup>41</sup> over het Zweedse model (een variant van het 'Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (VK)') wordt het hier niet verder geanalyseerd.

#### 2.6.4 Verenigde Staten - 'Child Protective Services: A guide for caseworkers' (2003)

Net als in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden is er ook in de Verenigde Staten een handleiding voor hulpverleners bij de diensten voor kindbescherming (Child Protective Services – CPS) (Depanfilis & Salus, 2003). De 'Child Protective Services' of diensten voor kindbescherming spelen een centrale rol inzake kindbescherming op lokaal beleidsniveau. In de meeste districten is deze dienst bevoegd voor het uitvoeren van het verkennend onderzoek bij meldingen van kindermishandeling of –verwaarlozing en biedt het tevens dienstverlening aan kinderen en gezinnen waar een zeker risico op mishandeling bestaat of waar in het verleden reeds mishandeling en/of verwaarlozing werd vastgesteld. De missie van de diensten voor kindbescherming bestaat uit: (1) het onderzoeken of het kind in een veilige gezinssituatie opgroeit; (2) desgewenst het ingrijpen ter bescherming van de kinderen; (3) het ondersteunen en versterken van gezinnen om hun kinderen veiligheid te bieden; en (4) het voorzien in een hereniging of een alternatieve veilige gezinssituatie voor het kind. De diensten voor kindbescherming werken daarenboven niet alleen, maar zijn als het ware de richtinggevende en coördinerende kracht te midden van de verschillende andere hulpverlenende

41 Gedetailleerde documentatie over de implementatie van het Britse model in Zweden, alsook handleidingen en dergelijke is enkel beschikbaar in het Zweeds.



instanties. Het doelpubliek van de handleiding is dus in de eerste plaats de hulpverleners van de diensten voor kindbescherming, het superviserende en het administratieve personeel.

De eerste handleidingen in de Verenigde Staten dateren reeds van de jaren '70 en '80. De hier besproken handleiding dateert van 2003<sup>42</sup>, is gefundeerd op de vorige versies, en bevat in hoofdzaak een beschrijving van een stappenplan opgedeeld in fasen, met daarin bijzondere aandacht voor goede praktijken en cruciale onderwerpen. De verschillende fasen zijn: (1) 'Intake' of aanmelding; (2) 'Initial Assessment' of 'Investigation'; (3) 'Family Assessment'; (4) 'Case Planning'; (5) 'Service Provision'; (6) 'Evaluation of Family Progress'; en (7) 'Case Closure'. In de handleiding wordt ook de visie of filosofie van de diensten voor kindbescherming in de Verenigde Staten uitvoerig toegelicht (p. 9-12), net als het theoretische kader ('framework'). In dit kader staat het ecologisch perspectief voorop. Men wil daarmee aangeven dat wat kindbescherming betreft zowel kindkenmerken, gezinskenmerken als factoren met betrekking tot de ruimere familie en omgeving een belangrijk rol spelen. Naast dit ecologisch perspectief staat ook een 'strength based approach' centraal. Men gaat met andere woorden uit van de krachten en sterktes van kinderen, hun gezin en de omgeving. Tevens wordt de problematiek benaderd vanuit een ontwikkelingsperspectief, is men gericht op een streven naar een permanente oplossing ('Permanency') (zie 2.4.2.) en heeft men aandacht voor culturele diversiteit. Naast de verantwoordelijkheden van de diensten voor kindbescherming is er ook aandacht voor de rol die ze opnemen ten aanzien van andere actoren. Zo profileren de diensten voor kindbescherming zich ten aanzien van kinderen in nood en hun gezin uitdrukkelijk als 'helpende hand' (p.17). Er wordt nog beschreven welke elementen belangrijk zijn voor verslaggeving en systemen voor dossieropvolging, en tot slot wordt er veel relevante vakliteratuur opgenomen.

Hieronder volgt een beknopt overzicht van de zeven fasen van het te doorlopen besluitvormingsproces van de diensten voor kindbescherming:

1. *'Intake'* of aanmelding. De diensten voor kindbescherming zijn verantwoordelijk voor het ontvangen en evalueren van meldingen van vermoedens van kindermishandeling of -verwaarlozing, ze bepalen of de gerapporteerde informatie aan de wettelijke richtlijnen tegemoetkomt en beoordelen de urgentie waarmee een dienst moet reageren op de melding. Cruciaal in deze fase is de beslissing of men de melding accepteert voor verder onderzoek door de diensten voor kindbescherming of dat men doorverwijst naar andere bevoegde instanties. De handleiding voorziet in gedetailleerde informatie omtrent de te verzamelen informatie.
2. *'Initial Assessment' of 'Investigation'*. De handleiding voorziet in richtlijnen en instrumenten voor hulpverleners (over wie, hoe en wat te bevragen) met gedetailleerde vragen onder andere met betrekking tot risicotaxatie, evenwel zonder te verwijzen naar gevalideerde meetinstrumenten. Na ontvangst van een melding, voeren de diensten voor kindbe-

---

42 <http://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/cps/cps.pdf>

scherming een verkennend onderzoek uit. Op het einde van het onderzoek moet worden bepaald (1) of het kind veilig is in de thuisomgeving (met of zonder dienstverlening van de diensten voor kinderscherming); (2) onder welke omstandigheden een melding moet worden doorverwezen naar andere instanties; en (3) onder welke omstandigheden intensieve thuisbegeleiding noodzakelijk is om het kind te beschermen; en (4) of het kind uit huis moet worden geplaatst. Daartoe wordt een 'safety plan' opgemaakt, samen met het betrokken gezin.

3. *'Family Assessment'*. Eens kindermishandeling of verwaarlozing is vastgesteld, en de veiligheid van het kind verzekerd is, moet een gezinsonderzoek plaatsvinden. De hulpverlener brengt, samen met het gezin, de sterktes en zwaktes van het gezinsfunctioneren in kaart. De diensten voor kinderscherming gaan immers uit van de idee dat mensen 'kunnen' veranderen. Het onderzoek moet leiden tot een 'Family Assessment Plan'.
4. *'Case Planning'*. Het gezin en de ruimere familie en omgeving worden vervolgens betrokken bij het opstellen van het hulpverleningsplan (bijvoorbeeld via het 'Family Group Decision Making Model'). Voor het gezin worden doelstellingen en de te vervullen taken opgelijst, net als de te volgen richtlijnen voor het ontwikkelen van een 'Concurrent Plan'. Het hulpverleningsplan moet worden opgemaakt samen met het gezin en de betrokken zorgvoorziening of hulpverleners. Men hanteert daarbij het principe dat de minst ingrijpende interventie de voorkeur moet krijgen.
5. *'Service Provision'* of zorgtoewijzing. In deze fase wordt het hulpverleningsplan geïmplementeerd. Het is de taak van diensten voor kinderscherming om de hulpverlening aan kinderen en gezinnen te organiseren, te voorzien en te coördineren.
6. Opvolgen, meten en evalueren van de vooruitgang die het gezin boekt ('Family Progress').
7. *'Case Closure'*. Hier worden de verschillende manieren besproken waarop een case kan worden afgesloten.

### 2.6.5 Een vergelijkend overzicht van de besproken modellen

De drie besproken modellen vertonen onderling zowel overeenkomsten als verschillen op een aantal hiervoor besproken componenten van de besluitvorming in de jeugdhulpverlening. In 2.5.1 werden een vijftal essentiële componenten (onder andere door Doran & Berliner, 2001) gedefinieerd voor een gestructureerd besluitvormingsproces in de jeugdhulpverlening. In de volgende overzichtstabel wordt nagegaan welke van deze componenten aanwezig zijn in de besproken modellen.

Tevens worden de meest frappante overeenkomsten en verschillen tussen de modellen (uitgezonderd het Zweedse) hier besproken, onder andere op het vlak van de aandacht die men schenkt aan een overkoepelend theoretisch kader (of 'framework'), aan integraal werken, en aan cliëntparticipatie. Zo voorziet het Nederlandse Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg, buiten de eerder opgenomen vermelding van de essentiële elementen in het ecologisch

perspectief, geen uitgewerkt 'framework', conceptueel model of theoretische achtergrond, daar waar dit in het Verenigd Koninkrijk en in de Verenigde Staten – mede onder invloed van de beleidsvisie aldaar (zie eerder) - wel uitgebreid wordt toegelicht. Net als in Nederland, waar integraal werken ingebed is in de structuur van de jeugdzorg, wordt in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten uitgebreid aandacht geschonken aan het principe van samenwerken met alle andere actoren in de jeugdhulpverlening. Dit gebeurt echter op een andere wijze, namelijk door de rollen en verantwoordelijkheden van iedereen duidelijk te definiëren en te integreren. Tot slot wordt verondersteld dat inspraak van het kind of de jongere in het besluitvormingsproces bijdraagt aan een betere afstemming van de zorg op de noden van het kind of de jongere, dat het kind of de jongere het gevoel heeft serieus genomen te worden, dat voortijdig afgebroken plaatsingen verminderen en dergelijke meer (Knorth e.a., 2002). De hier besproken 'frameworks' en daaraan verbonden handleidingen leggen elk een sterke nadruk op minstens overleg met de cliënt over de benodigde hulpverlening, en in het geval van het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten zelfs door middel van permanent overleg met en een schriftelijke overeenkomst met de ouders. In de Verenigde Staten profileren de diensten voor kindbescherming zich – zoals eerder vermeld – als helpende hand ten aanzien van de ouders en wordt het hulpverleningsplan opgesteld met hulp van de grootfamilie en de omgeving<sup>43</sup>.

Niettegenstaande de waarde van een dergelijk model of instrument blijft de besluitvorming voor de meest wenselijke hulpverlening een complex proces (Knorth, 1991; Lindsey, 1992) omdat de kennis omtrent welke hulpverlening een antwoord biedt op welk probleem beperkt is (Van Yperen, 2003), en omdat de vraag of deze kennis van toepassing is in een specifiek individueel geval blijvend kan worden gesteld (Kok, 2002). Bijgevolg blijft indicatiestelling een sprekend voorbeeld van een onzekere beslissing (Knorth & Veerbeek, 1999). Kwaliteitsvolle instrumenten kunnen wel helpen om de onzekerheid enigszins te beperken (Knorth e.a., 2003). Echter, hoewel de hier besproken modellen en handleidingen ontegensprekelijk een positieve invloed hebben op het besluitvormingsproces tot uithuisplaatsing, is er vooralsnog geen wetenschappelijke validering van de besluitvorming aan de hand van deze modellen beschikbaar.

---

43 *Meer recent wordt in diverse landen een specifiek daartoe ontwikkelde werkwijze 'Family Group Conferences' ingezet.*

Tabel. *Vergelijkend overzicht van modellen voor een gestructureerd besluitvormingsproces binnen de jeugdhulpverlening*

	Nederland - Handboek Indicatiestelling Bureau Jeugdzorg (2007)	Verenigd Koninkrijk - 'Framework for the Assessment of Children in Need and their Families' (2000)	Verenigde Staten - 'Child Protective Services: A Guide for Caseworkers' (2003)
1.	Een systematisch en vroegtijdig 'assessment' van alle kinderen en jongeren die worden opgenomen in de jeugdhulpverlening.	Het Britse 'Framework' voorziet geen stappenplan. Wel wordt er – conform de 'Children Act 1989' – melding gemaakt dat de lokale autoriteiten in gevallen van (vermoedelijke) kindermishandeling verplicht vroegtijdig onderzoeksdata moeten stellen (inclusief beschermingsmaatregelen wanneer nodig) (p. 7).	Ja. Het in de handleiding beschreven stappenplan voor hulpverleners voorziet een fase 'Initial Assessment' in het begin van de procedure. De handleiding voorziet in richtlijnen en instrumenten voor hulpverleners (over wie, hoe en wat te bevragen) met gedetailleerde vragen onder andere met betrekking tot risicotaxatie. Reeds na dit 'Initial Assessment' moet worden beslist of het kind veilig is in de thuisomgeving of dat het kind uit huis moet worden geplaatst.
2.	Het gebruik van gestandaardiseerde (en wetenschappelijk gevalideerde) meetinstrumenten (voor risicotaxatie/diagnostiek).	Ja. Er wordt voorzien in een set van schalen en vragenlijsten voor diagnostiek waarvan een aantal gebundeld in 'The Family Pack of Questionnaires and Scales' <sup>44</sup> (Cox & Bentovim, 2000) en daarnaast de 'Home Inventory' (Caldwell & Bradley, 1984; Bradley & Caldwell, 1977) en het 'Assessment of Family Competence, Strengths and Difficulties' (Bentovim & Bingley, 2001).	Neen. Er wordt niet verwezen naar gestandaardiseerde en wetenschappelijk gevalideerde instrumenten.
3.	Een multi-dimensioneel 'assessment' van de kinderen en jongeren.	Ja. Vanuit een ecologisch perspectief wordt er gekeken naar de ontwikkelingsbehoeften van kinderen (op het gebied van gezondheid, opleiding, emotionele en gedragontwikkeling, identiteit, familie en relaties, representatie, en capaciteiten tot zelfzorg), naar de capaciteiten van de ouders om hier adequaat op te reageren en naar de invloed van de grootfamilie en de omgeving (p. 12 en p. 17).	Ja. Het ecologisch perspectief staat centraal in de filosofie van de diensten voor kinderbescherming in de VS: zowel kindkenmerken, gezinskenmerken als factoren met betrekking tot de ruimere familie en omgeving worden mee opgenomen in het 'Assessment'.
4.	Kwaliteitsvolle vastlegging in dossiers.	Ja. Men voorziet in voorbeeldformulieren 'Initial Assessment Record' en 'Core Assessment Record' (voor verschillende leeftijds categorieën) waarin ook het opmaken van het hulpverleningsplan is opgenomen.	Ja. Er is een hoofdstuk gewijd aan het goed documenteren van dossiers (p. 101 en verder) met betrekking tot doelstellingen, inhoud en achterliggende principes. Voorbeeldformulieren worden niet voorzien.
5.	Wetenschappelijk gevalideerde criteria voor het beslissen tot uithuisplaatsing.	Neen. Er wordt wel voorzien in – tijdens de besluitvorming op te nemen – aandachtspunten en beslisbomen voor het opstellen van een hulpverleningsplan (p. 57 en verder). Daarnaast worden er criteria meegegeven voor het niet terugplaatsen van kinderen bij hun ouders (p. 59).	Neen. Men voorziet wel een overzichtstabel met velerlei hulpverleningsvormen (inclusief een grove indicatie van de doelgroep en de mate van ondersteuning in de vakliteratuur (p.87 en verder).

44 Met daarin (1) *Strengths and Difficulties Questionnaires*; (2) *The Parenting Daily Hassle Scale*; (3) *Home Conditions Scale*; (4) *Adult Wellbeing Scale*; (5) *The Adolescent Wellbeing Scale*; (6) *The Recent Life Events Questionnaire*; (7) *The Family Activity Scale*; en (8) *The Alcohol Scale*.

## 2.7 Besluit

In Nederland is men reeds enkele decennia bezig met het grondig hervormen van de jeugdzorg, met de Bureaus Jeugdzorg als centrale actoren en met een scheiding tussen diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing. Indicatiestelling heeft er in het besluitvormingsproces zijn plaats gekregen, en bevindt zich op het scharnierpunt van de diagnostische cyclus en de handelingscyclus, na de fase van diagnostiek (dat tevens als belangrijkste bron dient) en voor de eigenlijke zorgtoewijzing. Indicatiestelling is in wezen dan ook slechts één beslissingsmoment in het gehele proces van besluitvorming in de jeugdhulpverlening dat uit meerdere fasen bestaat. Men kan met andere woorden stellen dat indicatiestelling één specifieke vraagstelling betreft in een reeks van vragen binnen dat besluitvormingsproces, met name de derde vraag in: (1) Is hulp nodig?; (2) Zo ja, is een uithuisplaatsing noodzakelijk?; (3) Welk hulpaanbod is geëigend?; en (4) Welk concreet zorgaanbod wordt benaderd?

De Nederlandse jeugdzorg dient in grote mate als inspiratiebron voor het hervormen van de jeugdhulpverlening tot Integrale Jeugdhulp in Vlaanderen. Indicatiestelling binnen de Integrale Jeugdhulp in Vlaanderen is bijgevolg een zeer recent gegeven, en momenteel nog volop in ontwikkeling. Niettegenstaande wordt indicatiestelling reeds in de regelgeving gedefinieerd als: *“De indicatiestelling stelt, op basis van de diagnostiek betreffende een minderjarige, zijn ouders, en in voorkomend geval zijn opvoedingsverantwoordelijken en/of de betrokken personen uit zijn leefomgeving en hun leefsituatie, vast welke jeugdhulpverlening wenselijk is en geeft de aard, de omvang en de urgentie ervan aan, onafhankelijk van het bestaande jeugdhulpaanbod”*<sup>45</sup>. Enkele elementen in die bepaling over indicatiestelling zijn cruciaal. Indicatiestelling gebeurt op basis van (1) een kwaliteitsvolle diagnostiek van het kind of de jongere en (2) onafhankelijk van het beschikbare aanbod.

In de huidige Vlaamse jeugdhulpverlening wordt echter niet in alle betrokken sectoren evenveel aandacht geschonken aan een gedegen indicatiestelling. Vaak blijft het één van de vele ‘onzekere’ beslissingen voor de individuele hulpverlener; zoals de consultants van de sociale dienst van jeugdrechtbanken en de consultants van de comités voor Bijzondere Jeugdzorg. Hetzelfde geldt evenzeer voor een indicatiestelling voor pleegzorg. In de voornoemde sectoren van de vrijwillige en gedwongen jeugdbijstand behoort een indicatiestelling voor pleegzorg dus tot het takenpakket van de consultants (bij het opstellen van het hulpverleningsplan). In de sector van de gezinsondersteunende pleegzorg zoals voorzien door Kind & Gezin bestaat er geen regelgeving omtrent indicatiestelling (voor pleegzorg), slechts een overeenkomst met de Vlaamse Gemeenschap met daarin wel enkele bepalingen met betrekking tot het hulpverleningsplan. Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap daarentegen voorziet wel indicatiestelling door Multidisciplinaire Teams, zij het dat dit voorna-

---

45 Artikel 19 uit het Decreet van 7 mei 2004 betreffende de integrale jeugdhulp (B.S. 11.X.2004).

melijk het aspect handicap betreft, eerder dan de indicatiestelling voor hulpverleningsvormen in de jeugdhulpverlening.

Indicatiestelling voor pleegzorg verschilt ook naargelang de doelstellingen die men binnen de jeugdhulpverlening met een plaatsing in een pleeggezin wilt bereiken. In verschillende landen wordt die doelstelling anders, en in meer of mindere mate expliciet ingevuld. In Vlaanderen heeft men voor pleegzorg vooralsnog een eerder pragmatisch zorgmodel voor ogen waarin uitgangspunten als diversiteit en zorg op maat (of anders gezegd een vraaggestuurd aanbod) voorop staan. Dit maakt dan dat het pleegzorgaanbod in Vlaanderen een veelheid aan pleegzorgvormen beslaat. Er zijn echter landen waar een meer expliciete beleidsvisie rond pleegzorg werd ontwikkeld en geïmplementeerd. Zo wordt in Angelsaksische landen 'Permanency' als beleidsdoelstelling vooropgesteld, waarbij men meer recent een model van 'Concurrent Planning' hanteert. Dit betekent dat er inspanningen worden geleverd om tegelijkertijd een hereniging met de ouders na te streven, als een alternatieve permanente plaatsing te voorzien (adoptie of langdurige pleegzorg) wanneer de hereniging zou mislukken. In Nederland hanteert men – sinds enkele jaren – een vergelijkbare beleidsvisie met een sterk onderscheid tussen pleegzorg als hulpverleningsvorm, waarbij een terugkeer naar de ouders vooropgesteld wordt, en pleegzorg als opvoedingsvariant waarbij het belang van het kind centraal staat en er in een langdurige (of zelfs permanente) plaatsing wordt voorzien. Anders dan onder 'Permanency' blijven de ouders een duidelijke positie behouden ten aanzien van het kind (en is adoptie bijvoorbeeld niet voorzien, zie ook Verreth (2009) voor een meer genuanceerd beeld van de positie van ouders). Dergelijke verschillende beleidsvisies en beleidsdoelstellingen hebben gevolgen voor het aanbod aan pleegzorgvormen en bijgevolg ook voor de wijze waarop indicatiestelling voor pleegzorg wordt vormgegeven.

Niet alleen kan en moet de wetenschap bijdragen aan de ontwikkeling van een beleidsvisie en beleidsdoelstellingen voor pleegzorg, ook voor de implementatie ervan in de praktijk is wetenschappelijke kennis nodig. Onderzoek naar modellen, instrumenten en criteria relevant voor het besluitvormingsproces voor het plaatsen van kinderen in één of andere vorm van pleegzorg is daarbij niet los te zien van onderzoek naar de besluitvorming inzake de noodzaak of de wenselijkheid van de scheiding ouder-kind of anders gezegd het (uit huis) plaatsen van een kind of jongere. Daarbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen vormelijke en inhoudelijke componenten van het besluitvormingsproces. Drie vormelijke componenten worden in de vakliteratuur herhaaldelijk geïdentificeerd als zijnde belangrijk voor de verbetering van besluitvorming omtrent het plaatsen van kinderen en jongeren: (1) het systematisch en vroegtijdig 'assessment' van alle kinderen en jongeren die worden opgenomen in de jeugdhulpverlening; (2) het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten (onder andere voor het in kaart brengen van het psychisch functioneren van kinderen) ter ondersteuning van de besluitvorming; en (3) een multi-dimensioneel 'assessment' van de kinderen. Daarnaast zouden nog twee andere componenten moeten aanwezig zijn om een zekere kwaliteit van de

besluitvorming te garanderen. Deze componenten zijn: (4) een gedegen verslaggeving in het dossier; en (2) inhoudelijke criteria voor het beslissen tot uithuisplaatsing.

Wat de inhoudelijke criteria betreft voor uithuisplaatsing of plaatsing in een pleeggezin, zijn de resultaten van wetenschappelijk onderzoek voornamelijk ontoereikend. Veelal betreft het beschrijvend onderzoek, en is er weinig geweten over de effectiviteit van bepaalde hulpverleningsvormen voor bepaalde kinderen en jongeren. In Nederland werd vanuit het academische veld alvast één poging gedaan om aan het beleid een inhoudelijk kader aan te bieden waarin het belang van het kind eenduidig en wetenschappelijk kan worden gedefinieerd (Van den Bergh & Weterings, 2007) en dat kan dienen als basis voor het opstellen van criteria voor indicatiestelling.

Tot slot worden in dit hoofdstuk nog enkelen modellen of 'frameworks' gepresenteerd die de besluitvorming in de jeugdhulpverlening moeten faciliteren. Het betreft eigenlijk geen instrumenten in de ware zin van het woord, dan wel modellen en/of handleidingen voor hulpverleners bij het werken met kinderen en jongeren in nood. Zo werd in Nederland zeer recent ten behoeve van de medewerkers van de Bureaus Jeugdzorg het 'Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg' uitgewerkt. In het Verenigd Koninkrijk werd een 'Framework for the Assessment of Children in Need and their Families' uitgewerkt dat zeer gedetailleerde informatie verschaft over de te verzamelen informatie en de te consulteren actoren. Dit 'framework' werd in Zweden inmiddels mits een vertaalslag naar de Zweedse jeugdhulpverlening, geïmplementeerd. En 'last but not least' werd – als inspiratiebron en omwille van de expliciete beleidsvisie omtrent pleegzorg aldaar – ook een handleiding voor hulpverleners van de diensten voor kindbescherming in de Verenigde Staten opgenomen. Algemeen kan worden besloten dat niettegenstaande de waarde van een dergelijk model of 'framework' de besluitvorming voor de meest wenselijke hulpverlening een complex proces blijft omdat de kennis beperkt is omtrent welke hulpverlening een antwoord biedt op welk probleem, en omdat de vraag of deze kennis van toepassing is in een specifiek individueel geval blijvend kan worden gesteld. Bijgevolg blijft indicatiestelling een sprekend voorbeeld van een onzekere beslissing al kunnen kwaliteitsvolle modellen wel helpen om de onzekerheid enigszins te beperken.



## ALGEMEEN BESLUIT

In dit algemeen besluit moet vooreerst worden teruggegrepen naar het begin van het eerste hoofdstuk. Daarin werden twee auteurs geciteerd met betrekking tot de evaluatie van pleegzorgplaatsingen, en andere uithuisplaatsingen in het algemeen, als zijnde een bijzonder moeilijke taak. Een van de – oudere, maar daarom niet minder actuele – stellingen in het debat in de Nederlandse jeugdhulpverlening inzake indicatiestelling is dat een wetenschappelijk gefundeerde indicatiestelling in essentie onmogelijk is omdat er enerzijds te weinig kennis is over de types hulpverlening die effectief zijn voor bepaalde problematieken, en anderzijds dat algemene kennis en inzichten in individuele cases doorgaans weinig richtlijn bieden. Indicatiestelling als dusdanig wordt dan, in afwachting van meer en betere kennis, in vraag gesteld en er gaan stemmen op voor meer inspraak en verantwoordelijkheid van de cliënt bij belangrijke beslissingen inzake hulpverlening. Men kijkt daarbij verwachtingsvol naar modellen als 'Family Group Conference' en dergelijke. De essentie van 'Family Group Conference decision-making' bestaat er in om een mechanisme te creëren waarin de hele familie betrokken is in de besluitvorming over kinderen en jongeren in een problematische opvoedingssituatie, met name daar waar het gezin zelf niet participeert aan de geboden hulpverlening, of waar hulpverlening te kort schiet. Men gaat ervan uit dat elk gezin en elke familie uniek is, met een eigen cultuur, persoonlijkheden, sociale dynamiek en achtergrond en dit wordt gezien als een waardevolle input in het opmaken van een hulpverleningsplan. Maar ook hier is (nog) geen sluitend bewijs van een meer effectieve benadering van de besluitvorming in de jeugdhulpverlening. Men pleit dan ook voor een meer expliciet uitgewerkte indicatiestelling dat meer transparantie in de besluitvorming moet toelaten, en aldus bijdraagt tot het opmaken van hulpverleningsplannen. Wat de door de hulpverleners te verzamelen informatie betreft, en de te doorlopen stappen in het besluitvormingsproces worden heel wat eisen en richtlijnen weergegeven in het sinds 2005 ontworpen Handboek Indicatiestelling Bureau Jeugdzorg in Nederland. Vergelijkbare initiatieven zijn er, ondanks verschillende beleidsvisies op pleegzorg, ook elders, zoals de handleidingen voor hulpverleners in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en de Verenigde Staten aantonen. Allen echter hebben ze gemeen dat het zwaartepunt van de uitwerking ligt op de te volgen procedures, eerder dan dat ze inhoudelijke richtlijnen meegeven voor de besluitvorming. Veel heeft te maken met de eerder in dit besluit vermelde vaststelling dat er vooralsnog te weinig geweten is over wat werkt voor welke problematiek. De kennis die resulteert uit de literatuurstudie naar het voorkomen van voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen kan – gezien de beperkte thematiek – die leegte slechts ten dele opvullen. Uit een beknopt overzicht van de literatuur blijkt dat de leeftijd van het kind, de hulpverleningsgeschiedenis en de ernst van de internaliserende en externaliserende problematiek in de literatuur het meest frequent worden genoemd. Een plaatsing in een pleeggezin wordt moeilijker als het kind van oudere leeftijd is, een lange hulpverleningsgeschiedenis heeft en ernstig emotionele en gedragsproblemen heeft.

Niettegenstaande de positieve evolutie in zowel de regelgeving als de opbouw van wetenschappelijke kennis, blijkt dus dat er wat indicatiestelling voor pleegzorg betreft, maar ook voor jeugdhulpverlening in het algemeen, nog grote lacunes zijn, met name inzake criteria voor het indiceren naar pleegzorg.

## BIBLIOGRAFIE

(2009). *Evaluatieonderzoek van de Wet op de Jeugdzorg*. Programmaministerie Jeugd en Gezin/Ministerie Justitie, Nederland.

Ansary, S.J. & Perkins, D.F. (2001). Integrating family visitation and risk evaluation: A practical bonding model for decision makers. *Family Relations*, 50, 3, 220-229.

Backe-Hansen, E. (2003). Justifying out-of-home placement: A multiple case study of decision-making in child welfare and protection services. *International Journal of Child and Family Welfare*, 6, 4, 151-166.

Barber, J.G. & Delfabbro, P.H. (2003). Placement stability and the psychosocial well-being of children in foster care. *Research on Social Work Practice*, 13, 4, 415-431.

Barber, J.G. & Delfabbro, P.H. (2003). The first four months in a new foster placement: Psychosocial adjustment, parental contact and placement disruption. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 3, 2, 69-85.

Barber, J.G., Delfabbro, P.H. & Cooper, L.L. (2001). The predictors of unsuccessful transition to foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 6, 785-790.

*Barns behov I centrum (BBIC)* [Children's Needs in Focus] (2005). Socialstyrelsen [NBHW, National Board of Health and Welfare], Sweden.

Barth, R.P. (1997). Permanent placements for young children placed in foster care: A proposal for a child welfare services performance standard. *Children & Youth Services Review*, 19, 8, 615-631.

Barth, R.P. (1999). After safety, what is the goal of child welfare services: Permanency, family continuity or social benefit? *International Journal of Social Welfare*, 8, 4, 244-252.

Barth, R.P., Lloyd, E., Green, R., James, S., Leslie, L., & Landsverk, J. (2007). Predictors of placement moves among children with and without emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 15, 1, 46-55.

- Beeman, S.K., Kim, H. & Bullerdick, S. (2000). Factors affecting placement of children in kinship and nonkinship foster care. *Children & Youth Services Review*, 22, 1, 37-54.
- Bentovim, A. & L. Bingley Miller (2001). *Assessment of Family Competence, Strengths and Difficulties*. Brighton: Pavilion Press.
- Berrick, J.D., Barth, R.P. & Needell, B. (1994). A comparison of kinship foster homes and foster family family homes. Implications for kinship foster care as family preservation. *Children & Youth Services Review*, 16, 1-2, 33-63.
- Berridge D. & Cleaver, H. (1987). *Foster home breakdown*. New York: Basil Blackwell Inc.
- Beukers, M. & Bennema-Sybrandy, J. (1987). Liever criteria dan commissies. Over de keuze tussen residentiële hulpverlening, pleegzorg en dagbehandeling binnen de jeugdhulpverlening. *De Psycholoog*, 22, mei, 227-234.
- Boendermaker, L., van der Pijl, M. & Lekkerkerk, L. (2006). *Eén zaak, één oordeel. Verslag van een verkennend onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen in de beoordeling van casussen aangemeld bij bureau Jeugdzorg Limburg*. Utrecht: NIZW.
- Booy, Y., Cohen de Lara-Kroon, N. & van Yperen, T. (2002). *Zorgtoewijzingsorganen in Nederland in kaart gebracht. Rapport van een enquête naar de praktijk en ontwikkeling van de zorgtoewijzing in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Bradley, R. H. & Caldwell, B. M. (1977). Home observation for measurement of the environment: A validation study of screening efficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, 81, 5, 417-420.
- Britner, P.A. & Mossler, D. (2002). Professionals' decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 26, 4, 317-332.
- Brown, J.D. & Bednar, L.M. (2006). Foster parent perceptions of placement breakdown. *Children & Youth Services Review*, 28, 12, 1497-1511.
- Buehler, C., Cox, M. E., & Cuddeback, G. (2003). Foster parent's perceptions of factors that promote or inhibit successful fostering. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 2, 1, 61-84.
- Bullens, R.A.R. (1995). Aandachtspunten bij de beslissing om een kind uit huis te plaatsen: Tombola of methodiek? In: de Ruyter, D.J. & de Ruyter, P.A. (red.) *Opvoedingshulp geboden: Pedagogische criteria voor het opleggen van hulp, theoretisch en praktisch bezien* (pp. 67-80). Utrecht: SWP.

- Butler, S. & Charles, M. (1999). The past, the present, but never the future: Thematic representations of fostering disruption. *Child & Family Social Work*, 4, 1, 9-19.
- Caldwell, B.M. & R.H. Bradley (1984). *Home Observation for Measurement of the Environment – Administration Manual (revised edition)*. Arkansas: University of Arkansas.
- Chamberlain, P. & Mihalic, S.F. (1998). *Blueprints for Violence Prevention, Book Eight: Multidimensional Treatment Foster Care*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.
- Chamberlain, P., Price, J., Reid, J., Landsverk, J., Fisher, P., & Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care? *Child Abuse & Neglect*, 30, 4, 409-424.
- Connell, C.M., Vanderploeg, J.J., Flaspohler, P., Katz, K.H., Saunders, L. & J.K. Kraemer Tebes (2006). Changes in placement among children in foster care: A longitudinal study of child and case influences. *Social Service Review*, 80, 3, 398-418.
- Cooper, C.S., Peterson, N.L., & Meier, J.H. (1987). Variables associated with disrupted placement in a select sample of abused and neglected children. *Child Abuse & Neglect*, 11, 1, 75-86.
- Courtney, M.E. (1998). Correlates of social worker decisions to seek treatment oriented out-of-home care. *Children & Youth Services Review*, 20, 4, 281-304.
- Cox, A. & A. Bentovim (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. The Family Pack of Questionnaires and Scales*. London: Department of Health, The Stationary Office.
- Crea, T.M. (2010). Balanced Decision Making in Child Welfare: Structured Processes Informed by Multiple Perspectives. *Administration in Social Work*, 34, 2, 196-212.
- Crum, W. (2010). Foster parent parenting characteristics that lead to increased placement stability or disruption. *Children & Youth Services Review*, 32, 2, 185-190.
- Cuddeback, G.S. (2004). Kinship and family foster care: A methodological substantive synthesis of research. *Children & Youth Services Review*, 26, 7, 623-639.
- Dalgleish, L.I. & Drew, E.C. (1989). The relationship of child abuse indicators to risk assessment and the court's decision to separate. *Child Abuse & Neglect*, 13, 4, 491-506.
- De Bruyn, E.E.J. (2007). Van testdiagnostiek naar diagnostische besluitvorming, en terug? *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46, 391-402.

- De Bruyn, E.E.J., Pameijer, N.K., Ruijsenaars, A.J.J.M. & Van Aarle E.J.M. (1995). *Diagnostische besluitvorming: Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus*. Leuven/Apeldoorn: Acco.
- De Meyer, R.E. (2003). *Indications for foster care in the Netherlands. An evaluation and model proposal*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, Orthopedagogiek vakgroep Gezin en gedrag.
- De Meyer, R.E., L.M.H Robbroeckx & E.E.J. De Bruyn (s.d.). *Evaluatie van indicatiestellingen voor pleegzorgplaatsingen*. Nijmegen: Katholieke Universiteit, Orthopedagogiek vakgroep Gezin en gedrag, 1998-2000.
- de Ruyter, D.J. (2000). *Handleiding 'Schrijven van modules en zorgprogramma's in de jeugdzorg'*. Utrecht: Projectgroep Zorgprogrammering. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/NIZW.
- Del Valle, J.F., López, M., Montserrat, C. & Bravo, A. (2009). Twenty years of foster care in Spain: Profiles, patterns and outcomes. *Children & Youth Services Review*, 31, 3, 847–853.
- Delfos, M.F. & Visscher, N. (2001). *(Pleeg)kinderen en vreemd gedrag !? In 13 thema's: Pleegangst, adoptie, loyaliteit, afstammingsonrust, gehechtheid, seksueel misbruik, rouwen, ADHD, depressie, pesten, autisme, sociale onhandigheid*. Amsterdam: SWP.
- DePanfilis, D. & Salus, M.K. (2003). *Child Protective services: A Guide for Caseworkers*. US Department of Health and Human Services, Children's Bureau.
- DePanfilis, D. & Scannapieco, M. (1994). Assessing the safety of children at risk of maltreatment. Decision-making models. *Child Welfare*, 73, 3, 229-245.
- DePanfilis, D. (2006). *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment and Intervention*. User Manual Series, Department of Health and Human Services, Children's Bureau.
- Department of Health (2000b) *Assessing Children in Need and their Families: Practice Guidance*. Londen: Department of Health, The Stationery Office.
- Dhuyvetter, T., van Engelen, J.H. & van Montfoort, A. (1999). *Verslag planfase Kwaliteit Pleegzorg Trillium*. Woerden, Adviesbureau van Montfoort.
- Doelling, J.L. & Johnson, J.H. (1990). Predicting success in foster placement: The contribution of parent-child temperament characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 4, 585–593.
- Doran, L. & Berliner, L. (2001). *Placement decisions for children in long-term foster care: Innovative practices and literature review*. Washington State Institute for Public Policy.

- Dore, M.M. & Eisner, E. (1993). Child-related dimensions of placement stability in treatment foster care. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 10, 4, 301-317.
- Dozier, M., Stovall, K. Chase, Albus, K. & B. Bates (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72, 5, 1467-1477.
- Drapeau, S., Simard, M., Beaudry, M. & Chartonneau, C. (2004). Siblings in family transitions. *Family Relations*, 49, 1, 77-85.
- Egelund, T. & Vitus, K. (2009). Breakdown of care: the case of Danish teenage placements. *International Journal of Social Welfare*, 18, 45-56.
- Eijgenraam, K. & van der Steege, M. (2005). *Een samenhangend instrumentarium voor het Bureau Jeugdzorg. Eindrapport project 'Ontwikkeling Samenhangend Instrumentarium Bureau Jeugdzorg (OSI)*. Utrecht: NIZW.
- Eijgenraam, K., van der Steege, M. & Metselaar, J. (2004). *Beslissen in het Bureau Jeugdzorg. Bronnenstudie, beslismodel en een samenhangend instrumentarium*. Utrecht: NIZW.
- Emans, L.H.J. & Robbroeckx, L.M.H. (1997). Criteria for foster care placements: Linking theory and practice. *International Journal of Child and Family Welfare*, 1, 39-46.
- Faas, M. (1993). Indiciestelling in de jeugdhulpverlening. Onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling voor dagbehandeling en residentiële hulpverlening. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 138-150.
- Farmer, E. & Moyers, S. (2008). *Kinship care. Fostering effective family and friends placements*. Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Farmer, E. (2009). How do placements in kinship care compare with those in non-kin foster care: placement patterns, progress and outcomes?. *Child & Family Social Work*, 14, 3, 331-342.
- Farmer, E., Mustillo, S., Burns, B.J. & Holden, E.W. (2008). Use and predictors of out-of-home placements within systems of care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 1, 5-14.
- Fein, E. & Maluccio, A. (1992). Permanency planning. Another remedy in jeopardy? *Social Service Review*, 66, 3, 335-348.
- Fernandez, E. (2004). Pathways in substitute care: Representation of placement careers of children using event history analysis. *Children & Youth Services Review*, 21, 3, 177-216.
- Fisher, T., Gibbs, I., Sinclair, I. & Wilson, K. (2000). Sharing the care: The qualities sought of social workers by foster carers. *Child & Family Social Work*, 5, 3, 225-233.

Frame, L., Duerr-Berrick, J. & Foulkes-Coakley, J. (2006). Essential elements of implementing a system of concurrent planning. *Child & Family Social Work*, 11, 4, 357-367.

*Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (2000). Londen: Department of Health, Department of Education and Employment, Home Office.

Fratter, J., Rowe, J., Sapsford, D. & Thoburn, J. (1991). *Permanent family placement. A decade of experience*. Londen: BAAF.

Gardner, H. (1996). The concept of family: Perceptions of children in family foster care. *Child Welfare*, 75, 2, 161-182.

Gibson, T.L., Tracy, G.S. & DeBord, M.S. (1984). An analysis of variables affecting length of stay in foster care. *Children & Youth Services Review*, 6, 2, 135-145.

Gilbertson, R. & Barber, J.G. (2003). Breakdown of foster care placements: Carer perspectives and system factors. *Australian Social Work*, 56, 4, 329-339.

Goldman, J., Salus, M.K., Wolcott, D. & Kennedy, K.Y. (2003). *A coordinated response to child abuse and neglect: A foundation for practice*. US Department of Health and Human Services, Children's Bureau.

Green, R.G., Braley, D. & Kisor, A. (1996). Matching adolescents with foster mothers and fathers: An evaluation of the role of temperament. *Journal of Child & Family Studies*, 5, 3, 1062-1074.

Gulbrandsson, B. (2003). *Children in institutions: Prevention and alternative care*. European Commission, Social Policy Department, Working Group on Children at Risk and in Care.

Harris, G. & Poertner, J. (2000). *Factors that predict the decision to place a child: Case record data*. University of Illinois at Urbana-Champaign School of Social Work.

Heeren, V. (2009). *Perspectief! Evaluatie van het Globaal Plan Jeugdzorg. Visie op en toekomstperspectieven voor welzijn van kinderen en jongeren*.

Held, J. (2005) *Qualitative study: The placement stability of looked after children*. Londen: Department of Education and Skills.

Hellinckx, W. & De Munter, A. (1994). *Behavioral and emotional problems in foster children in Flanders: A prevalence study and a comparison with children in residential care*. Paper presented at the 3rd EUSARF Seminar on Foster Care, Madrid (pp. 1-17).



- Holland, S., Faulkner, A. & Perez-del-Aguila, R. (2005). Promoting stability and continuity of care for looked after children: A survey and critical review. *Child & Family Social Work*, 10, 1, 29-41.
- Holtan, A., & Thørnblad, R. (2009). Kinship foster parenting, gender, class and labour-force participation. *European Journal of Social Work*, 12, 4, 465-478.
- Horvath, J. (ed) (2001). *The child's world. Assessing children in need*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Iglehart, A.P. (1994). Kinship foster care: Placement, service and outcome issues. *Children & Youth Services Review*, 16, 1-2, 107-122.
- James, S. (2004). Why do foster care placements disrupt? An investigation of reasons for placement change in foster care. *Social Service Review*, 78, 4, 601-627.
- James, S., Landsverk, J. & Slymen, D.J. (2004). Placement movement in out-of-home care: Patterns and predictors. *Children & Youth Services Review*, 26, 2, 185-206.
- Johnson, K. & Wagner, D. (2005). Evaluation of Michigan's foster care case management system. *Research on Social Work Practice*, 15, 5, 372-380.
- Jones, L. (1998). The social and family correlates of successful reunification of children in foster care. *Children & Youth Services Review*, 20, 4, 305-323.
- Kähkönen, P. (1997). From the child welfare trap to the foster care trap. *Child Welfare*, 76, 3, 429-445.
- Kalland, M. & Sinkkonen, J. (2001). Finnish children in foster care: Evaluating the breakdown of long-term placements. *Child Welfare*, 80, 5, 513-527.
- Katz, L. & Robinson, C. (1991). Foster care drift: A risk-assessment matrix. *Child Welfare*, 70, 3, 347-358.
- Katz, L. (1999). Concurrent Planning: Benefits and pitfalls. *Child Welfare*, 78, 1, 71-87.
- Katz, L., Robinson, C., & Spoonmore, N. (1994). *Concurrent planning: From permanency planning to permanency action*. Seattle, WA: Lutheran Social Services of Washington and Idaho.
- Klomp, M. & Van den Bergh, V. (1999). Werkbare hulpverleningsplanning in de (semi) residentiële jeugdhulpverlening. In: Knorth, E.J. & Smit, M. (red.). *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening* (pp. 251-269). Leuven/Apeldoorn, Garant.

Knorth, E.J. & Veerbeek, H.J. (1999). Beslissen in onzekerheid: een toepassing van de conflicttheorie bij opname van jeugdigen. In: Knorth, E.J. & Smit, M. (red.). *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening* (pp. 181-210). Leuven/Apeldoorn, Garant.

Knorth, E.J. (1991). Vigilante besluitvorming bij residentiële opname van jeugdigen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 30, 20-31.

Knorth, E.J. (1995). Besluitvorming over uithuisplaatsing in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, 16, 2, 59-63.

Knorth, E.J., & Smit, M. (1999). Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening. Theorie en praktijk. In: Knorth, E.J. & Smit, M. (red.). *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening* (pp. 25-53). Leuven/Apeldoorn, Garant.

Knorth, E.J., & Smit, M. (2002). The role of residential child and youth care workers in care planning: An empirical study. In: E. J. Knorth, P.M. Van den Bergh, & Verheij, F. (red.). *Professionalization and participation in child and youth care* (pp. 107-119). Aldershot/Burlington, VT: Ashgate.

Knorth, E.J., Metselaar, J., Josias, H. J., Konijn, C., Noom, M. J., & Van Yperen, T.A. (2003). Indications for treatment in child and youth care: Results from two complementary empirical studies. *International Journal of Child and Family Welfare*, 6, 4, 176-191.

Knorth, E.J., Van den Bergh, P.M. & Van der Ploeg, J.D. (1984). Uithuisgeplaatst. Communicatie en besluitvorming. Een eerste kwartet vragen na negen jaar onderzoek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 23, 560-578.

Knorth, E.J., Van den Bergh, P.M. & Verheij, F. (red.) (2002). *Professionalization and participation in child and youth care*. Aldershot/Burlington, VT, Ashgate.

Koh, E. (2010). Permanency outcomes of children in kinship and non-kinship foster care: Testing the external validity of kinship effects. *Children & Youth Services Review*, 32, 3, 389-398.

Kok, H. (2002). Het indicatiebesluit: Een illusie? *Nederlands tijdschrift voor Jeugdzorg*, 6, 4-5, 201-209.

Konijn, C., Metselaar, J. & Stoll, J. (2002). *Kwaliteit van de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg. Deeltraject 3 van de Monitor LPJ*. Den Haag/Utrecht: Landelijk Platform Jeugdzorg/NIZW.

Lawder, E., Poulain, J.E. & Andrews, R.G. (1986). A study of 185 foster children five years after placement. *Child Welfare*, 65, 3, 241-245.

Lawrence, P. & J. Wiffin (2001). *Family group conferences: Principles and practice guidance*. Barking, England: Barnardo's/Family Rights Group/NCH.

- Leathers, S.J. (2005). Separation from siblings. Associations with placement adaptation and outcomes among adolescents in long-term foster care. *Children & Youth Services Review*, 27, 7, 793-819.
- Lindsey, D. (1991). Factors affecting the foster care placement decision. An analysis of national survey data. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 2, 272-281.
- Lindsey, D. (1992). Reliability of the foster care placement decision: A review. *Research on Social Work Practice*, 2, 1, 65-80.
- Macdonald, G. & Roberts, H. (1995). *What works in the early years*. Ilford: Barnardo's.
- Maluccio, A.N., Fein, E. & Olmstead, K. (1986). *Permanency planning for children: Concepts and methods*. New York, NY: Tavistock Publications.
- McAuley, C. & Trew, K. (2000). Children's adjustment over time in foster care: Cross-informant agreement, stability and placement disruption. *British Journal of Social Work*, 30, 1, 91-107.
- McDonald, G. & Turner, W. (2008). *Treatment foster care for improving outcomes in children and young people*. The Campbell Collaboration Social Welfare Group.
- McWey, L. (2000). I promise to act better if you let me see my family: Attachment Theory and foster care visitation. *Journal of Family Social Work*, 5, 1, 91-105.
- Meddin, B.J. (1984). Criteria for placement decisions in protective services. *Child Welfare*, 63, 4, 367-373.
- Metselaar, J., Knorth, E.J., Noom, M.J., van Yperen, T.A. & Konijn, C. (2004). Treatment planning for residential and non-residential care: A study on indication-for-treatment statements as input to the care process. *Child & Youth Care forum*, 33, 3, 151-173.
- Minty, B. (1999). Annotation: Outcomes in long-term foster family care. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 40, 7, 991-999.
- Moffat, P.G. & Thoburn, J. (2001). Outcomes of permanent family placement for children of minority ethnic origin. *Child & Family Social Work*, 6, 1, 13-21.
- MoGroep Jeugdzorg (2007). *Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*. Utrecht.
- Newton, R.R., Litrownik, A.J. & Landsverk, J.A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24, 10, 1363-1374.

Nixon, S. (1997). The limits of support in foster care. *British Journal of Social Work*, 27, 6, 913-930.

Noom, M. J., Knorth, E. J., & Josias, H. J. (2005). The dynamics of screening and setting indications for treatment in an integrated system of child and youth care. In: Grietens, H., Lahaye, W., Hellinckx, W. & Vandemeulebroecke, L. (red.). *In the best interests of children and youth: International perspectives* (pp. 131-141). Leuven: Leuven University Press (Studia Paedagogica, Vol. 42).

Oosterman, M., Schuengel, C., Slot, N.W., Bullens, R.A.R. & Doreleijers, T.A.H. (2007). Disruptions in foster care: A review and meta-analysis. *Children & Youth Services Review*, 29, 1, 53-76.

Palmer, S. (1996). Placement stability and inclusive practice in foster care: An empirical study. *Children & Youth Services Review*, 18, 7, 589-601.

Pameijer, N., & van Beukering, T. (1997). *Handelingsgerichte diagnostiek: een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleer- en opvoedingsproblemen*. Leuven: Acco.

Pardeck, J. (1984). Multiple placement of children in foster family care: An empirical analysis. *Social Work*, 29, 506-509.

Parker, R.A. (1966). *Decision in Child Care*. London: George Allen & Unwin Ltd.

Pavelka, M., & Luciano, M. (2009). Spécificités du soin en accueil familial thérapeutique. (French). *Neuropsychiatrie de l'enfance & de l'Adolescence*, 57, 5, 412-418.

Peeters, S. (2010). Pleegzorg placement breakdown en geassocieerde kind- en plaatsingsgerelateerde factoren. Een kwantitatief exploratief onderzoek naar pleegzorg binnen de Bijzondere Jeugdbijstand in Vlaanderen. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 34, 53-61.

Platt, D. (2005). Social workers' decision-making following initial assessments of children in need in the UK. *International Journal of Child & Family Welfare*, 8, 4, 177-190.

Price, J.M., Chamberlain, P., Landsverk, J. & Reid, J.B. (2009). KEEP foster-parent training intervention: a model description and effectiveness. *Child & Family Social Work*, 14, 2, 233-242.

Price, J.M., Chamberlain, P., Landsverk, J., Reid, J.B., Leve, L.D., Laurent, H. (2008). Effects of a Foster Parent Training Intervention on Placement Changes of Children in Foster Care. *Child Maltreatment*, 13, 1, 64-75.

Prins, P. & Pameijer, N. (2000). *Protocollen in de jeugdzorg. Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Proch, K., & Taber, M. (1985). Placement disruption: A review of research. *Children & Youth Services Review*, 7, 4, 309-320.
- Redding, R., Fried, C. & Britner, P. (2000). Predictors of placement outcomes in treatment foster care. Implications for foster parent selection and service delivery. *Journal of Child & Family Studies*, 9, 4, 425-447.
- Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg (2005). s.l.: Ordina Public Management Consulting BV.
- Rhodes, K.W., Orme, J.G. & Buehler, C. (2001). A Comparison of family foster parents who quit, consider quitting and plan to continue fostering. *Social Service Review*, 75, 1, 84-114.
- Robbroeckx, L. & Bastiaensen, P. (2001). *Feit en f(r)ictie in de pleegzorg*. Bohn: Stafleu Van Loghum.
- Robbroeckx, L.M.H. & Emans, L.H.J. (1997). Diagnostische besluitvorming van pleegzorg nader geanalyseerd. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 36, 12, 67-79.
- Roose, R. & Steketee, M.J. (2008). Jeugdzorg en jeugdwerk. In: De Bie M. & Van Ewijk, H. (red.). *Sociaal werk in Vlaanderen en Nederland. Een begrippenkader* (pp. 57-82). Mechelen: Wolters Kluwer Belgium.
- Rowe, J., Hundleby, M. & Garnett, L. (1989). *Child care now. A survey of placement patterns*. Londen: BAAF.
- Ruijsenaars, A.J.J.M. (1999). Het diagnostisch proces. In: E. Knorth & Smit, M. (red.). *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening* (pp. 97-113). Leuven: Garant.
- Sallnäs, M., Vinnerljung, B. & Westermark, P.K. (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. *Child & Family Social Work*, 9, 2, 141-152.
- Schofield, G. & Simmonds, J. (Ed) (2009). *The Child Placement Handbook. Research, policy and practice*. BAAF Adoption & Fostering.
- Scholte, E.M. & Van der Ploeg, J.D. (1999). Allocation of care for juveniles at risk for emotional and behavioral difficulties. Practice and opportunities. *International Journal of Child & Family Welfare*, 4, 2, 112-129.
- Scholte, E.M. (1995). Het plaatsen van jeugdigen in pleeggezinnen en residentiële centra. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34, 99-114.
- Scholte, E.M. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & allied disciplines*, 38, 6, 657-666.

- Schuerman, J., Rossi, P.H. & Budde, S. (1999). Decisions on placement and family preservation: Agreement and targeting. *Evaluation Review*, 23, 6, 599-618.
- Seaberg, J.R. & Tolley, E.S. (1986). Predictors of the length of stay in foster care. *Social Work Research and Abstracts*, 22, 8, 11-17.
- Sellick, C., Thoburn, J. & Philpot, T. (2004). *What works in adoption and foster care?* Londen: Jessica Kingsey Publishers.
- Sinclair, I. & Wilson, K. (2003). Matches and mismatches: The contribution of carers and children to the success of foster placements. *British Journal of Social Work*, 33, 7, 871-884.
- Sinclair, I., Wilson, K. & Gibbs, I. (2001). "A life more ordinary": What children want from foster placements. *Adoption & Fostering*, 25, 4, 17-26.
- Sinclair, I., Wilson, K. & Gibbs, I. (2005). *Foster Placements: Why they succeed and why they fail*. Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Smit, M., Knorth, E.J. & Klomp, M. (1997). Child and youth care in The Netherlands: Services and developments. *Child & Youth Care Forum*, 26, 5, 311-321.
- Smith, D., Stormshak, E., Chamberlain, P., & Whaley, R. (2001). Placement disruption in treatment foster care. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 9, 3, 200-205.
- Staff, I. & E. Fein (1995). Stability and change. Initial findings in a study of treatment foster care placements. *Children & Youth Services Review*, 17, 3, 379-389.
- Stone, N.M. & Stone, S.F. (1983). The prediction of successful foster placement. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 64, 1, 11-17.
- Stovall, K.C., & Dozier M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for ten foster infants. *Development & Psychopathology*, 12, 2, 133-156
- Strijker, J. & Knorth, E.J. (2007). Verplaatsing van pleegkinderen. *Kind en Adolescent*, 28, 1, 32-45.
- Strijker, J. & Zandberg, T. (2001). *Matching in de pleegzorg. Hulpvraag versus hulpaanbod*. Amsterdam: SWP.
- Strijker, J. & Zandberg, Tj. (1999). Typologie van pleegkinderen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 38, 385-398.
- Strijker, J. & Zandberg, Tj. (2004). Over-Leven in de pleegzorg. *Pedagogiek*, 24, 3, 230-245.

- Strijker, J. & Zandberg, Tj. (2005). Breakdown in foster care. *International Journal of Child & Family Welfare*, 8, 2-3, 76-87.
- Strijker, J., Zandberg, T., & Van der Meulen, B. F. (2002). Indicators for placement in foster care. *British Journal of Social Work*, 32, 2, 217-231.
- Terling-Watt, T. (2001). Permanency in kinship care: An exploration of disruption rates and factors associated with placement disruption. *Children & Youth Services Review*, 23, 2, 111-126.
- Testa, M. F. (2001). Kinship care and permanency. *Journal of Social Service Research*, 28, 1, 25-43.
- Trasler, G. (1960). *In place of parents*. Londen: Routledge and Kegan Paul.
- Triseliotis, J. (2002). Long-term foster care or adoption? The evidence examined. *Child & Family Social Work*, 7, 1, 23-33.
- Triseliotis, J., Borland, M., Hill, M. & Lambert, L. (1995). *Teenagers and the social work services*. Londen: HMSO.
- Unrau, Y.A., Seita, J.R. & Putney, K.S. (2008). Former foster youth remember multiple placement moves: A journey of loss and hope. *Children & Youth Services Review*, 30, 11, 1256-1266.
- Usher, C.L., Randolph, K.A. & Gogan, H.C. (1999). Placement patterns in foster care. *Social Services Review*, 73, 1, 22-36.
- van Dam, C. & ten Haaf, N. (1999). *Besluitvorming bij uithuisplaatsing. Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van een instrument om de kwaliteit van besluitvorming bij uithuisplaatsing te verbeteren*. Utrecht: SWP.
- van Dam, W., Nordkamp, S., Robbroeckx, L. (2000). *Passen en meten in de pleegzorg: plaatsingsmethodiek nader onderzocht*. Amsterdam: SWP.
- Van den Bergh, P.M. & T. Weterings (2007). *Pleegzorg, jeugdzorg voor het kind. Pedagogische besluitvorming bij uithuisplaatsing*. Utrecht: Agiel.
- Van Holen, F. (1999). Samen of afzonderlijk? Over de plaatsing van broers/zussen in pleegzorg: Een overzicht. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Kinderpsychopathologie*, 24, 162-173.
- van Yperen, T.A. & Van Geffen, L. (1997). *Screening, diagnostiek en indicatiestelling. Toegang tot de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- van Yperen, T.A., Nota, P.A. & Van der Schaft, R.A. (1999). *Zorgtoewijzing. Knooppunt vraag en aanbod in de Jeugdzorg*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/NIZW.



Vanderfaeillie, J., Van helen, F. & S. Coussens (2007). Waarom mislukken pleegzorgplaatsingen? Een onderzoek naar de factoren die het ongunstig vroegtijdig beëindigen van een pleegzorgplaatsing in Vlaanderen beïnvloeden. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46, 404-416.

VAPH (2009). Praktijkgids voor Multidisciplinaire Teams.

Veerman, J.W. (1983). Probleemgerichte evaluatie en registratie. *Geestelijke Volksgezondheid*, 38, 28-39.

Verreth, K. (2009). *Pleegzorg wanneer? Deel 1. (Rechts)vergelijkend onderzoek naar beleid en wetgeving in Vlaanderen en enkele Europese landen*. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Kenniscentrum.

Vervotte, I. (2006). *Globaal Plan Jeugdzorg. De kwetsbaarheid voorbij ... opnieuw verbinding maken*. s.l.

*Voorbeeldformulier Ontwerp Indicatiebesluit Bureau Jeugdzorg* (2005). Utrecht: NIZW.

Ward, H & Skuse, T (2001). Performance targets and stability of placements for children long looked after away from home. *Children & Society*, 15, 5, 333-346.

Ward, H. (2009). Patterns of instability: Moves within the care system, their reasons, contexts and consequences. *Children & Youth Services Review*, 31, 10, 1113-1118.

Webster, D., Barth, R.P. & Needell, B. (2006). Placement stability for children in out-of-home care: A longitudinal analysis. *Child Welfare*, 79, 5, 614-632.

Wells, K. (1991). Placement of emotionally disturbed children in residential treatment. A review of placement criteria. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 3, 339-347.

Westermarck, P.K., Hansson, K. & Vinnerljung, B. (2008). Does Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) reduce placement breakdown in foster care? *International Journal of Child & Family Welfare*, 11, 1, 2-18.

Wilson, K., Petrie, S., & Sinclair, I. (2003). A kind of loving: A model of effective foster care. *British Journal of Social Work*, 33, 8, 991-1003.

Winokur, M.A., Crawford, G.A., Longobardi, R.C. & Valentine, D.P. (2008). Matched comparison of children in kinship care and foster care on child welfare outcomes. *Families and Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 89, 3, 338-346.

Wulczyn, F., Kogan, J., & Harden, B.J. (2003). Placement stability and movement trajectories. *Social Service Review*, 77, 2, 212-236.

## BIJLAGE OVERZICHT VAN ONDERZOEK (VAN DE LAATSTE 15 JAAR) NAAR HET VROEGTIJDIG AFBREKEN VAN PLEEGZORGPLAATSINGEN EN/OF HET 'VER'PLAATSEN VAN PLEEGKINDEREN.

Onderzoek	Jaar	Land	Leeftijd van de kinderen; Tijdsperiode van de opvolging in het onderzoek	Specifiek onderwerp van de studie	Methode	% Kinderen dat een verpleegzorgplaatsing ervaart	Factoren die samenhangen met (en predictoren (oorzaaklijk verband – in <i>italic</i> ) voor) een vroegtijdig afgebroken pleegzorgplaatsing/het aantal verplaatsingen.
Price, Chamberlain, Landsverk, Reid, Leve & Laurent	2008	VS (San Diego)	5 – 12 jaar oud; 6,5 maanden (minimum 30 dagen in de plaatsing)	Opleiding pleegouders (KEEP-programma)	n=700 pleeggezinnen (66% bestandspleeggezinnen, 34% netwerkpleeggezinnen)	13%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal voorgaande verplaatsingen (+) (elke voorgaande verplaatsing doet de kans op een vroegtijdige beëindigde plaatsing binnen 6,5 maanden stijgen met 6%)</li> <li>KEEP-programma (NS)</li> <li>Interactie-effect van KEEP-programma op het effect van het aantal voorgaande plaatsingen (NS)</li> </ul>
DelValle, López, Montserrat & Bravo	2009	Spanje	Leeftijd is niet gespecificeerd; Retrospectieve design van zowel open als gesloten cases	Netwerkpleegzorg	n=649 (n netwerkpleegzorg = 292; n bestandspleegzorg = 357)	15,7% van de plaatsingen in netwerkpleeggezinnen en 25,4% van de plaatsingen in bestandspleeggezinnen werd vroegtijdig afgebroken; 36,4% van de plaatsingen in netwerkpleeggezinnen en 46% van de plaatsingen in bestandspleeggezinnen werd afgebroken om de kinderen elders 'beter' te plaatsen; de overige plaatsingen eindigden omdat het kind volwassen werd <sup>46</sup> .	
Farmer & Moyers	2008	VK	Leeftijd is niet gespecificeerd; Twee jaar (Catch-up prospective design)	Netwerkpleegzorg	Variance analysis; Logistic Regression analysis; n=270	35%; 17 tot 28% van de plaatsingen in netwerkpleeggezinnen; 18 tot 43% van de plaatsingen in bestandspleeggezinnen (naar gelang de definitie van breakdown).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alleen bij netwerkpleegzorg:</li> <li>Gezondheidsproblemen van de pleegkinderen (+)</li> <li>Leeftijd pleegkind (+)</li> <li>Plaatsing bij grootouders (-) (vgl. met andere netwerkpleeggezinnen)</li> <li>Grtere betrokkenheid van de pleegzorgers (-)</li> <li>Supervisie contact biologische ouders (-)</li> <li>Alleen bij bestandspleegzorg:</li> <li>Ernst voorgeschiedenis (+)</li> <li>Gedragsproblemen (+)</li> <li>Bij beide:</li> <li>Geen controle over gedrag van het kind tijdens de plaatsing (+)</li> <li>Plaatsing van siblings (-)</li> </ul>
Westermarck, Hansson & Vinnerljung	2008	Zweden	Tieners van 13-16 jaar oud; 12 maanden	Therapeutische pleegzorg	Bivariate statistische analyses voor het vergelijken van 3 steekproeven: • Zweedse MTFC (n=31) • US MTFC (n=90) • Zweedse studie (n=275)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zweedse MTFC: 13%</li> <li>US MTFC: 26%</li> <li>Zweedse studie: tussen 29 en 45%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opname in MTFC Model</li> </ul>

46 In een subsample van gesloten 'cases' waarvoor n netwerkpleegzorg = 142 en n bestandspleegzorg = 179.

Winokur, Crawford, Longobardi & Valentine	2008	VS (Colorado)	Gemiddeld 4 jaar oud bij opname in pleegzorg; (duurtyd niet geëxpliciteerd - ongeveer 3 jaar)	Netwerkpleegzorg	Matched Sample Design; n= 636 (n=318 in zowel netwerk- als bestandspleegzorg) van kinderen voor het eerst opgenomen in pleegzorg in 2002 en die min. 60 dagen in een pleeggezin verbleven.	Kinderen in netwerkpleegzorg ervaren gemiddeld minder verplaatsingen (1,62) dan kinderen in bestandspleegzorg (2,27).		
Barth, Lloyd, Green, James, Leslie & Landsverk	2007	VS	7-14 jaar oud; 48 maanden	Kinderen met emotionele en gedragsproblemen.	Logistic Regression analysis; Poisson Regression models; Subsample uit een grotere studie met n EBD-kinderen = 362 n niet EBD-kinderen = 363 (alleen Engelssprekende kinderen)	18% van alle kinderen ervoer vier of meer verplaatsingen; kinderen met EBD hadden 2,5 keer meer kans om vier of meer verplaatsingen te ervaren.	Bij EBD kinderen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressie (+)</li> <li>• Niet samenleven met siblings (+)</li> <li>• Onzekerheid over reunificatie met biologische ouders (+)</li> <li>• Speciale behoeften hebben (+)</li> <li>• Ouder zijn dan 11 jaar (+)</li> </ul> Bij niet-EBD kinderen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftyd (+)</li> <li>• Geslacht (jongens) (-)</li> <li>• Psychologisch trauma (+)</li> <li>• Voorkomen voor de rechtbank (+)</li> </ul>	
Strijker & Knorth	2007	Nederland	0-18 jaar oud; Gemiddeld gedurende 2,4 jaar opgevolgd teruggegaan in de tyd).	Langdurige pleegzorg	Retrospectieve Longitudinal Design; Discriminant analysis; n=419 kinderen (tussen 2000 en 2004 opgenomen in pleegzorg bij 5 pleegzorgaanbieders en die min. 6 maanden in het pleeggezin verbleven)	44,8% heeft geen verplaatsingen meegemaakt voor het huidige pleeggezin; 22,5% van de kinderen heeft één verplaatsing meegemaakt; 33% twee of meer. 59,3% van de kinderen in netwerkpleegzorg heeft geen eerdere plaatsing meegemaakt; hetzelfde geldt voor slechts 32,1% van de kinderen in bestandspleegzorg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftyd pleegkind (+)</li> <li>• Ernst gedragsproblemen bij opname (+)</li> <li>• Aantal verplaatsingen (+)</li> </ul>	
Vanderfaellie, Van Hoen & Coussens	2007	Vlaanderen	Gemiddeld 8 jaar oud; 5 jaar		Survival analysis; n=100	57%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftyd pleegkind (+)</li> <li>• Gedragsproblemen bij opname (+)</li> <li>• Mishandeling (-)</li> <li>• POS (zonder mishandeling) (+)</li> <li>• Netwerkpleegzorg (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekse (NS)</li> <li>• Etnische achtergrond (NS)</li> <li>• Aantal verplaatsingen (NS)</li> <li>• Plaatsende instantie (NS)</li> </ul>

Chamberlain, Price, Reid, Landsverk, Fisher & Stoolmiller	2006	VS (Californië)	5-12 jaar oud (gemiddeld 8 jaar oud); 12 maanden	Netwerkpleegzorg	Cox Hazard Regression model; Multivariate analysis; n = 246 (kinderen in korte termijnpleegzorg werden uitgesloten uit de steekproef)	De helft van de kinderen in de studie heeft minstens één verplaatsing meegemaakt (gemiddeld na 3,9 maanden, al verschilt deze periode sterk naargelang de aard van de setting waarin men werd geplaatst).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aantal incidenten gedragsproblemen volgens het Parent Daily Report (+) Per gerapporteerd incident neemt de kans op een voortijdig afgebroken plaatsing toe met 17%.</li> <li>Plaatsing in een bestandsgezin (+) verhoogt het risico met een factor*3.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sekse (NS)</li> <li>Etnische achtergrond (NS)</li> <li>Leeftijd (NS)</li> <li>Aantal kinderen in het pleeggezin (NS)</li> <li>Etniciteit van de pleegouders (NS)</li> </ul>
Connell, Vanderploeg, Flaspohler, Katz, Saunders, Kraemer, Tebes	2006	VS (Rhodes Island)	0-20 jaar oud; 5 jaar		Cox Regression model for repeated events; n=5909	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leeftijd (+)</li> <li>Twee of meer voorgaande plaatsingen (+)</li> <li>Seksueel misbruik (-) &lt; Verwaarlozing, mishandeling, druggebruik van de ouders en gedragsproblemen</li> <li>Netwerkpleegzorg (-) &lt; Crisisopvang, bestandspleegzorg en groepsopvang</li> <li>Jongens in groepsopvang (-) &lt; Jongens in netwerkpleegzorg; bestandspleegzorg of crisisopvang</li> <li>Mentale gezondheidsproblemen en groepsopvang / crisisopvang (-) &lt; Mentale gezondheidsproblemen in netwerkpleegzorg en bestandspleegzorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geslacht (NS)</li> <li>Etniciteit (NS)</li> <li>Speciale behoeften hebben (handicap) (NS)</li> <li>Mentale gezondheidsproblemen (NS)</li> </ul>	
Oosterman, Schuengel, Slot, Bullens & Doreiljers	2006	Nederland			Meta-analyse van 26 studies; n = 20.650		<ul style="list-style-type: none"> <li>Leeftijd (+)</li> <li>Gedragsproblemen (+)</li> <li>Hulpverleningsgeschiedenis (+)</li> <li>Vroegere plaatsingen (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Netwerkpleegzorg (NS)</li> </ul>
Sinclair, Wilson & Gibbs	2005	UK	0-18 jaar; 14 maanden		Cross-sectionele survey; n = variable (571)	Een kwart van de kinderen onderging slechts één plaatsing; drie kwart van de kinderen onderging niet meer dan drie plaatsingen en 16% onderging 5 of meer plaatsingen. 27% van de substeekproef 11 jaar en ouder had 5 of meer plaatsingen meegemaakt.		

Leathers	2005	VS (Illinois)	12 en 13-jarigen; 5 jaar	Siblings	(Logistic) Regression Analysis; n = 197 (min. 1 jaar in pleegzorg)	56%; 33% van de pleegkinderen die consistent met siblings werden geplaatst kende een voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsing voor kinderen die een inconsistent verleden van siblingplaatsing kenden is dit 56% en voor kinderen die van siblings werden gescheiden (na eerst samen geplaatst te zijn) is dit 65%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistente plaatsing met siblings (-)</li> </ul>	
James	2004	VS (San Diego)	2-16 jaar oud; 18 maanden	Motieven voor verplaatsing van pleegkinderen	Event History analysis; Multivariate analysis; n=580 (kinderen opgenomen in pleegzorg in de periode 1990-1991 en die min. 5 maanden in pleegzorg verbleven).	70% van de verplaatsingen gebeurt omwille van het lokale beleid inzake pleegzorg. 5% van de pleegkinderen maakten geen verplaatsing mee; 94% van de kinderen maakte min. 1 verplaatsing mee omwille van het zorgsysteem; 19% omwille van een wijziging in de situatie van het pleeggezin (verhuis, overlijden, misbruik, e.d.); 5% omwille van problemen met de biologische ouders en 24% omwille van gedragsproblemen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd pleegkind (+)</li> <li>• Emotionele verwaarlozing (+)</li> <li>• Gedragsproblemen (externaliserende) (+)</li> <li>• Aantal dagen in netwerkpleegzorg (-)</li> <li>• Aantal verplaatsingen door sociale dienst (-)</li> <li>• Sekse (NS)</li> <li>• Etnische achtergrond (NS)</li> <li>• Seksueel misbruik (NS)</li> <li>• Fysieke mishandeling (NS)</li> <li>• Verwaarlozing (NS)</li> <li>• Internaliserende gedragsproblemen (NS)</li> <li>• Hulpverleningsgeschiedenis (NS)</li> <li>• Aantal geplande of vroegtijdig afgebroken plaatsingen (NS)</li> </ul>	
Salmäss, Vinnerijung & Westermark	2004	Zweden	Tieners van 13-16 jaar oud; 5 jaar	Uithuisplaatsingen in het algemeen (waaronder pleegzorg)	Multivariate Logistic Regression analysis; n=240 (pleegzorgplaatsingen).	31-40% van de pleegzorgplaatsingen (naar gelang de definitie van breakdown).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekse (meisje) (+)</li> <li>• Weggelopen of buitengezet door ouders (+)</li> <li>• Mishandeling (seksueel/fysiek) (-)</li> <li>• Antisociaal gedrag bij opname (+)</li> <li>• Diagnose/assessment (-)</li> <li>• Afstand tot het pleeggezin (-)</li> <li>• Migratieachtergrond (NS)</li> <li>• Geestelijke gezondheidsproblemen (NS)</li> <li>• Vroegtijdige beëindiging van de vorige plaatsing (NS)</li> <li>• Relatieproblemen in biologisch gezin (NS)</li> <li>• Vrijwillige/gedwongen plaatsing (NS)</li> </ul>	
Strijker & Zandberg	2004-2005	Nederland	Gemiddeld 9 jaar oud; 6 jaar	Langdurige pleegzorg	Longitudinaal design; Survival analysis; Cox Regression Analysis; n=(136)127 kinderen die in de periode 1996 en 1997 in een pleeggezin werden geplaatst en die gedurende 12 maanden in pleegzorg verbleven; Typologie pleegkinderen.	44,9%. Het risico op breakdown is het hoogst in de eerste twee jaar. Volgens de typologie van pleegkinderen bedraagt het breakdownpercentage voor het type Externalizing: 50% en voor het type Normal: 30% (in een periode van 12 maanden).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Type pleeggezin (bestandsgezin/netwerkgezin) (NS)</li> <li>• Leeftijd (+)</li> <li>• Type pleegkind (externalizing/normaal) (+)</li> </ul>	

Barber & Delfabbro	2003	Australië	4-17 jaar oud; 4 maanden	n=235 (kinderen opgenomen in pleegzorg, al dan niet voor het eerst, gedurende 12 maanden).	51% van de pleegkinderen die reeds een verplaatsing kenden bij het begin van de studie. 33% van de kinderen werd verplaatst omwille van gedragsproblemen; deze kinderen maakten gemiddeld 5,7 verplaatsingen mee).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd (+) (11-13 jaringen kennen de hoogste frequentie van verplaatsingen)</li> <li>• Netwerkleegzorg (-)</li> <li>• Toelage voor pleegkind (-)</li> <li>• Plaatsing met een sibling (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geslacht (NS)</li> <li>• Ras (NS)</li> <li>• Etniciteit (NS)</li> </ul>
Wulczyn, Kogan & Harden	2003	VS (NYC)	0-18 jaar; 4 jaar	Life Course Perspective; Generalized Linear Event count Regression Model; Mixture Model for Trajectories; n=16.170	De meeste pleegkinderen (69%) worden niet verplaatst (voor kinderen in residentiële zorg is dat 86%). Kinderen in pleegzorg worden vaker verplaatst (m.n. in de beginperiode) dan kinderen in residentiële zorg (eerder later in de zorgperiode).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd (+)</li> <li>• Verwaarlozing (-)</li> <li>• Gedragsproblemen bij opname (+)</li> <li>• Hyperactiviteit bij opname (+)</li> <li>• Emotionele adaptatie bij opname (+)</li> <li>• Sociale adaptatie bij opname (-<sup>47</sup>)</li> <li>• Geestelijke gezondheidsproblemen (+<sup>48</sup>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernst voorgeschiedenis (NS)</li> <li>• Gezondheidsproblemen pleegkind (NS)</li> </ul>
Barber, Delfabbro & Cooper	2001	Australië	4-17 jaar oud; 4 maanden	n=235 (kinderen opgenomen in pleegzorg, al dan niet voor het eerst, gedurende 12 maanden).		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd (+)</li> <li>• Fertilitiet pleegouders (+)</li> <li>• Leeftijd (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwaarlozing (-)</li> <li>• Gedragsproblemen bij opname (+)</li> <li>• Hyperactiviteit bij opname (+)</li> <li>• Emotionele adaptatie bij opname (+)</li> <li>• Sociale adaptatie bij opname (-<sup>47</sup>)</li> <li>• Geestelijke gezondheidsproblemen (+<sup>48</sup>)</li> </ul>
Kalland & Sinkkonen	2001	Finland	Leeftijd niet gespecificeerd; 5 jaar	Retrospectief Design; n=234 (kinderen opgenomen in pleegzorg in de periode 1993-1994).	11%; Bij fertiele pleegouders 24%, bij infertiele pleegouders 4%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fertilitiet pleegouders (+)</li> <li>• Leeftijd (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernst voorgeschiedenis (NS)</li> <li>• Gezondheidsproblemen pleegkind (NS)</li> </ul>
Moffat & Thornum	2001	VK	2-11 jaar oud; 3 tot 5 jaar	Logistic Regression Models; n=254 (geplaatst tussen 1980 en 1985).	28% (72% van deze kinderen was na drie tot vijf jaar nog steeds in hetzelfde gezin).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd (+) minimale slaagkans voor de plaatsing ligt rond de leeftijd van 10 jaar, daarna neemt de slaagkans weer toe met de leeftijd)</li> <li>• Gedragsproblemen (+)</li> <li>• Verwaarlozing (+)</li> <li>• Mishandeling (+)</li> <li>• Contact met biologische ouders (+)</li> <li>• Transraciale plaatsing &amp; geslacht: meisjes (+) en jongens (-) (plaatsing in een blank pleeggezin) versus Gematchte plaatsing &amp; geslacht: jongens (+) en meisjes (-)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verplaatsingen (NS)</li> </ul>

47 Voor een deelsteekproef van kinderen die zich reeds in een pleeggezin bevonden bij de start van het onderzoek.

48 dem.

Smith, Stormshak, Chamberlain & Whaley	2001	VS (Oregon)	2-16 jaar oud; 3 jaar	Therapeutische pleegzorg	Logistic Regression Models; n=90	Breakdown = 25.5% (waarvan 17.8% in de eerste zes maanden).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd (+)</li> <li>• Geslacht (interactie-effect met leeftijd): oudere meisjes (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd van de pleegouders (NS)</li> <li>• Grootte van het pleegezin (NS)</li> <li>• Leeftijd verschil tussen jongste kind en pleegkind (NS)</li> <li>• Gezinsklimaat en opvoedingsgedrag, behalve 'normen' (NS)</li> </ul>
Strijker & Zandberg	2001	Nederland	Gemiddeld 9 jaar oud; 1,5 jaar (1982-2000)	Langdurige pleegzorg	Beschrijvende en multivariante statistiek; n=120	<p>31% Jongens: 27% versus meisjes: 34% Bestandspleegzorg: 29% Netwerkpleegzorg: 21% Familiepleegzorg: 37%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedragsproblemen; (teruggetrokken, angstig/depressief, delinquent gedrag, agressief gedrag) (+)</li> <li>• Leeftijd (+) (breakpunt ligt op 10 jaar)</li> <li>• Pariteit (rangorde) niet gerespecteerd (+)</li> <li>• Typologie van pleeggezinnen naar structuur en normering</li> </ul>	
Terling-Watt	2001	VS (Texas)	Leeftijd niet gespecificeerd; 3 jaar	Netwerkpleegzorg	n=875	33,1% van de kinderen die vanuit een langetermijnperspectief bij verwanten zijn geplaatst.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onaangepast seksueel gedrag (NS)</li> </ul>	
Ward & Skuse	2001	VK	Leeftijd niet gespecificeerd; 3 jaar		Longitudinaal design; n=249 (selectie van 17% van alle kinderen in pleegzorg, n.l. die kinderen opgenomen in pleegzorg vanaf 1996 en nog steeds in pleegzorg in 1998 en die min. 12 maanden in pleegzorg werden geplaatst).	<p>56% 44% van de kinderen kende slechts één plaatsing; 26% had twee plaatsingen gehad en 28% van de kinderen werd drie of meer keer verplaatst; 54% van deze verplaatsingen werden gepland.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedragsproblemen (+)</li> <li>• Zelfvernietigend gedrag (zelfvernietiging, drugsgebruik, eetstoornissen, zelfmoordpogingen e.d.) (+)</li> <li>• Leeftijd (+)</li> <li>• Voorgaande afgebroken plaatsingen (+)</li> </ul>	
Newton, Litrownik & Landsverk	2000	VS (San Diego)	2-17 jaar; 12 maanden	Gedragsproblemen	Longitudinaal Design; Regression Models; n=415 (kinderen die min. 5 maanden in pleegzorg verbleven).	Gedragsproblemen zijn tegelijk oorzaak en gevolg van het aantal verplaatsingen dat pleegkinderen in de pleegzorg ervaren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedragsproblemen (+)</li> <li>• Aantal verplaatsingen (+)</li> </ul>	
Webster, Barth & Needell	2000	VS (California)	0-6 jarigen (babies, peuters en kleuters)	Langdurige pleegzorg	Multivariate Logit Model on longitudinale administratieve data; n=5557 (selectie van 28% van alle kinderen in pleegzorg, n.l. die kinderen die 8 jaar later nog steeds uit huis geplaatst zijn).	Netwerkpleegzorg is stabilere vorm dan bestandspleegzorg: 30%ervaart 3 of meer plaatsingen in het eerste jaar, in bestandspleegzorg is dat 52% (nogal enge definitie van instabiliteit van de plaatsingen).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd (+)</li> <li>• Geslacht (meisjes) (+)</li> <li>• Fysiek en seksueel misbruik (+)</li> <li>• Afro-Amerikaanse achtergrond (-)</li> <li>• Bestandspleegzorg (+)</li> <li>• Interactie-effect leeftijd en bestandspleegzorg (+)</li> <li>• Aantal verplaatsingen in het eerste jaar (+)</li> </ul>	



Usher, Randolph & Gogan	1999	VS (Ohio)	Leeftijd niet gespecificeerd; 36-48 maanden		Longitudinal design; n=1456 (een cohorte van kinderen die voor het eerst in pleegzorg werd geplaatst in 1993).	(1) Van de kinderen < 1 jaar in pleegzorg kent 76,7% geen verplaatsing; (2) Voor kinderen > 1 jaar in pleegzorg is dat 40,7%; en (3) Voor kinderen na drie jaar nog steeds in pleegzorg is dat 24%. Kinderen in netwerkpleegzorg kennen minder verplaatsingen dan bestandspleegzorg.		
Palmer	1996	Canada (Ontario)	4 – 17 jaar; na 18 maanden nog in pleegzorg	Betrekken van de biologische ouders in de pleegzorg	Regression analysis; n=184	77% heeft één of meer plaatsingen meegemaakt voor huidige pleeggezin; 46% is na 18 maanden minstens eenmaal verplaatst, 19% minstens driemaal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gedragsproblemen (+)</li> <li>Geslacht; jongens (+)</li> <li>Voorbereiding op de plaatsing door de biologische ouder(s) (-)</li> <li>Training hulpverlener in ouderkindscheiding (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leeftijd (NS)</li> </ul>
Staff & Fein	1995	VS (New England)	5-13 jaar; plaatsing door Casey Family Services tussen 1987-1991	Therapeutische pleegzorg	n=244	50% heeft één plaatsing meegemaakt; de overige 50% twee of meer. Noot: 9% van de pleegkinderen staat voor 30% van de verplaatsingen.		
Iglehart	1994	VS (Los Angeles)	Adolescenten; 3,5 jaar	Netwerkpleegzorg	Logistic Regression; n=990 waarvan n netwerkpleegzorg=352	45% van de pleegkinderen kende geen verplaatsing; 24% kende één verplaatsing; 31% kende twee verplaatsingen of meer. Slechts 2,3% van de kinderen in netwerkpleegzorg had een verplaatsing tegenover 58% van de kinderen in bestandspleegzorg.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaker plaatsing in een netwerkpleeggezin: <ul style="list-style-type: none"> <li>Leeftijd; jongere kinderen</li> <li>Geslacht; jongens</li> <li>Etniciteit; blanken en afro-amerikanen</li> </ul> </li> </ul>	







**Samenstelling**

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Kenniscentrum WVG  
Veerle Audenaert

**Verantwoordelijke uitgever**

Marc Morris  
Secretaris-generaal  
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Ellipsgebouw – Koning Albert II-laan 35 bus 30,  
1030 Brussel

**Grafische vormgeving**

Patricia Vandichel  
Departement Diensten  
voor het Algemeen Regeringsbeleid  
Communicatie

**Druk**

Agentschap voor Facilitair Management  
Facilitaire Diensten  
Digitale drukkerij

**Depotnummer**

D/2010/3241/257

Het rapport is ook te vinden op het internet:  
[www.kenniscentrumwvg.be](http://www.kenniscentrumwvg.be).

