

***Opvoedondersteuning van kwetsbare vaders in de gemeente Rotterdam***  
*Een kwalitatief onderzoek naar de attitudes en percepties van zorgprofessionals op de  
ondersteuning van kwetsbare vaders*



Door: Taynara Krämer (503855)

Begeleider: Pearl Dykstra

Aantal woorden: 11164

Datum: 25 juni 2023

## **Inhoudsopgave**

- 1. *Abstract* – p. 3**
- 2. *Introductie* – p. 4 t/m 6**
- 3. *Theoretisch kader* – p. 7 t/m 12**
- 4. *Methodologie* – p. 13 t/m 18**
- 5. *Resultaten* – p. 19 t/m 27**
- 6. *Discussie* – p. 27 t/m 32**
- 7. *Literatuurlijst* – p. 32 t/m 35**
- 8. *Bijlage 1 – Ethics & Privacy* – p. 36 t/m 42**
- 9. *Bijlage 2 – Codeboom* – p. 43 & 44**

Door het ontstaan van steeds meer gendergelijkheid verandert ook de traditionele rolverdeling van moeders als verzorgers en vaders als kostwinnaars. Steeds meer is er sprake van zogeheten mannenemancipatie waarbij mannen hun rol als vaders anders willen invullen. In de zorg- en hulpverlening luidt de roep dat de participatie van vaders belangrijk is voor het welzijn van kinderen. Echter, in de realiteit blijken vaders in lage mate te participeren aan interventies. In dit onderzoek wordt onderzocht hoe professionals die werken met gezinnen in de gemeente Rotterdam omgaan met vaderparticipatie tijdens de zorg- of hulpverlening. Middels semi-gestructureerde interviews met 8 professionals, waaronder zorgprofessionals en sociaal werkers, wordt in kaart gebracht hoe zij vaderbetrokkenheid ervaren en welke invloed de context van de organisatie op de attitudes van de professionals heeft.

## ***Introductie***

De traditionele rolverdeling tussen moeders en vaders binnen het gezinsleven wordt gekenmerkt door een verzorgende moeder en een vader die voornamelijk de kostwinnaar is. Hierin zijn vaders minder betrokken bij de dagelijkse verzorging van de kinderen. In de huidige post-moderne samenleving wordt deze traditionele rolverdeling uitgedaagd door de opkomst van vrouwenemancipatie waarbij vrouwen steeds meer medeverantwoordelijk worden voor het gezinsinkomen. Daarnaast wordt er gesproken over mannenemancipatie waarbij mannen een steeds actievere rol krijgen als verzorger binnen het gezin (du Bois-Reymond, 2009). Deze verschuivingen in genderrollen maken dat opvoedondersteuning steeds meer gericht wordt op het gehele gezin, waarbij gewenst is dat de focus hierin niet langer meer beperkt wordt tot moeders. De betrokkenheid van vaders blijkt namelijk een positief effect te hebben op het welzijn van kinderen (Jackson, 2016). Ondanks de brede erkenning van het belang van vaderbetrokkenheid, blijkt er in mindere mate aandacht te zijn voor de rol van specifiek de vaders in gezinsgeoriënteerde interventies (Gross et al., 2001; Higgs et al., 2018; La Placa & Corlyon, 2014; Panter-Brick et al., 2014; Perez-Vaisvidovsky et al., 2023; Pfitzner et al., 2015; Lee et al., 2011; Tavecchio, 2007). Wel blijkt er een consensus te bestaan over het feit dat deze differentiatie in Nederland gewenst is (Jansen, 2022; Pharos, 2022). Verschillende onderzoeken laten zien dat vaders te maken krijgen met verschillende barrières, waaronder culturele en situationele factoren, die beperkend zijn voor hun deelname aan dergelijke gezinsgeoriënteerde interventies (Distelbrink & Ketner, 2011; Katz et al., 2007; La Placa & Corlyon, 2014; Panter-Brick et al., 2014; Pfitzner et al., 2015). Het is hierom van belang dat professionals rekening houden met mogelijke barrières waardoor de participatie van vaders uitblijft. Als dit niet gebeurt, kan het beeld worden geschetst van een vader die niet bereid is om gebruik te maken van de ondersteuning en schept dit een stigma van een ‘onwillige en afwezige vader’ (Brown et al., 2009).

Doormiddel van het actieprogramma ‘Stevige Start’, de Rotterdamse toepassing van het landelijke programma ‘Kansrijke Start’, wordt ingespeeld op de ondersteuningsbehoefte van kwetsbare ouders, waaronder moeder én vader wordt verstaan. Dit programma is ontstaan vanuit de veronderstelling dat interprofessionele samenwerking tussen het medische en sociale domein van belang is om kwetsbare situaties bij jonge gezinnen vroegtijdig te kunnen signaleren. Hiermee wordt erkent dat uitvoerende professionals een belangrijke rol vervullen binnen de signalering van gezinsproblematieken. In dit onderzoek wordt onderzocht *hoe professionals binnen het medische en sociale domein in de gemeente Rotterdam omgaan met vaderparticipatie binnen de gezinsgeoriënteerde zorg- en hulpverlening*. Hierbij wordt

onderzocht hoe zij deze specifieke ondersteuningsbehoefte definiëren en of zij rekening houden met factoren die invloed kunnen hebben op de mate waarin vaders gebruik maken van deze ondersteuning. Ter aanvulling hierop wordt gekeken naar de perspectieven van de professionals die in direct contact staan met ouders, waaronder de verloskundige, jeugdgezondheidszorg en wijkteams op de specifieke hulpbehoefte van vaders en in hoeverre zij hierin verschillen zien met de ondersteuningsbehoeftes van moeders. Tot slot wordt ook de beleidsvisie op vaderparticipatie in de zorg- en hulpverlening belicht. Het doel hierbij is te achterhalen in hoeverre de institutionele context en de organisatorische kaders de attitudes van professionals beïnvloeden in de mate waarin zij participatie van vaders faciliteren.

Ondanks de toegenomen aandacht op de positieve impact van vaderbetrokkenheid op de ontwikkeling van kinderen, blijft uitputtend onderzoek naar de interactie tussen zorg- en hulpverleners en vaders uit (Panter-Brick et al., 2014). Bestaande onderzoeken naar interventies voor vaders zijn vaak gebaseerd op vadergeoriënteerde programma's waardoor er minder bekend is over gezinsgeoriënteerde interventies (Panter-Brick et al., 2014; Pfitzner et al., 2015). Waar onderzoek wel gericht is op gezinsgeoriënteerde interventies, is er meer aandacht voor interventies die niet deel uitmaken van routinematige processen. Als gevolg van deze beperking in de generaliseerbaarheid van bestaande onderzoeken naar vaderbetrokkenheid in interventies (Panter-Brick et al., 2014; Perez-Vaisvidovsky et al., 2023), wordt door middel van het onderzoeken van een interventie dat zowel gezinsgeoriënteerde als routinematig is, bijgedragen aan de bestaande literatuur.

Daarbij kunnen de bevindingen bijdragen aan het in staat stellen van gezinsgeoriënteerde interventies om differentiatie naar gender en gezinssamenstelling op te nemen in het ontwerp ervan. In het geval van 'Kansrijke Start' kunnen de bestaande indicatoren, die de focus leggen op de karakteristieken van moeders, worden aangevuld met specifieke indicatoren van vaders. Dit stelt de evaluatie van 'Kansrijke Start' in staat om genderbias tegen te gaan (Panter-Brick et al., 2014).

## **Onderzoeksvraag**

- *Hoe gaan professionals die werken met gezinnen in de gemeente Rotterdam om met vaderparticipatie tijdens de zorg- of hulpverlening?*

De volgende deelvragen worden hierbij beantwoord:

- *Hoe definiëren professionals die werken met gezinnen in de gemeente Rotterdam de ondersteuningsbehoefte van vaders en in het bijzonder kwetsbare vaders?*
- *Welke factoren zijn volgens de percepties van professionals in de gemeente Rotterdam van invloed op de lage participatie van kwetsbare vaders tijdens de zorg- en hulpverlening en hoe proberen zij hier rekening mee te houden?*
- *Welke rol spelen de organisatorische kaders waarin professionals werken op hun attitudes richting kwetsbare vader tijdens de hulpverlening?*

## ***Theoretisch kader***

### *De rol van de institutionele context op vaderparticipatie*

De participatie van vaders in de hulpverlening kan worden gefaciliteerd of beperkt op verschillende niveaus, namelijk op institutioneel en uitvoerend niveau (Panter-Brick et al., 2014; Veltkamp, 2019). Verschillende onderzoeken naar de participatie van vaders in de hulpverlening concluderen dat het faciliteren van de participatie van vaders niet enkel begint op het niveau van de professional in de praktijk. De uitvoering wordt beïnvloed door de institutionele context die bepalend is voor de wijze waarop gezinsbeleid wordt geformuleerd en vervolgens toegepast. In vergelijkend kwalitatief onderzoek onder zorgprofessionals in Nederland, Duitsland en Polen wordt aangetoond dat de context van de welvaartsstaat waarin professionals werken invloed heeft op de mate waarin zorgprofessionals ontmoetingen hadden met vaders tijdens de zorgverlening (Veltkamp, 2019). Hierbij kwam naar voren dat de beschikbaarheid van vaderschapsverlof in Nederland maakte dat vaders in de eerste weken na de bevalling vaker thuis waren waardoor professionals vaker in contact kwamen met deze vaders. Hierbij moet worden opgemerkt dat vaker geprivilegieerde vaders waren zoals die met een hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen. Deze vaders hadden vaker een baan waarbij ze hun werktijden flexibeler konden indelen (Veltkamp, 2019). De wijze waarop beleid wordt gemaakt kan dus van invloed zijn op de mate waarop mogelijkheden worden gecreëerd voor vaders om een actievere rol in de opvoeding van het kind op te nemen. Dit beleid is voornamelijk gericht op verlofregelingen (Wells & Sarkadi, 2012; Panter-Brick et al., 2014; Veltkamp, 2019).

In het geval dat beleid wordt geformuleerd om de positie van mannen als vaders te bevorderen, heeft dit volgens Panter-Brick et al. (2014) niet een holistische focus waardoor de gewenste uitkomst meestal een specifiek doel heeft. Hiermee werkt impliciet een moederbias door in interventies die gericht zouden moeten zijn op het gehele gezin, waaronder vader. Volgens Panter-Brick et al. (2014) komt dit door het feit dat interventies, waaronder vaderschapsverlof, geformuleerd worden vanuit een vader 'deficit' en dus het doel hebben om te compenseren voor de afwezigheid van vaders richting de moeder. Dergelijke single issue interventies hebben een gebrek aan aandacht voor sociale, economische en politieke dimensies die invloed hebben op de mate waarin vaders betrokken zijn bij de opvoeding van het kind. Beleid of interventies zouden beide ouders moeten dienen en niet gericht zijn op een van de ouders om de afwezigheid van de andere co-ouder te compenseren.

### *De rol van organisatiekaders*

De aanpak op het ondersteunen van vaders in gezinsgeoriënteerde interventies kan verschillend zijn per organisatie en de sectoren waarin zij opereren, zoals de medische en sociale sector. In Nederland is het actieprogramma ‘Kansrijke Start’ ingevoerd om landelijk en gemeentelijk opvoedondersteuning aan kwetsbare gezinnen te kunnen bieden. Dit programma differentieert tussen de formele en informele organisaties. Formele organisaties bestaan uit de gemeenten en de medische sector, waaronder de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg. Overige hulpverleners, zoals sociaal werkers die worden ingezet binnen wijkteam, behoren tot de informele steun waar ouders gebruik van kunnen maken. Ferguson (2004) maakt binnen de sociale sector, die in Nederland de informele welzijnsorganisaties zijn, onderscheidt in gestructureerde welzijnsorganisaties en vrijwillige organisaties. Gestructureerde organisatie functioneren vanuit wettelijke verplichtingen waarover ze verantwoording moeten afleggen aan wat in Nederland de gemeente zou zijn, terwijl vrijwillige organisaties zoals gezinscentra niet gebonden zijn aan deze wettelijke kaders. Uit kwalitatief onderzoek onder andere 20 professionals die werkzaam zijn binnen verschillende organisaties, wordt geconcludeerd dat professionals in gestructureerde welzijnsorganisaties minder inclusief zijn ten aanzien van vaders dan de overige organisaties (Ferguson, 2004). Dit zou veroorzaakt worden door de ‘vloeibare’ structuren van het sociaal werk. Hiermee refereert hij naar de locatie waar de ondersteuning wordt aangeboden. Sociaal werkers gaan vaak op huisbezoek, waardoor zij minder controle hebben over wat en wie ze zullen aantreffen. Hierdoor is er geen garantie op aanwezigheid van vaders tijdens de afspraken. Informele voorzieningen vinden plaats in ‘vaste’ structuren waarbij de gebruikers hiervan op locatie komen. Hiermee is er dus meer controle op wie ze zullen aantreffen, doordat zij de aanmeldingen hierop kunnen bijhouden (Ferguson, 2004). Vaderinclusiviteit kan hierdoor beter worden gehanteerd doordat er op vaste basis gewerkt wordt met deze doelgroep.

In de medische sector blijkt de interactie tussen professionals en vaders te worden beïnvloed door de kaders waarin de zorgverlening werd aangeboden. Waar acute zorg werd verleend aan moeder en kind, zetten professionals zich extra in om vaders te doen participeren in de zorgverlening door zich meer in te zetten op het opbouwen van een vertrouwensband met de vaders (Veltkamp, 2019). In het geval van preventieve zorg, waren professionals minder geneigd om zich actief in te zetten om de positie van de vader tijdens de interventie te versterken. Hiermee kan worden verondersteld dat de structuren van de organisaties waarin



professionals werkzaam zijn en de daarbij behorende richtlijnen van invloed zijn op de attitudes richting vaders.

### *Professionals in de praktijk*

Aanvullend op het belang van de institutionele context en de rol van organisaties, wordt de positie van de uitvoerende professional erkent als een belangrijk aspect in het betrekken van vaders bij de zorg- en hulpverlening (Perez-Vaisvidovsky et al., 2021; Veltkamp, 2019). Veltkamp (2019) spreekt van zorgprofessionals die dienen als streef-level bureaucrats die middels hun discretionaire ruimte kunnen oordelen over hoe zij de beleidslijnen overbrengen op ouders. Ze constateert dat zorgprofessionals in noodgevallen eerder geneigd zijn de belangrijke rol van vaders op het welzijn van hun kinderen te erkennen en hierop te handelen door hen meer te betrekken tijdens de zorgverlening (Veltkamp, 2019). Professionals kunnen een mening over vaders vormen zonder dat er contact is geweest met deze vaders (Ferguson, 2004). Vaak wordt deze mening gevormd door de verhalen van familieleden. Sociaal werkers gaan niet actief opzoek naar vaders om hen te betrekken bij de hulpverlening, waardoor er een self-fulfilling prophecy kan optreden waarbij vaders die niet gebruik maken van de hulpverlening ook niet gezien worden als betrokken (Ferguson, 2004).

Het handelen van professionals wordt daarbij sterkt beïnvloedt door de eigen referentiekaders en eerdere ervaringen met participerende vaders. Veltkamp en Brown (2017) vonden in hun onderzoek naar de rol van gender en klasse op de ontwikkeling van een vertrouwensband tussen professionals en ouders, dat in het geval van overeenkomsten in kenmerken zoals geslacht, opleidingsniveau en etnische-culturele achtergrond frequenter een vertrouwensband tot stand kwam. Wanneer er geprobeerd wordt contact te leggen met vaders is het creëren van een vertrouwensband van belang. Ouders hebben behoefte aan een vertrouwensband tussen hen en de professionals waar zij mee te maken krijgen (Steenbakkers et al., 2021). Naast het ontvangen van informatie zouden praktische en emotionele vormen van steun ook gewaardeerd worden (Oudhof et al., 2013). Onderzoek toont aan dat het verlenen van adequate zorg wordt bemoeilijkt op het moment dat er geen sprake is van een vertrouwensband tussen ouders en de zorgverlener (Klode et al., 2020; Gram et al., 2023). Het hebben van contact met verschillende professionals kan het gevoel van wantrouwen in zorgverleners versterken wanneer er sprake is van slechte coördinatie en samenwerking tussen deze zorgverleners (Rayment-Jones et al., 2019). Het gaat echter niet alleen om de

juiste overdracht van informatie en kennis over het gezin, maar ook om de continuïteit van de vertrouwensband en dus de relationele continuïteit (Frederiksen et al., 2023; Rayment-Jones et al., 2019). Deze relationele continuïteit zorgt er namelijk voor dat zorgverleners in staat zijn op aan te sluiten op de ondersteuningsbehoeftes van gezinnen, gezien zij kennis hebben van de persoonlijke omstandigheden die maken dat gepersonaliseerde en flexibele ondersteuning nodig is (Frederiksen et al., 2023).

### **Ondersteuningsbehoeftes van vaders**

Vaders met een lage sociaal-economische positie worden binnen de hulpverlening vaak gezien als ‘afwezig’ en niet betrokken bij het leven van hun kind (Lee et al., 2011). Er zijn verschillende motieven die maken dat vaders niet actief het contact opzoeken met hulpverleners. Het is belangrijk dat professionals die deze doelgroep proberen te benaderen, begrijpen dat er specifieke ondersteuningsbehoeften zijn die anders kunnen zijn dan de ondersteuning die zij bieden aan moeders. Vrouwen en mannen gaan namelijk anders om met opvoedvragen. Daarbij blijkt dat mannen minder snel om hulp vragen dan vrouwen en op een andere manier reageren op armoede-gerelateerde stressfactoren (Santiago et al., 2012). Er zijn verschillende situationele factoren, zoals dakloosheid, schulden en mentale problemen die maken dat ouders interventies op een andere manier ervaren en hierdoor minder deelnemen.

Daarbij lijkt er sprake te zijn van een ‘vrouwelijke omgeving’ binnen gezinsgeoriënteerde interventies en beleid. Dit wordt in de literatuur ook aangeduid als gender bias (Panter-Brick et al., 2014; Perez-Vaisvidovsky et al., 2023). Dit maakt het voor vaders minder aantrekkelijk om deel te nemen aan dergelijke interventies. Op zijn beurt kan dit weer bijdragen aan het stigma van ‘afwezige vaders’ gezien zij niet in contact komen met de professionals (Brown et al., 2009; Tavecchio, 2007). Om juist ook deze ‘afwezige’, lees ‘moeilijk te bereiken’, vaders te benaderen, is culturele sensitiviteit van de zorgverlener vereist. De verwachtingen van de vaderrol kunnen namelijk verschillen aan de hand van de afkomst van een patiënt. Zo blijkt uit een evaluatie van het Centering Partnermodule, een nieuwe werkwijze waarmee verloskundigen partnerbijeenkomsten organiseren die standaard worden aangeboden voor elke zwangere, door het onderzoeksbureau TNO dat zorgprofessionals meer moeite hebben met het werven van vaders met een migratieachtergrond (Van Kesteren et al., 2019). Dit komt door de dominantie van een traditionelere rolverdeling bij deze gezinnen waarbij vaderbetrokkenheid anders wordt ingevuld, waardoor de aangeboden ondersteuning niet altijd gepast is.

### *Gender bias*

In de meest recente actieprogramma ‘Kansrijke Start’, dat is ingevoerd om interprofessionele samenwerking tussen verschillende professionals die werken met ouders te versterken om kwetsbare situaties in gezinnen vroegtijdig te signaleren, wordt niet langer meer gerefereerd naar enkel ‘moeder’. Er is gekozen voor de term ‘ouders’ om hiermee ook te refereren naar de rol van vaders. Onderzoek tot aan dat ondanks genderneutrale termen in beleidsdocumenten, uitvoerders alsnog de moeder als hoofdpersoon behandelen (Ewart-Boyle et al., 2015). Dit geldt ook voor opleidingsdocumenten van professionals die worden opgeleid om met gezinnen te werken (Brown et al., 2009). Juist deze genderneutraliteit zorgt voor een blinde vlek, gezien het de diepgaande gendergerelateerde aard van de ouderlijke rol ondermijnt (Daly, 2013). Het werken met mannen vereist een specifieke aanpak en door het gebrek aan genderdifferentiatie kan onvoldoende kennis worden vergaard om voldoende hierop aan te sluiten (Perez-Vaisvidovsky et al., 2021).

### *Barrières*

Op basis van literatuurstudies naar vaderbetrokkenheid in de hulpverlening is er een overlapping van factoren te vinden die verklaren waarom vaders in mindere mate lijken te participeren in interventies (Pfitzner et al., 2015; Panter-Brick et al., 2014). Waar (Pfitzner et al., 2015) de focus leggen op de barrières die vaders ervaren met als gevolg dat vaders vroegtijdig lijken uit te vallen tijdens de duur van de interventie, analyseren (Panter-Brick et al., 2014) ook het ontwerp en de evaluatie van interventies die inherent vaderbetrokkenheid bemoeilijken. Het multi-level model van Pfitzner et al. (2015) onderscheidt vijf dimensies geïdentificeerd die betrekking hebben op praktische, relationele, culturele/contextuele en situationele, strategische en structurele factoren.

Onder *praktische factoren* wordt verstaan dat de toegankelijkheid en marketing van een bepaalde interventie moeten aansluiten bij de behoeftes van vaders. Voorbeelden hiervan zijn de timing, locatie en kosten. De vraag hierbij is of de interventie wel goed bereikbaar is met het openbaar vervoer en of het tijdstip aansluit bij de beschikbaarheid van de vader. Daarbij is het van belang dat de interventie geen stigmatiserende gevoelens opwekt bij de vaders. Denk hierbij aan de naam van de interventie die bepaalde stigmatiserende gedachten kunnen opwekken zoals ‘domestic violence services’ (Pfitzner et al., 2015).

Onder *relationele factoren* wordt bedoeld op de interactie tussen uitvoerders en de ontvangers van de dienstverlening (Pfitzner et al., 2015). Hierbij gaat het om het empathische

vermogen van de uitvoerders maar ook om het ontvangst van vaders door bijvoorbeeld een receptionist. Daarbij is het van belang dat ouders vertrouwen hebben in de zorgverlener, gezien dit een reden kan zijn voor ouders om gebruik te blijven maken van een bepaalde interventie (Gross et al., 2001).

Met *retentiestrategie* wordt bedoeld op de wijze waarop participanten gedurende het traject worden behouden. Hiermee wordt dus geprobeerd tegen te gaan dat participanten vroegtijdig stoppen met een interventie. Dit kan worden bereikt door bijvoorbeeld nabellen en thuisbezoeken om op de hoogte te zijn van potentiële factoren die kunnen leiden tot uitval. Hierdoor kunnen uitvoerders inspelen hierop en maatwerk leveren om uitval tegen te gaan. Een andere manier op uitval tegen te gaan is het inspelen op extrinsieke prikkels, zoals het bekostigen van de transportkosten of het regelen van kinderopvang (Pfitzner et al., 2015). Uit onderzoek blijkt echter dat financiële prikkels enkel effectief zijn in het werven van ouders, maar tekortschieten in het behouden van deze ouders gedurende het gehele traject (Gross et al., 2001).

In het geval van *culturele, contextuele en situationele* factoren benoemen Pfitzner et al. (2015) het belang van het in kaart brengen van de leefomstandigheden van de vader. Zo kunnen er problematieken spelen die impact hebben op de mentale gezondheid van vaders, zoals dakloosheid, financiële problemen of weinig sociale steun. Daarnaast gaat het ook om de culturele verschillen die maken de ondersteuning niet aansluit bij de doelgroep. Onder de *structurele factoren* worden aspecten beschreven van een interventie waaronder de groepsgrootte en de duur van de interventie. Ouders lijken behoefte te hebben aan het uitwisselen van ervaringen en kennis met andere ouders. Dit lijkt een positieve invloed te hebben op het terugdringen van uitval wanneer er sprake is van een grotere groep binnen een interventie. Dit is echter anders voor ouders met een laag sociaaleconomische positie.

Het multi-level model van Pfitzner et al. (2015) beperkt zich tot factoren die betrekking hebben op de werving en het behoud van vaders bij interventies. Er is een overlap in deze dimensies te vinden in de *best practices* van Panter-Brick et al. (2014). Deze *best practices* bieden aanvullend inzicht in de verschillende processen op het niveau van het ontwerp en de evaluatie die inherent vaderbetrokkenheid kunnen beperken (Panter-Brick et al., 2014). Hierin worden biases geïdentificeerd die kunnen optreden tijdens het ontwerpen, toepassen en evalueren van een interventie (Panter-Brick et al., 2014). Op basis van de percepties en ervaringen van professionals kunnen mogelijke tekortkomingen worden blootgesteld die weer ruimte maken voor verbeteringen op basis van de vooraf besproken modellen van (Panter-Brick et al., 2014; Pfitzner et al., 2015).

## *Method*

Er wordt onderzoek verricht onder professionals die zorg- of hulpverlening bieden aan gezinnen binnen de gemeente Rotterdam. Hierbij wordt middels semigestructureerde interviews gevraagd naar de ervaringen en werkwijze die zij hanteren bij het ondersteunen van vaders. Om ervoor de zorgen dat de verschillende professionals op dezelfde thema's reflecteren, worden semigestructureerde interviews afgelegd. Deze bieden respondenten de gelegenheid om persoonlijke ervaringen en percepties toe te lichten (Creswell & Poth, 2017). Aan de hand snowball sampling, waarbij het startpunt van de werving van respondenten begonnen is bij de informele welzijnsorganisatie Daddy's Place, zijn 8 respondenten geworven voor deze interviews. De interviews zijn afgelegd met een verloskundige, jeugdverpleegkundige, beleidsmaker, een programmaleider van een informele welzijnsorganisatie gericht op vaders en twee sociaal werkers. Allen zijn zij werkzaam binnen de gemeente Rotterdam. Alle respondenten zijn vrouwen. De interviews duren 60 minuten en werden opgenomen met toestemming van alle respondenten door het ondertekende informed consentformulier.

Voor deze semigestructureerde interviews wordt gebruik gemaakt van een topiclijst dat gebaseerd is op het multi-level model van vaderparticipatie in hulpverlening van Pfitzner et al. (2015) met als aanvulling hierop de *best practices* die Panter-Brick et al. (2014) identificeren in het doen participeren van vaders in interventies. Panter-Brick et al. (2014) behandelen de rol van beleid in de mate waarin participatie van vaders wordt mogelijk gemaakt. Pfitzner et al. (2015) identificeren op basis van literatuuronderzoek vijf dimensies waarin belemmeringen voor vaderparticipatie in interventies kunnen optreden: praktisch, relationeel, cultureel en contextueel, strategisch en structureel. De laatste dimensie wordt niet gebruikt voor de topiclijst, gezien de respondenten geen groepsgerichte activiteiten aanbieden. Alhoewel Pfitzner et al. (2015) in het onderzoek de focus leggen op de participatie van vaders in interventies op het tegengaan van huiselijk geweld, wordt er literatuuronderzoek verricht op basis van wetenschappelijke literatuur waarbij niet persé gericht is op deze soort interventies. Hierbij ligt de focus niet op de soort interventie waar in de studies naar wordt gerefereerd. Hierdoor bieden de factoren een overzichtelijke analyse van de barrières die vaders ervaren tijdens de hulpverlening gericht op opvoedondersteuning aan gezinnen of vaders en werden onderzoeken gericht op moeders of waarbij genderdifferentiatie is

opgenomen niet gebruikt in deze literatuuronderzoek. In tabel 1 wordt de topiclijst die eveneens de operationalisering is van de concepten die worden gemeten in dit onderzoek.

De interviews vonden plaats via Microsoft Teams en werden met toestemming van de respondenten opgenomen. Deze opnames werden vervolgens getranscribeerd en met behulp van het programma ATLAS.ti gecodeerd. Er is een thematische analyse verricht waarbij ondanks dat het interview aan de hand van de dimensies in de bestaande modellen van Panter-Brick et al. (2014) en Pfitzner et al. (2015) werden opgezet, de antwoorden van de respondenten eerst open en axiaal gecodeerd zijn. Vervolgens worden categorieën geïdentificeerd die uiteindelijk verbanden weergeven tussen de data. Tot slot werden de resultaten vergeleken met de bestaande kennis over vaderbetrokkenheid in interventies om mogelijke verbeteringen aan te kaarten.

Er is gekozen voor een verscheidenheid aan organisaties en niveaus van uitvoering om respondenten uit te werven. De verschillende niveaus hebben betrekking op het niveau van beleid, formele zorg en informele zorg. De ondersteuningsbehoefte van vaders en de aansluiting hierop is een construct dat lastig te definiëren valt, gezien het gebonden is aan persoonlijke opvattingen en hierdoor ook lastiger te meten valt. Desondanks geeft het literatuur onderzoek van Pfitzner et al. (2015) een uitputtende analyse van bestaande wetenschappelijke literatuur omtrent de participatie van vaders in de hulpverlening. Daarbij wordt het ontbreken van een adequate operationalisering van de concepten tegengegaan door Bij de dataverzameling worden naast antwoorden van respondenten ook persoonsgegevens, zoals namen van personen en organisaties opgeslagen. Informatie over respondenten wordt enkel voor wetenschappelijke doeleinden gebruikt. Deze worden niet gedeeld met derden, tenzij het gaat om medeonderzoekers en studiebegeleiders. In het geval van interviews worden echte namen vervangen door pseudoniemen. De verzamelde gegevens, waaronder de 8 opnames van de interviews, worden maximaal gedurende de wettelijk voorgeschreven termijn bewaard, te weten 15 jaar en zullen worden bewaard in een online drive van de Erasmus Universiteit. Hiermee wordt toestemming gegeven voor het gebruiken van de verzamelde gegevens. Gegevens die mogelijk de identiteit van de respondenten kenbaar maken, worden weggelaten in de analyse.

Tabel 1. Topiclijst gebaseerd op Panter-Brick et al. (2014) en Pfitzner et al. (2015).





<p><i>Cultureel/contextueel/situationeel</i></p>	<p><i>Leefomstandigheden en stress</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wat zijn volgens u de problematieken waar vaders specifiek mee te maken hebben?</i></li> <li>• <i>Welke stressfactoren ervaren vaders volgens u? In welke zin verschilt dit met de ervaring van moeders?</i></li> <li>• <i>In hoeverre heeft u de ruimte om in te spelen op de problematieken die vaders los van de moeders ervaren?</i></li> </ul> <p><i>Culturele sensitiviteit/culturele biases</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hoe gaat u om met culturele verschillen in opvattingen op het ouderschap?</i></li> <li>• <i>Hoe communiceert u de werkwijze, gebaseerd op een westerse opvatting, met ouders van een andere komaf?</i></li> <li>• <i>Welke obstakels ervaart u in het werken met ouders en vaders als het gaat om culturele verschillen in de opvoedstijl?</i></li> </ul>
<p><i>Strategisch</i></p>	<p><i>Retentiestrategieën</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In hoeverre wordt contact opgenomen met vaders om hen te vragen naar hun blijvende aanwezigheid tijdens de afspraken?</i></li> </ul>
<p><b>Panter-Brick et al. (2014)</b> <i>Eigenschappen van professional</i></p>	<p><i>Training (skills/bereidheid om met vaders te kunnen werken)</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In hoeverre worden jullie getraind om met vaders te kunnen werken?</i></li> <li>• <i>Hoe worden jullie vanuit de organisatie gestimuleerd om de doelgroep vaders te betrekken tijdens de gesprekken?</i></li> </ul> <p><i>Communicatie (contactmomenten met beide ouders en contact met beiden individueel van elkaar)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Hoe ziet een eerste gesprek met vaders eruit?</i></li> <li>• <i>In hoeverre wordt er een 1 op 1 gesprek met vaders aangegaan?</i></li> <li>• <i>In hoeverre worden gesprekken met vaders gezien als een uitzondering in het takenpakket of wordt deze standaard hierin opgenomen?</i></li> </ul>
Design van interventie	<p><i>Beleidsbias (zijn genderverschillen opgenomen in visie/misse, partnerschappen, strategieën)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In hoeverre vindt er interprofessionele samenwerking plaats gericht op de hulpverlening voor vaders?</i></li> <li>• <i>In hoeverre worden jullie vanuit beleidsdoelen verwacht hulpverlening aan te bieden aan vaders?</i></li> </ul>

## *Resultaten*

### **Signalering van kwetsbaarheden en ondersteuningsbehoefte vaders**

#### *Gezinsaanpak*

Bij het signaleren van een kwetsbare situatie wordt er volgens de respondenten rekening gehouden met het hele gezin. Armoede en huisvestingsproblemen worden gezien als gezinsproblemen. In plaats van te spreken over de 'vader', wordt de nadruk gelegd op de 'gezinsleden'. Dit kan dus ook een moeder of zus zijn. Ondanks dat de hulpverlening gericht is op gezinnen, geeft de meerderheid van de respondenten aan dat de moeder uiteindelijk de enige persoon is waar zij volgens protocol zich voor dienen in te zetten. Wel wordt het sociale netwerk van de moeder in kaart gebracht waardoor professionals ook contact hebben met vaders en andere betrokkenen van de moeder. Desondanks is er volgens de respondenten voornamelijk contact met de moeder.

Jeugdverpleegkundigen en verloskundigen maken gebruik van vragenlijsten waarmee een kwetsbare situatie van een moeder kan worden getoetst. De respondenten die werkzaam zijn in het medische domein gaven aan dat hierin weinig wordt vastgesteld over de situatie van een vader. Er wordt hierin enkel gerefereerd naar de aanwezigheid van een partner en het inkomen van de partner. De welzijnsorganisaties die zich richten op gezinnen waarbij de moeder een beperking heeft, maken gebruik van de Wmo-kaders die worden vastgesteld door de gemeente Rotterdam. Door de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) komen kwetsbare burgers die moeite hebben om zelfstandig te blijven wonen, bijvoorbeeld door een licht verstandelijke beperking, ook wel 'lvb'ers' genoemd, in aanmerking komen voor Wmo-hulpverlening. In het geval van respondent Louella begeleidt zij moeders die in aanmerking komen voor begeleid wonen. Er worden 12 hulpgebieden geïdentificeerd waarop ondersteuning kan worden geboden. Ook hier wordt niet specifiek gedifferentieerd op de omstandigheden waar de toekomstige vader mee te maken heeft. Vaders kunnen wel begeleiding krijgen, vertelt Louella, maar de begeleiding is dan niet hetzelfde ingericht zoals bij moeders waarbij de hulpverlening aansluit op hun nieuwe leefomstandigheden met het kind. Vaders mogen niet samenwonen met moeders in deze voorzieningen. Zo bestaat geen specifiek opvanghuis voor jonge vaders.

### *Moeder als cliënt*

Alle respondenten gaven aan dat ondanks dat de hulpverlening gericht is op gezinnen de moeder altijd centraal staat. In de intakegesprekken wordt wel geprobeerd om een beeld te krijgen van het sociale netwerk van de moeder, waarmee de rol van de vader van het kind in kaart wordt gebracht. Desondanks blijft de moeder de hoofdpersoon in alle vormen van de hulpverlening. Enkel in het geval van alleenstaande vaders die volledig het gezag hebben over hun kind, wordt hij als hoofdpersoon beschouwd.

### *Hulpbehoefte vaders vanuit perspectief van professionals*

Volgens respondenten die huisbezoeken doen, hebben de hulpbehoeftes van jonge vaders vooral betrekking op praktische zaken. De meeste professionals gaven aan op te merken dat de hulpbehoefte van vaders verschilt van die van moeders. Dit heeft volgens hen simpelweg te maken met het feit dat de moeder het kind draagt in de zwangerschap, waardoor de binding anders verloopt voor vaders. Waar moeders zich voornamelijk buigen over de verzorging van de baby, zouden vaders zich juist bekommeren om het aanschaffen van de benodigdheden die noodzakelijk zijn voor de komst van de baby. Zo vertelt een sociaal werker die werkzaam is bij Moeders van Rotterdam het volgende:

*‘Ik denk vrouwen hebben ergens dat gevoel. Er komt een baby aan en kleine baby's zijn leuk en schattig. En dat en vaders vinden dat vooral vaak echt heel eng en die hebben dus van... Wat gaat er allemaal op me afkomen? Voor moeders ook, maar daar is ergens een instinct en dat gaat aan zodra het geboren is en bij vader is, is dat gewoon duurt dat langer, dus die zijn vaak dat ze iets hebben van uhm die zijn dan toch vaak wat praktischer ingesteld van oké, wat moet ik allemaal hebben? Heb ik alles?’ (Respondent Moeders van R'dam)*

Het voldoen in de praktische zaken blijkt voor vaders soms een obstakel te zijn door hun financiële situatie. Twee respondenten gaven aan dat het onderwerp financiën vaak besproken wordt op het moment dat er een gesprek wordt aangegaan over een uitzetlijst. Hierover wordt het volgende gezegd: *‘Dat ze dan zeggen, ja, maar ik wil wel alles voor mijn kind hè, ik wil mijn kind alles kunnen geven en dat zo dan een stukje bijvoorbeeld financiën bespreekbaar wordt. Dus een baby is vaak wel een mooi onderwerp om verschillende andere onderwerpen te bespreken ‘.*

Door het feit dat vaders zelden de cliënt zijn, kunnen de professionals niet verder inspelen op de hulpvragen van vaders als deze verder reiken dan zaken die specifiek met de zorg van het kind te maken hebben. In het medische domein wordt volgens een respondent nooit aandacht besteed aan de privé situatie van de vader, tenzij hierdoor een gevaarlijke situatie ontstaat voor moeder en kind. Twee respondenten die werkzaam zijn als sociaal werker benoemen dat ondanks het feit dat zij door de intensiteit van de contactmomenten wel meer ruimte hebben om gesprekken aan te gaan met vaders, zij zelf niet kunnen inspelen op de problematieken van de vader, omdat hij niet de cliënt is. Wel proberen zij de vaders door te verwijzen naar andere instanties die deze hulp wel zouden kunnen aanbieden. Zo vertelt een respondent: *‘En dan kunnen we ze vaak verwijzen we ze dan door naar het wijkteam gewoon voor zichzelf, zodat wij niet te veel een dubbele rol gaan krijgen’*.

### **Vaderbetrokkenheid door de lens van professionals**

Het beoordelen van vaderbetrokkenheid gebeurt volgens de meeste respondenten op gevoel, gezien er geen richtlijnen zijn die gehanteerd worden om de betrokkenheid van vaders te peilen. Wel geven alle respondenten aan dat hun oordeel over een betrokken vader niet gebaseerd is op de aanwezigheid van vaders tijdens afspraken. Vaders blijken zelden aanwezig te zijn tijdens afspraken, waardoor het volgens de respondenten juist opvallend is wanneer er wel een vader aanwezig is. Afspraken worden namelijk veelal ingepland binnen kantoortijden, waardoor werkende vaders minder aanwezig zullen zijn. Hier zijn de professionals zich van bewust waardoor zij op andere manieren peilen of een vader in beeld is.

De mate waarin professionals vaders bestempelen als wel of niet betrokken wordt volgens de meeste respondenten bepaald door de manier waarop moeders praten over vaders. Hiermee wordt meermaals bevestigd dat het oordeel van een moeder uiteindelijk het zwaarst telt, gezien zij de cliënt of behandelpersoon is. Voornamelijk in de medische sector is dit van toepassing. Zo mogen vrouwen die onder behandeling zijn van een verloskundige zelf bepalen of de vader van het kind wordt toegelaten tijdens afspraken of tijdens een bevalling. In het geval van de Raad voor de Kinderbescherming wordt vaderbetrokkenheid niet op gevoel bepaald. Hier wordt vaderbetrokkenheid namelijk op basis van juridische kaders beschouwd als een belangrijk aspect in het welzijn van een kind, waardoor er binnen een team van minstens drie professionals wordt nagegaan in hoeverre er contact is tussen vader en kind. Hiermee zou een aantal uur contact per maand tussen vader en kind al voldoende zijn om te beoordelen dat een vader wel betrokken is. De respondent die werkzaam is bij de Raad gaf

aan bewust te zijn van het verschil in visie op vaderbetrokkenheid tussen haar organisatie en bijvoorbeeld collega's die werkzaam zijn binnen een wijkteam. Hierover zegt ze het volgende:

*‘Ja nou het uitgangspunt van de Raad voor de Kinderbescherming is eigenlijk sowieso dat een kind allebei de ouders in zijn of haar leven moet hebben en en daar zien we eigenlijk soms dat hulpverleners ons niet begrijpen, want die die zeggen dan, ja, we hebben al zo lang geprobeerd om omgang tussen vader en kind te regelen. Maar vader, die komt zijn afspraken niet na of en dat wij dan eigenlijk vaak nog het advies geven. Ja, gaat het toch nog maar een keer proberen, want het is en blijft de vader van het kind, ook al is het dan misschien niet wat jullie een 10 vinden, zeg maar.’*

#### *Moeder als obstakel voor vaderbetrokkenheid*

Gezien moeders de hoofdpersoon zijn binnen de hulpverlening dat wordt aangeboden aan gezinnen, gaven twee respondenten aan dat de moeder hierdoor ook haar voordeel kan doen als het aankomt op het buitensluiten van de vader. Dit hangt volgens de respondenten ook samen met de rechten van vaders die pas worden toegekend als moeders hiervoor toestemming verlenen. Het ontvangen van gezag over een kind kan namelijk niet zonder de toestemming van de moeder van het kind worden voltooid. Volgens een respondent wordt hierover wel het gesprek aangegaan met de moeder, maar dit gesprek is puur ter informatie waardoor haar woord uiteindelijk bepalend is. Op de vraag of een moeder hierdoor de betrokkenheid van een vader kan beperken, zegt een verloskundige het volgende: *‘Ja, er komen eigenlijk weinig vaders naar ons toe van goh, het is toch zo'n bitchie. Ik mag helemaal niks en ze doet dit en ze doet dat en het is toch ook mijn baby? En noem maar op die ben ik nog niet tegengekomen.’* De verloskundige gaf hiermee aan dat zij tot op heden geen klachten heeft ontvangen van vaders over het gedrag van moeders die eventueel beperkend zijn voor hun participatie aan de zorgverlening.

(Reflecteer hierop op de afwezig lijkende vader. Dat de vader niet zelf met hulpvraag komt, geeft de professional het gevoel alsof de hulpvraag er überhaupt niet is bij de vader, terwijl het ook kan liggen aan het feit dat de vader weet dat hij geen behandelpersoon is en dus geen vertrouwensband kan beginnen met de professional).

#### **Discretionaire ruimte van professional**

De beperkte richtlijnen gericht op het werken met vaders zorgen ervoor dat professionals vanuit hun eigen invulling op verschillende manieren vaders betrekken tijdens de hulpverlening. Zo maakt een van de respondenten gebruik van humor om het gesprek met een vader te versoepelen. Hiermee hoopt ze vervolgens een comfortabele sfeer te creëren waardoor vaders een meer open houding durven aan te nemen tegenover haar. Een andere respondent past zich aan aan mogelijke barrières, zoals het aanpassen van het tijdstip van afspraken. Ze erkent dat flexibiliteit in planning een belangrijke factor kan zijn bij het betrekken van vaders in de hulpverlening. Ook erkent een verloskundige dat flexibiliteit in planning van belang is voor het betrekken van vaders, maar daarnaast benadrukt ze dat ze het ook van belang vindt dat vaders vanuit hunzelf de motivatie hebben om betrokken te zijn tijdens de zorgverlening. Ze zegt hierover het volgende:

*Kijk, we proberen dus wel de degene die dus betrokken zijn en als mensen zeggen van oh, kan de afspraak dan en dan ook even in de agenda kijken van mijn man, want die heeft dan late dienst. Mag het dan 's morgens? Ja, daar houden we aan alle kanten rekening mee. En dan ja, dan is hij er ook en dan heb je ook het gesprek met hem over de zwangerschap, maar dat is voor de vaders die dat intrinsiek zelf al willen en ik vind niet dat je het moet opdringen aan vaders die dat niet per se willen.*

Kortom, professionals hanteren verschillende strategieën om vaders te betrekken in de hulpverlening. Ze gebruiken humor en tonen flexibiliteit in planning. Hoewel het belangrijk is om vaders te motiveren, wordt het ook benoemd dat participatie aan de hulpverlening vanuit de vaders zelf moet komen en niet opgedrongen mag worden aan vaders die daar geen behoefte aan hebben.

### **Culturele verschillen in vaderbetrokkenheid**

De verschillen in de rolverdeling tussen mannen en vrouwen worden meermaals aangekaart als een belangrijke reden waardoor vaders minder lijken te participeren. Vooral bij gezinnen met een migratieachtergrond lijkt er volgens de respondenten een meer traditionele rolverdeling te zijn waardoor vaders zich meer op de achtergrond houden als het aankomt op de verzorging van het kind. Gezien de zorg- en hulpverlening voornamelijk gericht is op opvoedvaardigheden, lijken vaders hierdoor minder geïnteresseerd in de gesprekken met de professionals. Zo wordt de volgende ervaring gedeeld door een respondent die werkzaam is als jeugdverpleegkundige:

*‘Dat is het eigenlijk, maar de de.. je ziet als er een buitenlandse man aanwezig is, is het meestal vanwege de taal die moeder niet spreekt en niet uit... Nou, dat is natuurlijk lastig om te zeggen, maar niet echt uit interesse in het hele stuk huisbezoek, want baby's horen bij de vrouwen en alles wat daar over gaat hoort bij de vrouw en... Als ze aanwezig zijn, dan gaan ze in een andere ruimte zitten.’*

Het wordt door verschillende respondenten opgemerkt dat in bepaalde culturen het opvoeden van kinderen meer als een vrouwenaangelegenheid wordt gezien en dat er geen noodzaak is om vaders hierbij te betrekken, waardoor ze ook niet hoeven te participeren tijdens de afspraken. Het oproepen tot meer participatie van vaders tijdens de hulp- en zorgverlening kan ook negatieve gevolgen hebben, vertelt een verloskundige, omdat dit impliceert dat de westerse visie op de betrokkenheid van vaders bij de opvoeding de "juiste" manier is. Het wordt door haar betwijfeld of het bedenken van manieren om vaders meer te betrekken echt noodzakelijk is en dat het juist belangrijk is om culturele normen en waarden te respecteren. Het forceren van betrokkenheid kan juist stigmatiserend werken, omdat er een beoordeling wordt gemaakt van wat wel of niet als "actieve" betrokkenheid wordt beschouwd. In de wijk waar een van de professionals werkt, wordt ervaren dat het belangrijk is om de eigen referentiekaders los te laten en te kijken naar wat ouders daadwerkelijk nodig hebben om hun taak met betrekking tot hun kinderen zo goed mogelijk te kunnen vervullen. Soms zijn het praktische vraagstukken, zoals het zoeken naar alternatieven als er geen ruimte is voor een box. Het draait om creativiteit en het vinden van oplossingen die passen bij de specifieke situatie van het gezin, ondanks rolverdelingen binnen een gezin.

#### *Witte vrouwelijke hulpverleners*

Alle professionals die gesproken zijn, zijn vrouwen, waarbij er een van kleur was. Volgens verschillende respondenten speelt dit ook een rol in de interactie met vaders. Een professional reflecteert op het feit dat ze als witte vrouwelijke professional wordt gezien als iemand die komt meekijken en niet als een hulpverlener waarmee vader in gesprek kunnen gaan om hun hulpbehoeftes te kunnen uiten. Ze merkt op dat deze perceptie een belemmering kan vormen voor open communicatie. Daddy's Place, een informele welzijnsorganisatie die bewust mannelijke professionals inschakelt om bijeenkomsten met vaders te leiden, speelt hierop in



om de betrokkenheid van vaders te bevorderen. Daarnaast gaat hier niet alleen om het verschil in huidskleur, maar ook om de daarmee geassocieerde gedachten en machtsverhoudingen die maken dat vaders van kleur minder vertrouwen hebben in de professional, vertelt de programmaleider van Daddy's Place.

De meeste respondenten gaven aan dat zij als witte professional zich bewust zijn van de culturele verschillen en dat zij hun referentiekaders proberen los te laten op het moment dat zij te maken hebben met gezinnen met een andere culturele achtergrond. Daarbij wordt echter ook benoemd dat de meeste organisaties, waaronder de Raad voor de Kinderbescherming, nog geen afspiegeling zijn van de Nederlandse multiculturele samenleving. Zo benoemt een respondent dat het loslaten van de eigen referentiekaders dan ook erg lastig is: *'Ik ben nog steeds gewoon een Nederlandse vrouw, zeg maar, dus Ik kan het nooit echt voelen of weten zoals die mensen dat zelf voelen. Of zoals ik voel, kunnen hun ook niet voelen, dat gaat gewoon niet.'* Hier wordt door een andere respondent ook kritisch op gereflecteerd.

*'Kijk, in Rotterdam zijn we heel multicultureel, dus ik denk dat we wel steeds meer het besef krijgen van weet je, we krijgen gewoon met heel veel verschillende culturen te maken en niet iedereen stelt daar dezelfde grens in. Dat idee hebben we meer, maar of het echt wordt uitgevoerd, denk ik, ja, daar kunnen we nog wel heel veel stappen in maken en je merkt wel dat de eerste reactie wel heel snel is van wat mensen gewend zijn vanuit hun eigen referentiekader. En dat is dat als je betrokken wil zijn, dan ben je betrokken.'*

#### *Vaderschap en emancipatie*

Bijna de helft van de respondenten spreekt over een verandering in de maatschappij waarbij de nieuwe generatie mannen een andere invulling geven aan hun vaderrol. Zorgprofessionals zien dat vaders steeds meer zeggenschap eisen tijdens de zorgverlening en met name tijdens bevallingen. Een professional die vaderbijeenkomsten organiseert merkt daarbij het volgende op:

*'Ja is veranderd, ja, en ik denk dat deze jongens zijn echt wel de nieuwe generatie die willen het anders doen. Maar de beelden die daarbij spelen zijn nog heel erg ouderwets en conservatief dus de mensen die die kijken naar die jongens op een bepaalde manier van. Deze verandering maken dat huidige organisaties nog niet mee zijn gegaan in de nieuwe rol van vaders. Dit is ook op te merken aan de tweestrijd rondom informed consent van de*

*verloskundige, nieuwe belangen en waarden en normen, maar functies en de bijbehorende taken van het personeel is hier niet optimaal op ingericht''.*

Een verloskundige reageert ook op deze verandering en zegt hierover: *'Der zijn mannen en die zijn wel zich.. Die bijten zich vast in een geboortepan van als zij het niet meer helemaal weet, dan ga ik het voor haar zeggen. Alles moet in overleg met ons allebei. Nou, dat vinden wij soms wel eens lastig. Want je hebt alleen maar met die mevrouw van doen en als zij zegt van, oh, maar wat vind jij ervan?'*

Vaders lijken volgens verschillende professionals minder te participeren tijdens de zorg- en hulpverlening als gevolg van de rolverdeling tussen moeders en vaders. Doordat de verzorging en opvoedvaardigheden neerkomen op de moeder, lijken vaders zich minder geroepen te voelen om deel te nemen aan gesprekken. Deze rolverdeling lijkt nog sterker te zijn bij gezinnen met een migratieachtergrond. Doordat de meeste professionals en organisaties werken vanuit een 'westerse' visie, kan dit zorgen voor inadequate werkwijze voor gezinnen die niet een westerse komaf hebben en dus ook extra beperkend zijn voor vaders in deze groep. Desondanks ervaren de respondenten dat vaders steeds meer een verzorgende taak op zich willen nemen en meer zeggenschap eisen, maar voornamelijk in de medische wereld blijft dit een worsteling gezien moeders hierin de behandelpersoon zijn.

### **Interprofessionele interactie rondom vaderbetrokkenheid**

Uit de gesprekken met verschillende professionals is meermaals gereflecteerd op de rol die andere professionals volgens hen vervullen in de interactie met vaders. Vanuit beleidsmakers wordt de positie van vaders binnen de hulpverlening steeds meer op de voorgrond gebracht. Alhoewel er nog geen concrete uitvoeringsplannen hiervoor zijn, geeft een beleidsadviseur aan dat er binnen de gemeente wel wordt onderzocht hoe dit vormgegeven kan worden. De grootste obstakel hierin is het verschil in rolopvatting van de uitvoerende partijen binnen het sociale en het medische domein. Vanuit het medische domein ontvangt zij klachten over de toenemende rol van vaders tijdens de zorgverlening, gezien de vaders niet de patiënt zijn. Dit wordt door een verloskundige eveneens bevestigd. Hierover wordt de volgende uitspraak gedaan:

*'Ik zou het echt niet leuk vinden als het van bovenaf wordt opgelegd. Nou, wij denken vanuit overheid dat het of vanuit de gemeente of vanuit weet ik wie dat het wel beter is om die vaders*

*nog eens eventjes erbij te halen en nog meer je te ja te bemoeien met vaders dan denk ik nee, dan krijg je bemoeizorg.’’*

De samenwerking tussen de gemeente en de formele zorgverleners, waaronder het ziekenhuis, verloskundige praktijken en de consultatiebureaus vallen, verloopt structureel. De samenwerking met informele welzijnsorganisaties, zoals Daddy's Place verloopt juist stroef. Dit heeft volgens een beleidsadviseur te maken met het feit dat de informele organisaties moeilijker in beeld te krijgen zijn. Het kost moeite om structurele afspraken te maken, gezien zij veel variabelere en dus flexibeler werken. Wel kaart ze aan dat samenwerking met de informele lijn juist erg waardevol is, gezien zij goed kunnen aansluiten op hulpvragen van kwetsbare ouders doordat zij laagdrempelig zijn en hierdoor sneller in contact komen met deze doelgroep. Een andere respondent uit de formele lijn benoemt dat professionals vaak niet weten welke partners er zijn: *‘Net zoals dat Daddy's Care [place] ken ik niet en die Mama 's Garden die had ik toevallig 2, 3 weken geleden voor het eerst van gehoord omdat wij een klant niet konden aannemen.’*

Geconcludeerd kan worden dat beleidsmakers de participatie van vaders in de hulpverlening willen bevorderen, maar er is een gebrek aan concrete uitvoeringsplannen. De verschillende opvattingen van betrokken organisaties zijn een van de grootste obstakels voor diegenen die dit beleid dienen uit te werken. Meer samenwerking met informele organisaties is gewenst, gezien de laagdrempeligheid en flexibiliteit van dergelijke organisaties, maar juist hierdoor zijn structurele afspraken moeilijk te handhaven.

## *Discussie*

In dit onderzoek is vanuit het perspectief van verschillende professionals die werkzaam zijn op beleidsniveau, zorgsector en de sociale sector onderzocht hoe verschillende professionals omgaan met de participatie van vaders binnen de zorg- en hulpverlening. Professionals erkennen dat vaders tijdens de zorg- en hulpverlening in mindere mate lijken te participeren tijdens interventies. Uit dit onderzoek blijken hier twee hoofdredenen voor te zijn, namelijk (1) genderbias en (2) beperkte samenwerking tussen de formele en de informele lijnen binnen de opvoedondersteuning.

Allereerst blijkt genderbias op het niveau van de institutionele context, ofwel beleidsniveau, de organisatiecontext en op het niveau van de professional terug te keren. Het beleid dat op nationaal en gemeentelijk niveau geformuleerd is voor de ondersteuning van gezinnen, en daarmee zowel moeders als vaders zou moeten dienen, blijkt inherent de positie van de moeder te prioriteren. Het programma Kansrijke Start, en de Rotterdamse toepassing ‘Stevige Start’, differentieert niet op de specifieke ondersteuning die vaders kunnen ontvangen. Het beleid zou gericht zijn op ouders, maar wordt op het niveau van de uitvoerende partijen vertaald naar de moeder. Zo worden jeugdverpleegkundigen en sociaal werkers die verantwoordelijk zijn voor het bieden van ondersteuning aan kwetsbare gezinnen vanuit de richtlijnen opgedragen zich te richten op de moeder. Deze is uiteindelijk de cliënt, waardoor professionals onvoldoende tijd hebben om binnen hun uren zich gelijkmatig in te zetten voor de vaders. In overeenstemming met Panter-Brick et al. (2014) kan hieruit worden opgemerkt dat er geen holistische aanpak is geformuleerd waarbij de betrokkenheid van de vader in alle aspecten van het gezinsleven is opgenomen.

Professionals hebben de optie om binnen hun perken mogelijkheden te creëren voor de participatie van vaders tijdens de interventie. De manier en de mate waarop dit gebeurt blijkt voornamelijk af te hangen van de eigen referentiekaders van de professional. Hierin speelt het geslacht, maar ook de afkomst van de professional een rol. Professionals zijn vaak zelf vrouw en hebben een westerse kijk op wat positief ouderschap voor moet stellen. Indien professionals op huisbezoek gaan of een afspraak hebben waarbij een vader niet vanuit zichzelf actief deelneemt, vragen deze professionals zelden door naar de participatie van de vader. Dit gedrag kennen zij vervolgens toe als typisch mannengedrag wat inhoudt dat mannen simpelweg minder buigen over de opvoeding en verzorging, wat tijdens de ondersteuning meestal de hoofdontwerpen zijn. In het geval van vaders met een migratieachtergrond vormen professionals nog vaker dit denkbeeld, waarbij wordt gedacht dat vaders nou eenmaal minder interesse hebben in de behandelde thema's. Deze constatering is deels te onderbouwen met hetgeen Ferguson (2004) beschrijft als de 'vloeibare' structuren van het sociaal werk. Huisbezoeken kunnen het lastig maken om vooraf te weten wie de professional zal aantreffen. Hierbij kan het voor vaders overkomen als een afspraak waarbij zijn aanwezigheid niet wordt verwacht waardoor professionals ook niet hierop zullen rekening. Op deze manier blijft de moeder de hoofdpersoon. In het geval van de werkwijze van de informele welzijnsorganisatie Daddy's Place komt het voordeel van 'vaste' structuren meer naar voren (Ferguson, 2004). Hier zorgen bijeenkomsten op vaste dagen op een vaste locatie waarvoor aanmeldingen noodzakelijk zijn voor een grotere opkomst van vaders. Hierbij worden mannelijke professionals van kleur ingezet om zo goed mogelijk aan te kunnen sluiten bij de vaders. Dit maakt duidelijk hoe belangrijk het is om deze genderbias los te laten en bewustheid te creëren van het belang van diversiteit in de hulpverlening. Hiermee kan het opbouwen van een vertrouwensband tussen de professional en de vader mogelijk worden gefaciliteerd.

Door de richtlijnen waar professionals zich aan dienen te houden, is er beperkte aandacht voor de positie van de vader binnen een gezin. Professionals kaarten aan dat wanneer cliënten in hun geval buiten de boot vallen als het aankomt op de aanwezige hulpvragen, zij graag doorverwijzen naar andere partijen die wel gepaste hulp kunnen bieden. Ondanks dat deze interprofessionele samenwerking gewenst is, blijkt de formele lijn de informele lijn niet altijd te vinden. De informele lijn is flexibeler ingesteld waardoor zij vaak kunnen bijspringen in het bieden van adequate ondersteuning bij specifieke hulpvragen, maar vooral ook wanneer er sprake is van een casus waarbij verschillende hulpvragen spelen (Frederiksen et al., 2023). Een obstakel in de samenwerking tussen de formele en informele lijn is het feit dat er geen structurele afspraken kunnen worden gemaakt met informele welzijnsorganisaties, gezien zij niet worden gesubsidieerd door de gemeente. Voor het in aanmerking komen voor gemeentelijke subsidies is het val belang dat informele welzijnsorganisaties zich houden aan de kaders die de gemeente stelt. Deze kaders zijn te beperkend voor het werk dat zij leveren, waardoor zij niet meer de flexibiliteit kunnen behouden om in te spelen op bijzondere situaties.

In dit kwalitatieve onderzoek naar de percepties en attitudes van professionals op de participatie van vaders tijdens de zorg- en hulpverlening is gekeken naar de rol die de organisatorische kaders spelen hierin. Dit onderzoek draagt bij aan de wetenschappelijke kennis door de rol van genderbias die beginnen op institutioneel niveau te volgen tot op het niveau van de professional. Door de verscheidenheid aan organisaties waarin de respondenten werkzaam zijn, wordt het belang van interprofessionele samenwerking aangeduid om participatie in interventies mogelijk te maken. Alhoewel er een verscheidenheid van organisaties is opgenomen, is er in vervolgonderzoek een grotere onderzoeksgroep vereist om generaliseerbare claims te doen. De wetenschappelijke literatuur rondom dit thema zou baat

hebben bij nieuwe kennis rondom holistische werkwijzen om participatie van vaders mogelijk te maken binnen de formele en informele ondersteuning.

## Literatuurlijst

- Brown, L. R., Callahan, M., Strega, S., Walmsley, C. W., & Dominelli, L. (2009). Manufacturing ghost fathers: the paradox of father presence and absence in child welfare. *Child & Family Social Work, 14*(1), 25–34. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00578.x>
- Creswell, J. W., & Poth, C. (2017). *Qualitative Inquiry and Research Design : Choosing Among Five Approaches*. [https://openlibrary.org/books/OL28633749M/Qualitative\\_Inquiry\\_and\\_Research\\_Design](https://openlibrary.org/books/OL28633749M/Qualitative_Inquiry_and_Research_Design)
- Daly, M. B. (2013). Parenting support: Another gender-related policy illusion in Europe? *Womens Studies International Forum, 41*, 223–230. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2013.05.016>
- Distelbrink, M., & Ketner, S. L. (2011). ‘Vaderschap is geen playstation’. *Pedagogiek, 31*(1), 53–67. <https://doi.org/10.5117/ped2011.1.dist>
- Du Bois-Reymond, M. (2009). Young parenthood in the Netherlands. *Young, 17*(3), 265–283. <https://doi.org/10.1177/110330880901700303>
- Ewart-Boyle, S., Manktelow, R., & McColgan, M. (2015). Social work and the shadow father: lessons for engaging fathers in Northern Ireland. *Child & Family Social Work, 20*(4), 470–479. <https://doi.org/10.1111/cfs.12096>
- Ferguson, H., & Hogan, F. (2004). *Strengthening Families Through Fathers: Developing Policy and Practice in Relation to Vulnerable Fathers and Their Families*. <http://eprints.uwe.ac.uk/6555/>
- Frederiksen, M. H., Schmied, V., & Overgaard, C. (2023). Creating coherent perinatal care journeys: An ethnographic study of the role of continuity of care for Danish parents in



a vulnerable position. *Women and Birth*, 36(1), 117–126.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.03.009>

Gram, P., Thomsen, L. L. H., Andersen, C. G., & Overgaard, C. (3 2023). Trusting parent-professional relationships in interprofessional interventions for expectant and new parents in vulnerable positions: A realist evaluation. *Journal of Interprofessional Care*, 1–11. doi:10.1080/13561820.2023.2183185

Gross, D., Julion, W., & Fogg, L. (2001). What Motivates Participation and Dropout Among Low-Income Urban Families of Color in a Prevention Intervention?\*. *Family Relations*, 50(3), 246–254. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2001.00246.x>

Higgs, E. F., Gomez-Vidal, C., & Austin, M. J. (2018). Low-Income Nonresident Fatherhood: A Literature Review With Implications for Practice and Research. *Families in society- The journal of contemporary social services*, 99(2), 110–120.  
<https://doi.org/10.1177/1044389418767826>

Jackson, D. B. (2016). The Interplay Between Early Father Involvement and Neonatal Medical Risk in the Prediction of Infant Neurodevelopment. *Prevention Science*, 18(1), 106–115. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0734-4>

Katz, I., Placa, V. L., & Hunter, S. (2007). *Barriers to inclusion and successful engagement of parents in mainstream services.*

Klode, K., Ringer, A., & Hølge-Hazelton, B. (2020). Interprofessional and intersectoral collaboration in the care of vulnerable pregnant women: An interpretive study. *Journal of Interprofessional Care*, 1–10.  
<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1761306>

La Placa, V., & Corlyon, J. (2014a). Barriers to inclusion and successful engagement of parents in mainstream services: evidence and research. *Journal of Children's Services*, 9(3), 220–234. <https://doi.org/10.1108/jcs-05-2014-0027>

- La Placa, V., & Corlyon, J. (2014b). Barriers to inclusion and successful engagement of parents in mainstream services: evidence and research. *Journal of Children's Services*, 9(3), 220–234. <https://doi.org/10.1108/jcs-05-2014-0027>
- Lee, S. J., Yelick, A., & Brisebois, K. (2011). Low-Income Fathers' Barriers to Participation in Family and Parenting Programs. *Journal of family strengths*, 11(1), 12. <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/106166/1/2011-Lee-Yelick-Journal-Family-Strengths.pdf>
- Oudhof, M., Wolff, M. S. D., Ruiter, M. D., Kamphuis, M., L'Hoir, M. P., & Prinsen, B. (2013). *Opvoedingsondersteuning: voor hulp bij opvoedingsvragen en lichte opvoedproblemen*. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NJC).
- Panter-Brick, C., Burgess, A., Eggerman, M., McAllister, F. E., Pruett, K. D., & Leckman, J. F. (2014). Practitioner Review: Engaging fathers – recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(11), 1187–1212. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12280>
- Perez-Vaisvidovsky, N., Halpern, A., Mizrahi, R., & Atalla, Z. (2023). “Fathers Are Very Important, but They Aren't Our Contact Persons”: The Primary Contact Person Assumption and the Absence of Fathers in Social Work Interventions. *Families in society-The journal of contemporary social services*, 104438942211457. <https://doi.org/10.1177/10443894221145751>
- Perez-Vaisvidovsky, N., Mizrahi, R., & Halpern, A. (2021). The Mother-Based Intervention: Policy, Social Work, and the Absence of Fathers in the Social Services in Israel. *Social Politics*, 28(4), 874–895. <https://doi.org/10.1093/sp/jxaa004>
- Pfitzner, N., Humphreys, C., & Hegarty, K. (2015). Research Review: Engaging men: a multi-level model to support father engagement. *Child & Family Social Work*, 22(1), 537–547. <https://doi.org/10.1111/cfs.12250>

- Placa, V. L., & Corlyon, J. (9 2014). *Barriers to inclusion and successful engagement of parents in mainstream services: Evidence and research* (Vol. 9, pp. 220–234). doi:10.1108/JCS-05-2014-0027
- Rayment-Jones, H., Harris, J. S., Harden, A., Khan, Z. F., & Sandall, J. (2019). How do women with social risk factors experience United Kingdom maternity care? A realist synthesis. *Birth-issues in Perinatal Care*, 46(3), 461–474. <https://doi.org/10.1111/birt.12446>
- Santiago, C. D., Etter, E. M., Wadsworth, M. E., & Raviv, T. (2012). Predictors of responses to stress among families coping with poverty-related stress. *Anxiety Stress and Coping*, 25(3), 239–258. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.583347>
- Steenbakkens, A., Van der Hulst, M., & Mieloo, C. (5 2021). Haagse Kansrijke Start: Onderzoek naar de ondersteuningsbehoeften in het ouderschap bij aanstaande ouders en ouders met jonge kinderen. *Journal of Interprofessional Care*, 1–10. doi:10.1080/13561820.2020.1761306
- Veltkamp, G. (2019). When Do Professionals Envision and Trust Fathers as Caregivers over the Course of Giving Birth? A Comparison of Pre- and Postnatal Healthcare Professionals' Assessments of Fathers in the Netherlands, Germany, and Poland. *Social Politics*. <https://doi.org/10.1093/sp/jxy028>
- Veltkamp, G., & Brown, P. O. (2017). The everyday risk work of Dutch child-healthcare professionals: inferring 'safe' and 'good' parenting through trust, as mediated by a lens of gender and class. *Sociology of Health & Illness*, 39(8), 1297–1313. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12582>
- Wells, M. A., & Sarkadi, A. (2012). Do Father-Friendly Policies Promote Father-Friendly Child-Rearing Practices? A Review of Swedish Parental Leave and Child Health Centers. *Journal of Child and Family Studies*, 21(1), 25–31. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9566-1>

## *Bijlage 1*



### **CHECKLIST ETHICAL AND PRIVACY ASPECTS OF RESEARCH**

#### **INSTRUCTION**

This checklist should be completed for every research study that is conducted at the Department of Public Administration and Sociology (DPAS). This checklist should be completed *before* commencing with data collection or approaching participants. Students can complete this checklist with help of their supervisor.

This checklist is a mandatory part of the empirical master's thesis and has to be uploaded along with the research proposal.

The guideline for ethical aspects of research of the Dutch Sociological Association (NSV) can be found on their website ([http://www.nsv-sociologie.nl/?page\\_id=17](http://www.nsv-sociologie.nl/?page_id=17)). If you have doubts about ethical or privacy aspects of your research study, discuss and resolve the matter with your EUR supervisor. If needed and if advised to do so by your supervisor, you can also consult Dr. Bonnie French, coordinator of the Sociology Master's Thesis program.

#### **PART I: GENERAL INFORMATION**

Project title: Een kwalitatief onderzoek naar 'Wat maakt dat vaders in een bepaalde mate worden betrokken bij hulp-/zorgverlening door uitvoerende professionals van het actieprogramma 'Kansrijke Start'?'

Name, email of student: T.B. Krämer, 503855tk@eur.nl

Name, email of supervisor: prof.dr. Pearl Dykstra, dykstra@essb.eur.nl

Start date and duration: 1 april t/m 26 juni

Is the research study conducted within DPAS

**YES**

If 'NO': at or for what institute or organization will the study be conducted?  
(e.g. internship organization)

## **PART II: HUMAN SUBJECTS**

1. Does your research involve human participants. **YES - NO**

*If 'NO': skip to part V.*

If 'YES': does the study involve medical or physical research? **YES -NO**

*Research that falls under the Medical Research Involving Human Subjects Act ([WMO](#)) must first be submitted to [an accredited medical research ethics committee](#) or the Central Committee on Research Involving Human Subjects ([CCMO](#)).*

2. Does your research involve field observations without manipulations that will not involve identification of participants. **YES -NO**

*If 'YES': skip to part IV.*

3. Research involving completely anonymous data files (secondary data that has been anonymized by someone else). **YES - NO**

*If 'YES': skip to part IV.*

### **PART III: PARTICIPANTS**

1. Will information about the nature of the study and about what participants can expect during the study be withheld from them? YES -**NO**
2. Will any of the participants not be asked for verbal or written 'informed consent,' whereby they agree to participate in the study? YES -**NO**
3. Will information about the possibility to discontinue the participation at any time be withheld from participants? YES -**NO**
4. Will the study involve actively deceiving the participants? YES -**NO**  
*Note: almost all research studies involve some kind of deception of participants. Try to think about what types of deception are ethical or non-ethical (e.g. purpose of the study is not told, coercion is exerted on participants, giving participants the feeling that they harm other people by making certain decisions, etc.).*
5. Does the study involve the risk of causing psychological stress or negative emotions beyond those normally encountered by participants? YES -**NO**
6. Will information be collected about special categories of data, as defined by the GDPR (e.g. racial or ethnic origin, political opinions, religious or philosophical beliefs, trade union membership, genetic data, biometric data for the purpose of uniquely identifying a person, data concerning mental or physical health, data concerning a person's sex life or sexual orientation)?  
  
YES - **NO**
7. Will the study involve the participation of minors (<18 years old) or other groups that cannot give consent?  
  
YES - **NO**
8. Is the health and/or safety of participants at risk during the study? YES -**NO**
9. Can participants be identified by the study results or can the confidentiality of the participants' identity not be ensured? YES -**NO**
10. Are there any other possible ethical issues with regard to this study? YES -**NO**

If you have answered 'YES' to any of the previous questions, please indicate below why this issue is unavoidable in this study.

---

---

---

---

What safeguards are taken to relieve possible adverse consequences of these issues (e.g., informing participants about the study afterwards, extra safety regulations, etc.).

---

---

---

---

Are there any unintended circumstances in the study that can cause harm or have negative (emotional) consequences to the participants? Indicate what possible circumstances this could be.

---

---

---

---

*Please attach your informed consent form in Appendix I, if applicable.*

*Continue to part IV.*

## **PART IV: SAMPLE**

Where will you collect or obtain your data?

De data bestaat uit semi-gestructureerde interviews met uitvoerende professionals formele en informele welzijnsorganisaties, waaronder verloskundigen, jeugdverpleegkundigen en sociaal werkers in de gemeente Rotterdam die zorg- en hulpverlening bieden aan kwetsbare gezinnen en in het bijzonder vaders.

---

---

*Note: indicate for separate data sources.*

What is the (anticipated) size of your sample?

\_\_\_\_\_ 8 respondenten

---

*Note: indicate for separate data sources.*

What is the size of the population from which you will sample?

\_\_\_\_\_ Niet  
bekend.

---

*Note: indicate for separate data sources.*

*Continue to part V.*



## Part V: Data storage and backup

Where and when will you store your data in the short term, after acquisition?

De data wordt opgeslagen in een 'One Drive' van de Erasmus Universiteit.

---

---

*Note: indicate for separate data sources, for instance for paper-and pencil test data, and for digital data files.*

Who is responsible for the immediate day-to-day management, storage and backup of the data arising from your research?

\_\_\_\_\_ T.B. Krämer

---

---

How (frequently) will you back-up your research data for short-term data security?

\_\_\_\_\_ Elke dag wordt er een back-up gemaakt (automatisch opgeslagen na elke bewerking)

---

---

In case of collecting personal data how will you anonymize the data?

\_\_\_\_\_ Namen en andere persoonlijke gegevens worden geanonimiseerd.

---

---

*Note: It is advisable to keep directly identifying personal details separated from the rest of the data. Personal details are then replaced by a key/ code. Only the code is part of the database with data and the list of respondents/research subjects is kept separate.*

## **PART VI: SIGNATURE**

Please note that it is your responsibility to follow the ethical guidelines in the conduct of your study. This includes providing information to participants about the study and ensuring confidentiality in storage and use of personal data. Treat participants respectfully, be on time at appointments, call participants when they have signed up for your study and fulfil promises made to participants.

Furthermore, it is your responsibility that data are authentic, of high quality and properly stored. The principle is always that the supervisor (or strictly speaking the Erasmus University Rotterdam) remains owner of the data, and that the student should therefore hand over all data to the supervisor.

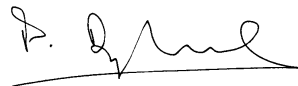
Hereby I declare that the study will be conducted in accordance with the ethical guidelines of the Department of Public Administration and Sociology at Erasmus University Rotterdam. I have answered the questions truthfully.

Name student: T.B. Krämer

Name (EUR) supervisor: Pearl Dykstra

Date: 5-04-2023

Date: 25-06-2023

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'T.B. Krämer', written over a horizontal line.A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Dykstra', written over a horizontal line.

## *Bijlage 2 ‘Codeboek’*

### **ATLAS.ti Report**

**Thesis.2023**

**Code groups(selection)**

---

#### ◆ **Culturele obstakels**

**Members:**

- Culturele verschillen
  - Verschuiving paradigma
  - Vrouwelijke professional
  - Westerse opvoedtradities
  - Witte professionals
- 

#### ◆ **Definitie vaderbetrokkenheid**

**Members:**

- Aanwezige/afstandelijke vader
  - Betrokken vader zeldzaam
  - Definiëren vaderbetrokkenheid
  - Intrinsieke motivatie van vaders
  - Juridische rol vader
  - Karakter vader
  - Moeder als drempel voor betrokkenheid
  - Moeders oordeel
  - Persoonlijkheid professional
  - Vaderbetrokkenheid bij spoed
  - Vaders vragen minder
  - Verschuiving paradigma
- 

#### ◆ **Organisatie kaders**

**Members:**

- Aanpassingruimte door organisatie
  - Belang van kaders van organisatie
  - Buiten kantoortijden
  - Huisbezoeken
  - Interprofessionele samenwerking
  - Maatwerk vanuit methodiek
  - Moeder is cliënt
  - Moeder is hoofd contactpersoon
  - Naam organisatie excludeert vader
  - Niet doorvragen naar vader
  - Signalering door gemeente
  - Tijdstip afspraak
  - Training vaderbetrokkenheid
  - Vader in kaart brengen
  - Vader is geen behandelpersoon
  - Werkwijze gericht op partners
- 

#### ◆ **Positie moeder**

**Members:**

- 'Nutteloze' gevoelens aanstaande vaders
  - Culturele verschillen
  - Definiëren vaderbetrokkenheid
  - Gebrek aan inzet ouders
  - Moeder als drempel voor betrokkenheid
  - Moeder is cliënt
  - Moeder is hoofd contactpersoon
  - Moederinstinct
  - Moeders oordeel
  - Rolverdeling
  - Taalbarriere moeder
- 

#### ◆ **Rol professional**

**Members:**

- Aanpassen aan stressfactoren
- Buiten kantoortijden
- Contact professional-vader
- Culturele verschillen
- Doorvragen naar vaderbetrokkenheid
- Erkennen moederbias
- Ervaring met 'steverige start'
- Gezinsaanpak
- Gezinsfocus
- Humor als gesprekstechniek
- Inspelen op emoties vaders
- Interesses vader achterhalen
- Interprofessionele samenwerking
- Invloed verschilt per soort professional
- Levelen met vader
- Mening professional over vaderbetrokkenheid
- Niet doorvragen naar vader
- Persoonlijkheid professional
- Signaleren hulpbehoefte vader
- Signalering
- Signalering hulpbehoefte
- Vader in kaart brengen
- Vaderbetrokkenheid bij spoed
- Vadersbelang behartigen

richting moeder ○ Vertrouwen vader winnen ○ Vragen naar aanwezigheid vader bij afspraken ○  
Vrouwelijke professional ○ Werkervaring professional ○ Werkwijze gericht op partners ○ Witte  
professionals

---

## ◆ Vaderperspectief

### **Members:**

○ 'Nutteloze' gevoelens aanstaande vaders ○ Aanwezige/afstandelijke vader ○ Angstgevoelens vader ○  
Betrokken vader zeldzaam ○ Culturele verschillen ○ Financiële druk vaders ○ Gebrek aan inzet ouders ○  
Gezag ○ Juridische rol vader ○ Karakter vader ○ Omstandigheden vader ○ Praktische hulpbehoefte  
vaders ○ Taalbarriere moeder ○ Vaders minder bezig met baby ○ Vaders vragen minder ○ Werkende  
vader