



## Interculturalisatie CJG Rotterdam

Roelof Vos  
Mijntje Vreeswijk  
Nera Jerkovic

juni 2009

## Colofon

© maart 2010, Pharos Kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid en het Ministerie van VROM (WWI).

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door druk, fotokopie of microfilm of op een andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

*Interculturalisatie CJG Rotterdam* is ontwikkeld in opdracht van het Ministerie van VROM (WWI) door Pharos, in samenwerking met Bureau Berenschot.

### Auteurs

Roelof Vos  
Mijntje Vreeswijk  
Nera Jerkovic

### Projectleider

Roelof Vos Pharos

### Projectgroep

Mijntje Vreeswijk Pharos  
Nera Jerkovic Pharos

### Projectsecretariaat

Pharos  
Herenstraat 35  
Postbus 13318  
3507 LH Utrecht  
Telefoon 030 234 98 00  
E-mail [info@pharos.nl](mailto:info@pharos.nl)  
[www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

## Inhoudsopgave

<b>1. Aanleiding</b>	<b>4</b>
1.1. Ontwikkeltraject gemeente Rotterdam.....	4
1.2. Taakverdeling Pharos en Rotterdam.....	4
1.3. Plan van aanpak .....	5
<b>2. Situatieschets interculturalisatie</b>	<b>7</b>
2.1. Demografie en achtergrond.....	7
2.2. Antilliaanse opvoeding in Nederland .....	8
2.3. Gezondheid .....	10
2.4. Risicofactoren ten aanzien van kwalitatief goede zorg.....	10
<b>3. Werkwijze interventieverpleegkundige</b>	<b>15</b>
3.1. Werkwijze .....	15
<b>4. Handreikingen interculturalisatie CJG XXL Feijenoord</b>	<b>19</b>

## 1. Aanleiding

In 2008 formuleerde de Directie Inburgering en Integratie het voornemen om door middel van uiteenlopende maatregelen een extra stimulans te geven aan de interculturalisatie van zorginstellingen in het algemeen en de Centra voor Jeugd en Gezin in het bijzonder. Dit sloot aan bij de voornemens in het Actieprogramma Diversiteit in het Jeugdbeleid dat onder de verantwoordelijkheid valt van de minister van Jeugd en Gezin.

In opdracht van het Ministerie van VWS heeft Pharos in 2007 een beleidsnotitie geschreven over criteria voor Centra voor Jeugd en Gezin om de toegankelijkheid en effectiviteit voor allochtone jeugd en ouders te bevorderen. Naar aanleiding van deze notitie is overleg gevoerd tussen het Ministerie van VROM en Pharos en is het plan ontstaan om samen met een drietal gemeenten plannen te ontwikkelen voor ontwikkeltrajecten gericht op de interculturalisatie van een of meerdere Centra voor Jeugd en Gezin. Deze trajecten moesten resultaten opleveren die gebruikt kunnen worden in een landelijke uitrol naar andere gemeenten. Eén van deze gemeenten was Rotterdam.

### 1.1. Ontwikkeltraject gemeente Rotterdam

In september 2007 is in de wijk Feijenoord een Centrum voor Jeugd en Gezin geopend: het CJG/JONG-XL Feijenoord. Het CJG/JONG-XL Feijenoord staat voor een specifieke taak ten aanzien van de Antilliaanse jeugd en ouders. Rotterdam kent een grote populatie Antillianen met een concentratie in de wijk Feijenoord. Het bereik van de Antilliaanse jeugd en hun ouders is onvoldoende en de aangeboden interventies verlopen niet naar tevredenheid.

De gemeente Rotterdam wilde er met dit ontwikkeltraject voor zorgen dat het nieuwe CJG/JONG-XL een goede aansluiting bij deze groep cliënten bereikt. De huidige werkwijze diende te worden toegespitst en verfijnd en de competenties van de professionals op het gebied van intercultureel werken bevorderd. Binnen dit ontwikkeltraject werd ten eerste de werkwijze van de 'interventieverpleegkundigen' doorlicht op zoveel mogelijk aspecten die tijdens het interventietraject een rol spelen. De opzet was dat deze analyse zou uitmonden in concrete aanwijzingen voor het handelen van uitvoerend professionals van het CJG in het algemeen, niet alleen de interventieverpleegkundige. Het was verder de bedoeling dat de resultaten uit deze pilot tevens bruikbaar zijn voor cliënten met een andere culturele achtergrond, dan de Antilliaanse. De resultaten moesten ten slotte overdraagbaar zijn naar andere gemeenten onder andere via het handboek CJG.

### 1.2. Taakverdeling Pharos en Rotterdam

Om de genoemde resultaten te behalen heeft de gemeente Rotterdam externe ondersteuning ingehuurd bij Pharos: landelijk kennis- en adviescentrum voor nieuwkomers, vluchtelingen en gezondheid. Pharos zou zich met name bezighouden met de uitvoerende taken op het gebied van interculturalisatie. Concreet houdt dit de begeleiding in van de activiteiten die hieronder vermeld staan in het plan van aanpak.

Rotterdam is eindverantwoordelijk voor de uitvoering van het project en levert een bijdrage aan dit project in meerdere opzichten. Allereerst in de vorm van het CJG-aanbod

pedagogische ondersteuning dat de basis vormt voor deze pilot. Daarnaast was het de bedoeling dat de professionals die werkzaam zijn in CJG/JONG-XL actief zouden participeren tijdens het hele proces. De opzet was dat zij hun ervaringen met de bestaande werkwijze inbrengen en vervolgens de door Pharos aangepaste werkwijze in de praktijk uitproberen en daarvan verslag leggen. Op basis van deze verslagen en interviews met de professionals zou Pharos het uiteindelijke product: namelijk handvatten/instructies voor de werkwijze, kunnen ontwikkelen.

Onderstaand plan van aanpak geeft een overzicht van de stappen met concrete activiteiten in het kader van het ontwikkeltraject bij Centrum JONG XL in de wijk Feijenoord.

### 1.3. Plan van aanpak

1. Projectorganisatie
  - a. Bespreking van praktische zaken en maken van afspraken.
  - b. Oriëntatie op huidige stand van zaken, mogelijkheden en beperkingen.
  - c. Creëren van draagvlak.
  - d. Keuze maken voor de meest geschikte interventie voor deze pilot
  - e. Gezamenlijk opstellen planningsdocument.
  - f. Afstemming betrokken partijen en nadere invulling taakverdeling.
2. Doorlichting van bestaande werkwijze rond één interventie
  - a. Interviews met hulpverleners: wat werkt wel, wat werkt niet.
  - b. Dossier onderzoek.
  - c. Huisbezoeken bij Antillaanse gezinnen bij non-bereik.
  - d. Observatie van bestaande interventie.
  - e. Discrepancie vaststellen tussen feitelijke en gewenste werkwijze.
3. Aanpassing werkwijze
  - a. Op basis van de gegevens uit stap 2, literatuuronderzoek en good-practices uit het land wordt een voorstel geschreven tot aanpassing van de werkwijze.
  - b. Concept voorstel bespreken met professionals.
  - c. Bijstelling voorstel tot aanpassing.
4. Uittesten van nieuwe werkwijze in de praktijk
  - a. De professionals van CJG/JONG-XL testen gedurende een aantal maanden de aangepaste werkwijze uit en maken hiervan verslag.
  - b. Bespreking van ervaringen met nieuwe werkwijze bij de interventie.
  - c. Vaststelling succes/faalfactoren.
5. Het schrijven van handvatten
  - a. Aan de hand van de succes/faalfactoren die in fase 4 naar voren zijn gekomen worden instructies beschreven over alle aspecten van de werkwijze rond een vorm van pedagogische ondersteuning.
  - b. Schrijfcyclus met meeleesgroep relevante betrokkenen.

6. Ontwikkelen interculturele competenties
  - a. Ontwikkelen trainingsmodule op basis van bevindingen in fase 4.
  - b. In totaal 3 pilot-trainingen voor diverse groepen medewerkers.
  - c. Op basis van evaluatie aanpassen en beschrijven training zodat deze overdraagbaar is.
  
7. Afronding
  - a. Evaluatie project. en procesverslag
  - b. Aansluiting overkoepelende activiteiten.

Gezien de stagnaties in het verloop en de daaruit voortvloeiende voortijdige beëindiging van het project, is het slechts mogelijk geweest de stappen 1, 2 en 3 deels te doorlopen. Daarnaast is een eerste uitlijning van 5 'schrijven van handvatten' uitgewerkt. Omdat stap 4 niet is uitgevoerd zijn de handvatten gebaseerd op de resultaten van stap 3. Deze rapportage betreft dan ook alleen de resultaten van de inspanningen die Pharos ook daadwerkelijk heeft kunnen leveren.

## 2. Situatieschets interculturalisatie

### 2.1. Demografie en achtergrond

Op dit moment is bijna een kwart van de Nederlandse jeugd van allochtone herkomst, oplopend tot meer dan de helft in de grote steden. De gemeente Rotterdam telt in 2009 587.161 inwoners, waarvan 275.383 allochtonen<sup>1</sup>. Het merendeel hiervan, namelijk 214.046, bestaan uit niet-westerse allochtonen. In onderstaande tabel is de ontwikkeling in de etnische samenstelling van de gemeente Rotterdam over de periode 2000-2009 weergegeven.

#### Etnische samenstelling bevolking Rotterdam<sup>2</sup>

Etniciteit	2000	2005	2009
Surinamers	50.053	52.521	52.206
Antillianen	15.593	20.026	20.261
Kaapverdianen	14.377	15.123	15.103
Turken	40.277	45.029	46.203
Marokkanen	30.238	36.145	38.158
Overig niet-westers	30.184	40.675	42.115
Autochtonen <sup>3</sup>	355.438	327.761	311.778
Overige landen EU <sup>4</sup>	30.937	31.784	33.909
Overig westers	25.563	27.533	27.428
<b>Totaal</b>	<b>592.660</b>	<b>596.597</b>	<b>587.161</b>

Beide aandelen van de bevolking naderen elkaar steeds verder, een ontwikkeling die al over een veel langere periode plaatsvindt. Uit de tabel blijkt dat over de betrekkelijk korte periode van 2000 tot 2009 deze ontwikkeling zich heeft voortgezet.

Het relatieve aandeel van de autochtone bevolking nam met 6,9% af en het relatieve aandeel van de allochtone bevolking nam met hetzelfde percentage toe. Als de ontwikkeling

<sup>1</sup>Onder allochtoon verstaan we: Een persoon die woonachtig is in Nederland en van wie tenminste één ouder is geboren in het buitenland. Wie zelf in het buitenland is geboren hoort tot de eerste generatie, wie in Nederland is geboren hoort tot de tweede generatie (definitie CBS). <http://www.cos.rotterdam.nl>; publicatiedatum statistiek 06-05-2009.

<sup>2</sup>Bron: Gemeentelijke Basis Administratie Rotterdam & Publiekszaken, bewerking COS Centrum voor Onderzoek en Statistiek, 23-04-09 (D03)

<sup>3</sup>Autochtoon (def. CBS): persoon van wie de beide ouders in Nederland zijn geboren.

<sup>4</sup>Europese Unie\_2007: De samenstelling van de Europese Unie per 1 januari 2007: België, Bulgarije, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Roemenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

zich in dit tempo voortzet, zal over zo'n vijf jaar het grootste deel van de Rotterdamse bevolking van etnisch allochtone herkomst zijn.

Op dit moment zijn er 20.261 Antillianen geregistreerd in Rotterdam<sup>5</sup>. Zij vormen in aantal de vierde grote minderheidsgroep in Rotterdam na Surinamers, Turken en Marokkanen. Rotterdam heeft daarmee de grootste populatie Antillianen Nederland, op afstand gevolgd gevolgd door Den Haag met circa 10.000 Antillianen.

Antillianen hebben, net als Turken en Marokkanen, een lange migratiegeschiedenis in Nederland. Anders dan bij Turken en Marokkanen – bij wie het vooral om arbeidsmigratie ging - kwamen aanvankelijk vooral Antillianen uit de sociale toplaag naar Nederland, met als doel een goede opleiding of baan te vinden. Vanaf eind jaren '80 kwam er een nieuwe stroom laagopgeleide jongeren zonder ouders, met name uit Curaçao. Deels wonen zij bij familie, deels pendelen ze op en neer tussen de Antillen en Nederland, zonder vaste woon- of verblijfplaats. De laatste jaren komen er ook veel alleenstaande (tiener) moeders naar Nederland (Pool et. al. 2005<sup>6</sup>).

## 2.2. Antilliaanse opvoeding in Nederland

De Antilliaanse opvoeding bestaat niet, net zomin als de Nederlandse opvoeding. Het gaat meer om 'cultuurgebonden opvoedingswaarden die kenmerkend zijn voor de Antilliaanse cultuur'<sup>7</sup>. Binnen de opvoedingssituatie zijn echter wel een aantal kenmerken te onderscheiden die een risico kunnen vormen voor een gezonde ontwikkeling van de Antilliaanse jeugd. Voor CJG's die opereren in Rotterdamse wijken met veel Antillianen, leveren deze kenmerken belangrijke informatie op.

- a. *Eenoudergezinnen*: Antilliaanse gezinnen zijn veelal eenoudergezinnen met een alleenstaande (tiener) moeder aan het hoofd van het gezin.<sup>8</sup> De vader is vaak afwezig, en ook zijn er vaak kinderen van meer dan één vader in een gezin. Op de Antillen wordt de moeder bij de opvoeding ondersteund door haar familie en kennissen, maar in Nederland lijkt dit sociale netwerk minder te voldoen, aangezien het versnipperd is geraakt. Tegelijkertijd zeggen Antillianen zelf dat ze wel degelijk gebruik maken van deze netwerken.
- b. *Waarden en normen*: Kook en Vedder constateren dat ouders op zoek gaan naar richtinggevende normen en waarden voor de opvoeding van de kinderen. Religie

---

<sup>5</sup>Met Antillianen wordt bedoeld: iedereen die afkomstig is van de Nederlandse Antillen. Men moet rekening houden met de variatie binnen deze groep; elk van de zes Antilliaanse eilanden heeft een eigen bevolkingssamenstelling en cultuur (Aartsma, M., M. Daal, J. van der Linden-Kwidama & I. Michèl Maria (2004). *Mi Tesoro. Rapportage Opvoedingsondersteuning aan Antilliaanse gezinnen in Zuid-Holland en Haaglanden*. JSO, Gouda.

<sup>6</sup>Pool, M., P. Geense & N. Lucassen (2005). *Allochtone Gezinnen: Opvoeding van Tieners*. NGR Den Haag.

<sup>7</sup>Bronnen die hiervoor gebruikt zijn, zijn *Mi Tesoro* (2004); *Vedder* (1995); *van der Zwaard* (1999) en *Kook en Vedder* (1998)

<sup>8</sup>Tienermoederschap komt in Rotterdam het vaakst voor bij Antilliaanse moeders. Op 01-01-2008 hadden 14 op 100 Antilliaanse vrouwen van 15 tot 22 jaar een kind (242), waarvan 62% tienermoeders was (150). Voor de totale groep vrouwen van 15 tot 22 was dat 5 op 100, waarvan 17% tienermoeder. Bron:

<http://cos.rotterdam.nl/Rotterdam/Openbaar/Diensten/COS/Publicaties/PDF/08-2840%20Jonge%20moeders%20in%20Rotterdam.%20Stand%20van%20zaken%202008.pdf>

kan een belangrijk houvast geven voor de opvoeding van kinderen. Verdere kernwaarden in de opvoeding zijn: respect, eerlijkheid, gastvrijheid en sociaal gedrag. Dit kan conflicteren met de mondigheid en vrijheid waarmee kinderen in Nederland worden opgevoed. Antilliaanse opvoeders hechten vooral ook aan discipline en fatsoensnormen, terwijl de Nederlandse aan zelfstandigheid en zelfredzaamheid prioriteit geven. Door deze fatsoensnormen komt het wellicht ook dat er weinig tot geen seksuele voorlichting wordt gegeven door Antilliaanse opvoeders, met alle gevolgen als tienerzwangerschappen van dien. Meisjes worden bovendien strenger opgevoed dan jongens.

- c. *Communicatie binnen het gezin*. Antilliaanse ouders praten relatief weinig met hun kinderen, en veel in de gebiedende en verbiedende wijs. Een Antilliaans kind dat vragen stelt wordt daarbij ook al snel ervaren als brutaal en lastig. Volgens Römer is dit niet bevorderlijk voor de communicatieve ontwikkeling van het kind; het leert daardoor luisteren noch praten.
- d. *Materiële zaken*: Ook de financiële en materiële zorg staat hoog in het vaandel. Ouders willen hun kinderen geven wat ze zelf hebben gemist. Aangezien veel Antillianen maar beperkte financiële middelen hebben, heerst er veel schuldenproblematiek in de Antilliaanse gemeenschap. Ook leeft men vaak in slechte behuizing en verpauperde buurten.
- e. *Opvoeding en onderwijs*: Binnen de Antilliaanse gemeenschap wordt onderwijs van belang geacht voor de toekomst van kinderen. Deze ouders ervaren beperkingen in de begeleiding van schoolwerk of schoolloopbaan, onder andere voortkomend uit een slechte beheersing van de Nederlandse taal. In samenhang daarmee is de relatie met de school niet altijd positief.
- g. *Gène en schaamte*: Een complicerende factor bij de verschillen in opvoedstijlen is het feit dat Antillianen niet gewend zijn om te praten over hun eigen opvoedwaarden en moeite hebben om twijfels of onzekerheden over de opvoeding te uiten (vuile was). Daarnaast hebben zij van huis uit geleerd hun eigen problemen op te lossen. Mede hierdoor zullen zij niet snel een hulpvraag formuleren, een gegeven dat de hulpverlening tegen komt bij verschillende migrantengroepen (Bekkema 2007).

Het beeld is echter niet zo eenduidig als het tot nu toe lijkt. De diversiteit binnen de Antilliaanse gemeenschap is groot. Opvoeders uit de tweede generatie vertonen bijvoorbeeld meer overlap met autochtoon Nederlandse opvoedingswaarden dan die uit de eerste generatie (Distelbrink et al, 2005)<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>Distelbrink, M. en E. Hooghiemstra (2005). *Allochtone gezinnen. Feiten en Cijfers*. NGR Den Haag.

### 2.3. Gezondheid

Evenals bij veel migranten gaat het met een groot deel van de Antilliaanse gemeenschap in Nederland gewoon goed – ook met de jongeren. Maar alleen al vanwege de omstandigheden moeten migranten in het algemeen en Antilliaanse migranten in het bijzonder gerekend worden tot de risicogroepen<sup>10</sup> in de Nederlandse samenleving. Veel van hen kenmerken zich door een lage sociaal economische status, psychische en sociale problemen en missen een zinvolle dagbesteding. Daarbij staan (Antilliaanse) migranten voor de taak hun kinderen op te voeden op het snijvlak van twee culturen en dat is – zoals de hierboven genoemde risicofactoren aangeven - geen eenvoudige taak. Een en ander blijkt een bron van gezinsconflicten en opvoedingsonmacht bij de ouders die kunnend escaleren tot huiselijk geweld, verwaarlozing, misbruik en mishandeling. Naast deze risicovolle gezinssituatie hebben jonge migranten veelal te maken met twee talen, cultuurspecifieke verwachtingen en afwijzing door de omgeving. De taalproblematiek vormt een nadrukkelijk aandachtspunt, al wordt dit ten aanzien van de Antilliaanse groep wel eens onderschat. Hoewel het Nederlands de officiële taal is op de Nederlandse Antillen, hanteert maar een zeer beperkt percentage van de Antilliaanse bevolking het Nederlands als moedertaal.

De gevolgen van de genoemde risicofactoren met betrekking tot de gezondheid blijven niet uit. Een derde van de allochtone jeugd heeft te maken met meer of minder ernstige ontwikkelingsproblemen. Psychiatrische problemen komen bij de allochtone jeugd drie maal zo vaak voor als bij hun autochtone leeftijdsgenoten. Bij onvoldoende adequate aanpakken van risico's en problemen is de kans groot dat deze leiden tot probleemgedrag, uitval binnen het onderwijs en de samenleving, marginalisatie en jeugdcriminaliteit. Dit is voor de Antilliaanse jeugd niet anders. Een groot deel van de Antilliaanse jeugd heeft in Nederland nauwelijks betere vooruitzichten dan op de Antillen. Zij kenmerken zich onder andere door een relatief hoog percentage voortijdige schooluitval, grensoverschrijdend gedrag en werkeloosheid. Veel jongeren hebben geen diploma en kunnen daardoor moeilijk aan werk komen. Zo heeft in Rotterdam meer dan een kwart van de Antillianen boven de 18 jaar (27,5%) een bijstandsuitkering. Dat is ruim drie keer zo veel als gemiddeld in Rotterdam (8,8%) in dezelfde leeftijdscategorie. Verder maken zij zich meer dan anderen schuldig aan criminaliteit en overlast. In vergelijking met de autochtone bevolking komt deze groep vijf keer vaker in aanraking met de politie. Opvallend hierbij is de grote gewelddadigheid waarmee hun acties gepaard gaan.

### 2.4. Risicofactoren ten aanzien van kwalitatief goede zorg

De 'Antillianenproblematiek' staat daarom hoog op de Rotterdamse politieke agenda. Dat betekent echter niet dat Rotterdam de ogen sluit voor de andere bevolkingsgroepen. Rotterdam is als één van de belangrijkste havensteden ter wereld vanzelfsprekend een smeltkroes van culturen. Diversiteit is een inherent kenmerk van de stad.

---

<sup>10</sup>Enige voorzichtigheid is hier geboden. Bij het bepalen van 'risicogroepen' wordt uitgegaan van zogenaamde 'indicatoren' (herkomst, inkomen, huisvesting, opleidingsniveau, werkloosheid, enzovoort). Dit zijn factoren die statistisch in verband gebracht kunnen worden met psychosociale en fysieke gezondheidsproblemen, maar die weinig tot niets zeggen over individuele gevallen. Anders gezegd, iemand kan tot een 'risicogroep' horen zonder daadwerkelijk een verhoogd risico te lopen.

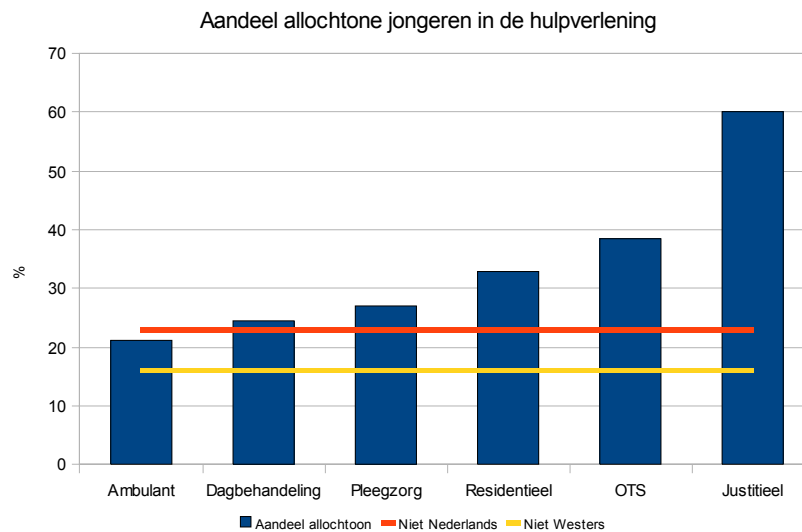
Voor het welslagen van de CJG's is een goed contact tussen voorzieningen, allochtone ouders en hun

kinderen een belangrijke succesfactor, vooral vanuit het oogpunt van preventie.

Van een adequate en sluitende aanpak is in veel van de jeugdvoorzieningen in Nederland op dit moment nog geen sprake. De zorgsector kent een oververtegenwoordiging van

allochtone jeugd in de zwaardere

zorgvormen. In de lichtere zorgvormen lijkt de allochtone jeugd proportioneel goed vertegenwoordigd, maar dit blijft beperkt tot de consultatiebureaus en huisartsen. De grafiek geeft een duidelijk beeld van de percentages. Bij de interpretatie van de grafiek dient te worden overwogen, dat allochtone kinderen en jongeren op allerlei gebieden substantieel meer problemen hebben dan autochtone kinderen en jongeren.<sup>11</sup> Een en ander leidt tot de conclusie dat migranten ouders en jongeren de zorg vaak niet vroeg genoeg 'vinden' – of niet vroeg genoeg 'worden gevonden'. Als ze wel vroeg genoeg in de zorg komen, is de aanpak veelal niet succesvol genoeg.



De oorzaken voor het gebrek aan succes van vroegtijdige interventies moeten we zoeken in:

1. de bereikbaarheid van de doelgroep;
2. de toegankelijkheid van de voorzieningen;
3. de aansluiting van aanbod en behoefte.<sup>12</sup>

### Bereikbaarheid

In Rotterdam is de ervaring dat de bereikbaarheid van de Antilliaanse jeugd en ouders onvoldoende is. De termen 'moeilijk bereikbare/toegankelijke doelgroepen', zijn gangbaar in de zorg, maar wekken de schijn dat deze groepen voor iedereen onbereikbaar zijn. Waar het op neer komt is dat een instelling hen moeilijk kan bereiken. Het betekent daarentegen niet dat bijvoorbeeld familieleden, burenen, een kerk of moskee dit ook niet kunnen. Daarnaast wekken deze termen de schijn dat de 'moeilijke bereikbaarheid' te wijten is aan factoren die alleen met de ouders, jeugdigen en gezinnen in kwestie te maken hebben. Een instelling zelf

<sup>11</sup> Zie voor meer informatie hierover: G.W.J.M. Stevens, T.V.M. Pels, W.A.M. Vollebergh, L. Bengi-arslan, F.C. Verhulst, & A.A.M. Crijnen (2005). Emotionele problemen en gedragsproblemen bij Marokkaanse, Turkse en Nederlandse 4- tot 18-jarigen in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 47, 11. Cor van Hal (2003) Psychosociale problemen van allochtone jongeren en het behandelaanbod van de GGZ. *Universiteit van Nijmegen*. C.T.M. Schrijvers & C.G. Schoemaker (2008) Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. *RIVM Rapport 270232001/2008*

<sup>12</sup> Het is een teken aan de wand dat van de migranten die gebruik maken van het reguliere zorgaanbod, 50% voortijdig afhaakt.

kan evengoed ‘moeilijk bereikbaar zijn’ om de doelgroep te bereiken.<sup>13</sup> Dus moeilijk bereikbaar betekent in het dagelijks gebruik vooral “**voor óns moeilijk bereikbaar**”. De volgende factoren hebben hiermee te maken:

#### *Informatie*

Migranten ouders en jongeren kennen de mogelijkheden van zorginstellingen en algemene voorzieningen vaak onvoldoende, of hebben daar een onjuiste voorstelling van. Het CJG is nieuw; ook voor autochtonen is veelal nog onduidelijk wat ze er van kunnen verwachten. Daarbij blijkt dat - hoewel er al veel bekend is over gezondheidsachterstanden, risicofactoren en achterblijvend zorggebruik van migranten - medewerkers van gemeenten en lokale zorgvoorzieningen daarvan nog weinig op de hoogte zijn. De praktijk wijst uit dat het ook moeilijk is om ‘boeken-kennis’ en beleid te vertalen naar de dagelijkse praktijk.

#### *Voorlichting*

De gangbare voorlichtingsmiddelen en activiteiten bereiken migranten ouders en jongeren vaak onvoldoende en zijn daarmee niet effectief. Factoren die hierbij een rol spelen zijn de taal, aanspreking en interpretatie. Zo blijkt dat brieven vaak ongelezen in de prullenbak verdwijnen. De ervaring leert dat voorlichting bij deze groepen het beste informeel en op persoonlijke basis kan gebeuren. Gesprekken in het buurthuis, op koffie ochtenden en in de kerk of moskee lijken aangewezen media hiervoor.

*“De contacten kunnen het best via school worden gezocht, want dan ben je er al, en als er iemand is dan kun je er naar toe. Dan heb je dus al contact en dan krijg je een naam door of zo...”*“Het is belangrijk dat er ook andere leuke kinderen komen”

#### *Vertrouwen*

Migrantenouders en jeugd hebben niet altijd voldoende vertrouwen in de Nederlandse zorg en zorgverleners. Deels heeft dit te maken met onjuiste voorstellingen en verwachtingen die zij uit gebrek aan (juiste) informatie hebben. Ook negatieve ervaringen spelen een rol. Voorbeelden hiervan zijn: onbegrip, gebrek aan respect of angst dat de kinderen worden afgenomen.

Daarnaast speelt dat allochtone hulpvragers bij voorkeur een beroep doen op informele hulpbronnen uit eigen kring. Dit heeft te maken met de - cultureel bepaalde- beelden (vaak afwijkend van de gangbare westerse) ten aanzien van gezondheidsklachten, mogelijke oorzaken en welke behandeling zal helpen.

*“Als je problemen hebt met je kinderen, dan ga je er niet mee naar buiten, of hulp zoeken in een Centrum. Dan denk je ‘oh, ik wil eigenlijk niet dat andere mensen dit weten’ (moeder)*

#### **Toegankelijkheid**

De Rotterdamse zorgorganisaties lijken even als die in de rest van het land een drempel op te roepen bij migranten. Dat heeft in het algemeen te maken met de volgende factoren:

#### *Imago*

Zorginstanties worden vaak gezien als ‘witte’ organisaties die kennelijk niet bedoeld zijn voor migranten. Ook de fysieke omgeving wordt als ‘wit’ ervaren. Dat loopt uiteen van de gebouwen en ruimtes tot de ontvangst en de gastvrijheid. CJG’s worden over het algemeen

---

<sup>13</sup>Dogan G., A. van Dijke, L. Terpstra (2005)

geassocieerd met ‘hulpverlening bij problemen’. Migrantenouders en jeugd willen niet worden gezien en herkend als ‘iemand die problemen heeft’.

#### *Beleid*

Het wordt meer en meer duidelijk dat bestaande aanpakken niet vanzelfsprekend toegankelijk en effectief zijn voor migranten. Desondanks houden voorzieningen hier in hun beleid vaak nog te weinig rekening mee. De gemeente Rotterdam is – evenals gemeenten als Almere, Zaanstad en Utrecht – bezig haar beleid hierop aan te passen, door middel van onderzoek, experimenten en pilots.

#### *Personeel*

Doorgaans vormen medewerkers geen weerspiegeling van de cliëntenpopulatie. Er zijn vaak nog weinig allochtone professionals in dienst. Veel ervaren hulpverleners zijn vaak wel competent in het omgaan met migranten. Met name zij die al jaren met deze doelgroep werken. Maar zeker beginnende professionals hebben vaak onvoldoende kennis en vaardigheden om migranten de zorg te bieden die zij nodig hebben. In de praktijk mondt dit vaak uit in een te starre of juist een te weinig daadkrachtige houding, waarbij de focus ligt op wat er fout gaat. Dat kan er op wijzen dat de kennis en ervaring die door hulpverleners in de loop der jaren is opgebouwd, nog onvoldoende wordt overgedragen aan de nieuwkomers. Ten slotte ervaren professionals vaak onvoldoende draagvlak en steun van hun organisatie om extra te investeren in deze doelgroep.

#### *Regelgeving*

Migranten lopen vaak vast op de onoverzichtelijkheid en hoeveelheid aan regels en protocollen. Dit begint al bij de indicatie; verder in het proces kunnen migranten afhaken door de vaak lange wachttijden en onduidelijke verwijzingen. Het kost al moeite om de stap naar de hulp te maken, men raakt vervolgens gedemotiveerd als het te lang duurt eer de hulp begint.

#### **Aansluiting**

Ten slotte speelt ook de aansluiting van aanbod en behoefte in Rotterdam een grote rol. Daarbij spelen de volgende factoren een rol:

#### *Inzicht*

Evenals bij de bereikbaarheid geldt ook hier dat er doorgaans onvoldoende inzicht is in de problemen en zorgbehoefte van migranten. Valide instrumenten voor vroegsignalering en een systematische afname hiervan bij deze doelgroep zouden dit knelpunt op kunnen lossen. Van de bestaande instrumenten is echter onduidelijk of ze ook toepasbaar zijn voor migranten. In de praktijk is vaak sprake van een hoge non-response: veel vragen worden niet begrepen, opengelaten of onjuist ingevuld. Vrijwel altijd worden somatische klachten genoemd, soms als vertaling van psychosociale problemen of risicofactoren in de omgeving.<sup>14</sup> Meer dan autochtone ouders ervaren migranten dit als zaken die ze liever niet als zodanig willen benoemen.

#### *Vraagontwikkeling*

Rotterdam ervaart dat het niet eenvoudig is om tot een goed vraag verheldering te komen in kader van een diagnose en indicatie stelling.

Het volgende voorbeeld geeft inzicht in dit probleem:

---

<sup>14</sup>Uit onderzoek van het CBS blijkt dat allochtone ouders meer psychosociale problematiek bij hun kinderen melden, dan de professionals. (CBS (2008) *Gezondheid in cijfers*).

Uit onderzoek blijkt dat er onder migranten bijvoorbeeld veel behoefte bestaat aan ondersteuning bij de opvoeding. Deze behoefte leidt echter zelden tot een concrete hulpvraag, die bij de formele hulpverlening wordt neergelegd. Dat heeft deels te maken met de superspecialisatie in de Nederlandse hulpverlening, waarbij elk probleem op zichzelf wordt genomen. (Denk aan de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).)

*“Ik heb een leidraad nodig, waar ik me aan vast kan houden. Welke voeding is goed, hoe moet de ontwikkeling zijn, hoeveel moet het kind gegroeid zijn. Als ik dan twijfel kan ik naar een hulpverlener.” (moeder)*

### Matching

De aansluiting tussen vraag en aanbod komt – mede door het gebrek aan inzicht in problemen en zorgbehoeften en de gebrekkige vraagontwikkeling – vaak slecht tot stand. In Rotterdam is de ervaring dat de aangeboden interventies niet goed verlopen.

De Antilliaanse ouders in Rotterdam:

- lijken onvoldoende gemotiveerd om deel te nemen: ze komen niet meer op een volgende bijeenkomst of geven aan dat ze onvoldoende hulp hebben ontvangen;
- ervaren dat problemen rond financiën en andere zaken overheersen, zodat andere problemen niet de eerste prioriteit hebben;
- lijken de geleerde vaardigheden niet vast te kunnen houden.

Deze ervaringen hebben onder andere te maken met het gegeven dat het Nederlandse systeem vooral gericht is op mensen die hulp zoeken bij *een welbepaald* probleem:

financiële problemen? ⇒ schuldsanering!  
 psychische problemen? ⇒ therapie!  
 opvoedingsproblemen? ⇒ opstapje!  
 huisvesting? ⇒ woningbouw!  
 fobie? ⇒ gedragstherapie!

...

Veel mensen van allochtone herkomst zoeken echter een vertrouwenspersoon, iemand waar ze met het totale plaatje aan vragen, problemen en zorgen terecht kunnen. Er zijn al veel initiatieven gestart om aan deze wens – die overigens niet alleen bij allochtonen leeft – tegemoet te komen. Denk bijvoorbeeld aan de gezinscoach, de casemanager en aan de Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT).

Rotterdam heeft in verlengde van de ervaren problematiek veel initiatieven in gang gezet om de bereikbaarheid, toegankelijkheid en aansluiting te bevorderen. Een van die initiatieven is ‘de interventieverpleegkundigen’ die er voor zorgen dat de Antilliaanse jeugd en ouders beter bereikt worden. De volgende paragraaf gaat hier verder op in.

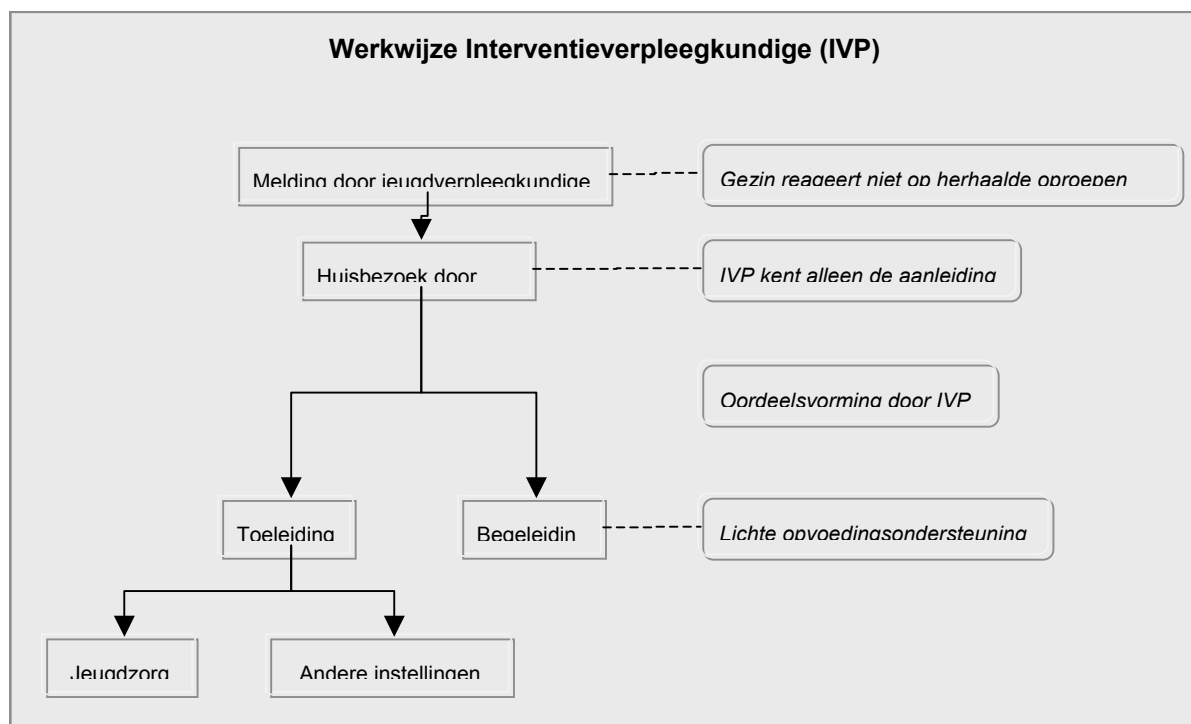
### 3. Werkwijze interventieverpleegkundige

Als opmaat voor de verbetering van de interculturele kwaliteit van de werkzaamheden van het CJG, werd de werkwijze van de interventieverpleegkundige (IVP) in Rotterdam doorgelicht. Dit gebeurde door middel van gesprekken met interventieverpleegkundigen. Daarnaast werd één interventieverpleegkundige op de voet gevolgd bij zijn huisbezoeken aan aangemelde gezinnen. Voor de IVP is gekozen om diverse redenen. De IVP-er

- A. speelt een belangrijke rol in de uitvoering van het werk van de jeugdgezondheidszorg, die de kern vormt van het CJG;
- B. intervenueert 'outreaching' en actief bij risicogezinnen, waaruit naar verwachting succesfactoren te destilleren zijn voor een beter bereik van Antillanen; en
- C. komt intensief en face-to-face in aanraking met (de problematiek van) Antilliaanse en andere allochtone gezinnen. Daardoor kan het perspectief van de doelgroep direct worden betrokken bij de doorlichting van de werkwijze.

#### 3.1. Werkwijze

De interventieverpleegkundige is een nieuw ontwikkelde functie binnen het aanbod van de jeugdgezondheidszorg in Rotterdam. Interventieverpleegkundigen hebben als specifieke taak 'zorgmijders' te motiveren middels huisbezoeken om met hun kind naar periodieke controles te komen. Daarnaast worden de interventieverpleegkundigen ingezet voor het bieden van lichte opvoedingsondersteuning. De ontwikkeling van deze functie loopt parallel aan de doelstelling binnen het actieprogramma 'Ieder kind wint' om te komen tot een maximaal bereik van de jeugdgezondheidszorg. In de figuur is de globale procedure weergegeven, die de interventieverpleegkundige doorloopt.



De IVP heeft als doel om een cliënt waar zorgen over zijn naar de jeugdverpleegkundige toe te leiden en/of zo nodig naar de reguliere jeugdzorg. De IVP brengt versnelling in het proces. Om dit doel te bereiken, zet de IVP in op het creëren van een vertrouwensband met de cliënten en probeert hij de cliënten zich op hun gemak te laten voelen. Hij maakt duidelijk dat zij niet aanwezig is om de cliënt te controleren of te beoordelen maar uit interesse en betrokkenheid. De IVP maakt ook duidelijk dat als de cliënt naar de GGD gaat, daar gelijksoortige gesprekken plaats vinden.

De IVP krijgt van de jeugdverpleegkundige een formulier met NAW-gegevens van het gezin en de aanleiding voor de melding. Nadat hij de melding heeft gekregen van de jeugdverpleegkundige van de JGZ, gaat de interventieverpleegkundige onaangekondigd op bezoek bij het gezin voor een eerste huisbezoek. Het komt voor dat hij drie of vier keer langs moet gaan, voordat hij iemand thuis aantreft. Hij kondigt zijn komst niet van tevoren aan, omdat het gezin wellicht zorgmijdend is. Van 'zorgmijders' is bekend dat zij expliciete afspraken vaak niet nakomen.

De IVP begint het eerste gesprek met een uitleg over de bedoeling van het bezoek. Hij vraagt in elk geval waarom de cliënt niet op de brief van GGD heeft gereageerd (Meestal blijkt dat de ouders de brief niet hebben gelezen).

### Eerste huisbezoek

Het eerste bezoek bestaat uit vier belangrijke onderdelen, die samen het uiteindelijke doel van de interventieverpleegkundige dienen: de cliënt terug leiden naar de JGZ en eventueel toeleiden naar de Jeugdzorg.

1. **Geen verwachtingen.** Voordat de IVP naar een bepaalde cliënt gaat, heeft zij geen verwachtingen en geen oordelen. Daar zorgt zij voor, door behalve van de aanleiding voor de melding, geen kennis te nemen van het dossier van de cliënt (zo dat al bestaat). Op deze manier kan zij heel veel informatie opnemen, zonder het gesprek een bepaalde richting te geven.

#### *Voorbeeld*

*Een gezin waarbij geen sprake was van ernstige problemen. De IVP begint vragen te stellen aan de moeder en daaruit bleek dat zij heel veel controle over haar kinderen uitoefent. Ze bleek ook behoorlijk angstig te zijn. Door een aantal vragen te stellen aan de moeder zoals "Wat doet u als de kinderen niet naar u luisteren?" bleek dat de moeder behoorlijk angstig en overbezorgd is.*

*Ook observaties helpen daarbij. Bijvoorbeeld:*

*De IVP ziet dat gordijnen gesloten zijn en de moeder heeft zich letterlijk en figuurlijk van buitenaf afgesloten. Daaruit concludeert hij dat de moeder angstig is en hij vraagt: "Waar bent u bang voor?"*

*Door deze vraag te stellen, krijgt hij veel informatie over de toestand van de moeder en tegelijkertijd vormt het een aanleiding om tips en adviezen aan de moeder te geven.*

2. **De situatie in kaart brengen.** Er wordt globaal naar de thuissituatie gevraagd. Bijvoorbeeld, de gezinsamenstelling, financiële situatie, werk van de ouders. Vervolgens bespreekt de IVP alle kinderen aan de hand van vragen als; hoe gaat het op school, hoe gaat het met de opvoeding, wat zijn de hobby's, hoe is het met de sociale contacten, waar slapen de kinderen, waar spelen ze, enzovoort. Tevens wordt naar situatie van de

ouders gevraagd. Bijvoorbeeld, sociale netwerk van moeder, werk, inkomsten, enzovoort.

- 3. Probleem erkenning.** De IVP probeert door vragen te stellen de cliënten te helpen om inzicht te krijgen in hun problemen. Er hoeft niet altijd sprake te zijn van een probleem, maar als de IVP merkt dat dat wel het geval is, dan worden er vragen gesteld om de cliënt te helpen om inzicht te krijgen in zijn/haar probleem .

*Voorbeeld:*

*Bij een alleenstaande moeder die angstig lijkt te zijn. De IVP probeert eerst om de situatie in beeld brengen door simpele vragen te stellen:*

- *Hoe gaat u naar uw werk?*
- *Waar blijven de kinderen als u werkt?*

*Uit de antwoorden bleek dat de moeder door een van haar kinderen naar haar werk gebracht wordt, omdat ze niet alleen naar buiten durft.*

*De IVP geeft aan dat deze situatie niet wenselijk voor de ontwikkeling van de kinderen. Op die manier zet de IVP de moeder aan het denken.*

- 4. Informatie geven.** De IVP geeft advies en tips over de opvoeding van kinderen, financiële problemen, aanbod van hulpinstanties, enzovoort. Wat opvalt bij de aanpak van de IVP, is dat tijdens het huisbezoek heel veel informatieoverdracht plaats vindt. Door veel uitleg en informatie te geven, probeert de IVP de cliënt over de drempel te helpen. Er wordt ook informatie gegeven over de JGZ. De IVP legt uit dat de JGZ niet alleen kijkt of de kinderen zich lichamelijk goed ontwikkelen, maar ook of ze zich sociaal, emotioneel en anderszins goed ontwikkelen. De ouders kunnen ook bij vragen over alles wat hen bezig houdt in de opvoeding en ontwikkeling de JGZ raadplegen. Met name deze informatie wordt keer op keer herhaald gedurende de huisbezoeken.

### **Vervolggesprekken**

De IVP voert maximaal 3 à 4 gesprekken met een cliënt. Na het eerste bezoek worden de afspraken vervolgd op het bureau en niet meer bij de cliënt thuis. Bij deze gesprekken worden ook andere disciplines betrokken. In veel gevallen vindt er daarna een doorverwijzing plaats naar de JGZ , Bureau Jeugdzorg of een andere instelling. In de meeste gevallen zijn de cliënten niet blij om naar een andere instantie door verwezen te worden, omdat verwijzen vaak gezien wordt als afwijzen. In sommige gevallen maakt de IVP zelf een afspraak voor de cliënt en vraagt wanneer de cliënt tijd heeft om naar de jeugdverpleegkundige te gaan.

### **Succesfactoren**

Uit de werkwijze van interventieverpleegkundigen zijn een aantal succesfactoren te destilleren die de bereikbaarheid van en de toegankelijkheid en aansluiting bij de Antilliaanse/migrantendoelgroep bevorderen.

### **Bereik**

1. Rekening houden met de gezinssamenstelling. Deze is vaak anders dan dat je als autochtone Nederlander vanzelfsprekend verwacht. Het gaat veelal om alleenstaande, jonge moeders met meerdere kinderen, die vaak verschillende vaders hebben.
2. Rekening houden met de wijze waarop Antilliaanse ouders gewend om hun (gezondheids)problemen op te lossen. Die lossen ze namelijk bij voorkeur zelf op en

praten hier liever niet over met anderen. Als ze al om hulp vragen, zullen ze dat veelal binnen het informele netwerk doen. Ze staan op voorhand niet positief tegen bemoeienis (anders dan medisch) van formele hulpverleners. Dit kan het in kaart brengen van de situatie en de probleemerkenning bemoeilijken.

3. Outreachend werken waarbij een 'face to face' benadering tot stand komt. Deze werkwijze heeft hier de voorkeur. Hierdoor is het mogelijk om een voorkomend gebrek aan vertrouwen op te heffen en de ouders en jeugd te informeren over mogelijkheden die zij hebben in aansluiting op de door hen ervaren problemen.
4. De 'wijzende vinger' vermijden. Deze ouders en jeugd hebben vaak het gevoel dat ze gecontroleerd worden. *'Ik hoor altijd dat ik het niet goed genoeg doe'*. Probeer dat gevoel weg te nemen door op een open en eerlijke manier met hen te praten; aan te sluiten bij het perspectief waarvanuit zij naar de (probleem)situatie kijken en door in te zetten op het creëren van de benodigde vertrouwensband.

### **Toegankelijkheid en aansluiting**

5. Rekening houden met het perspectief van de ander. Migranten hebben vaak andere ideeën over de opvoeding van hun kinderen dan dat de 'gemiddelde westerse zorgverlener' die heeft. Probeer bij de analyse van de situatie achter die ideeën te komen. Op basis daarvan kunnen in het gesprek zo nodig concrete aanwijzingen aan de ouders gegeven worden over alternatieve manieren van omgaan met en de opvoeding van de kind. Veel ouders hebben geen idee dat er alternatieven zijn en voor zover ze dat wel weten, zijn ze niet zonder ondersteuning in staat om de eigen opvoeding aan te passen.
6. Rekening houden met voorkeuren. Informele contacten en voorzieningen worden vaak positiever gezien dan institutionele. Informele voorzieningen zijn vaak laagdrempelig, niet beangstigend en niet stigmatiserend. Denk daarbij aan bijvoorbeeld 'een vrouwen salon', 'thee schenken voor kinderen' en 'koken'.
7. Serieus nemen van angsten. Migranten/Antilliaanse ouders zijn vaak bang voor de Jeugdzorg, omdat ze vrezen dat hun kinderen worden afgepakt en uit huis geplaatst. Dit is een hardnekkig beeld dat bijna niet weg te nemen is, temeer daar er een kern van waarheid in zit (38% van de OTS-en wordt uitgesproken over allochtone gezinnen. Dat is statistisch gesproken ruim meer dan je zou verwachten.
8. Duidelijk informeren over mogelijkheden en onmogelijkheden. Voorlichting zal ook moeten gaan over wat de ouders en jeugd kunnen hebben aan de JGZ en het CJG. Het belang hiervan wordt niet onderkend. De ouders begrijpen niet waarom hun kind na een eerste huisbezoek alsnog naar de JGZ of het CJG moet.

## 4. Handreikingen interculturalisatie CJG XXL Feijenoord

Het rapport besluit met een paragraaf handreikingen op strategisch, organisatorisch en operationeel niveau. Deze zijn gebaseerd op de volgende bronnen: interviews met professionals (m.n. interventieverpleegkundigen), observatie werkwijze interventieverpleegkundigen, focusgroepen Antilliaanse zelforganisaties, literatuur en andere projecten ter ondersteuning van gemeenten bij interculturalisatie door Pharos.

### A. Strategisch

#### Draagvlak en commitment betrokken partijen/organisaties

In een CJG werken professionals samen die in dienst zijn van verschillende organisaties. Organisaties die soms met elkaar concurreren. Gezamenlijkheid moet nog worden ontwikkeld. Juist bij interculturalisatieprojecten is het van groot belang dat er op bestuurlijk en management niveau een gezamenlijk draagvlak bestaat. De creatie hiervan zal een van de eerste stappen moeten zijn. Factoren als: onduidelijkheid over de posities van de diverse partijen en andere prioriteiten en deadlines hebben daarin een belemmerende werking.

#### Handreikingen

- In kaart brengen huidige situatie ten aanzien van de betrokken partijen wat betreft visie, ambities en beleid (splannen) ten aanzien van interculturalisatie van de zorg in het algemeen en de CJG's in het bijzonder. Identificeren van overeenkomsten en verschillen vooral waar het de noodzaak en omvang van interculturalisatie trajecten betreft.
- Als gemeente de betrokken partijen duidelijk informeren over de gemeentelijke visie op het belang en mogelijke vormgeving; geïllustreerd met feiten en voorbeelden over de over de ziektelast en het zorggebruik van migrantenouders en jeugd. Het is zinvol om hierbij niet uit te gaan van moeilijk oplosbare problemen, maar van realistische mogelijkheden.
- Investeren in de ontwikkeling van een gezamenlijk gedragen visie en implementatieplan. Rekening houden met de bestaande structuren levert grote voordelen op. Te meer wanneer de waarde/waardering van elke bijdrage nadrukkelijk wordt benoemd.

#### Draagvlak en commitment migrantengroep

Uit gesprekken met migrantenorganisaties, ouders en jongeren in andere steden blijkt dat zij welwillend zijn om hun kennis te delen en samenwerkingsverbanden aan te gaan met CJG professionals. Dat geldt ook voor Rotterdam, gezien bijvoorbeeld de strekking van het rapport Mi Tesoro (2004). Het rapport laat zien dat samenwerking met Antilliaanse sleutelfiguren en migrantenorganisaties onontbeerlijk is voor het welslagen van interventies. In de praktijk krijgt de participatie van migranten echter nog nauwelijks vorm. Zo geven Antilliaanse migrantenorganisaties aan dat men zich bij voorbaat al gediskwalificeerd voelt omdat men zich niet of onvoldoende betrokken voelt in de beleidsvorming rond de CJG's.<sup>15</sup> Dit zorgt voor een extra kloof die overbrugd moet worden in kader van het bevorderen van de bereikbaarheid, toegankelijkheid en aansluiting van het aanbod.

---

<sup>15</sup>Deze gesprekken zijn gevoerd in het kader van een interculturalisatietraject in Den Haag. Het bleek dat een aantal van de gesprekspartners niet alleen actief is in Den Haag, maar ook in Rotterdam en omstreken.

Handreikingen

- Dit begint bij het serieus nemen van de doelgroep Het komt regelmatig voor dat migrantenorganisaties worden benaderd als toeleveranciers van cliënten, informatie en draagvlak en minder als *daadwerkelijke partners* in de vormgeving van CJG's. Dat is tevens van toepassing voor de individuele ouders en jongeren. Door voor gelijkwaardige kennisuitwisseling te zorgen bevordert je de bereikbaarheid en aansluiting van je migrantengroep.
- Er kan dan zowel sprake zijn van gezamenlijke methodiekontwikkeling en organisatie van activiteiten als van het doorverwijzen van mensen binnen een CJG. Een punt om bij stil te staan is dat er rond de 200 verschillende nationaliteiten in Nederland bestaan. Het is een onmogelijke (en ook niet wenselijk ) opgave voor een CJG om voor elk van die groepen een specifiek en uitputtend aanbod (opvoedingsondersteuning) te genereren. In het gebruik maken van en stimuleren van bestaande initiatieven (opvoedingsondersteuning) in samenwerking met migrantenorganisaties ligt daarom de grote kans voor het CJG. Daarbij moet altijd rekening gehouden worden met en ingespeeld worden op eventueel aanwezige multi-problematiek van de doelgroep in kwestie.
- De samenwerking met migranten kan gestalte krijgen via bijvoorbeeld het vormgeven van een netwerk van organisaties die zich inzetten voor de doelstellingen van het CJG. Belangrijk aandachtspunt daarbij: succesvolle netwerken zijn altijd netwerken tussen mensen en niet tussen instituties. Koppel mensen aan elkaar! Maak verder zoveel mogelijk gebruik van de 'linking pin' constructie, waarbij 'intermediairs' (mensen die in staat zijn bruggen te slaan tussen allochtone doelgroepen en het CJG) als verbindingspunten fungeren.
- Het opstellen van een digitale sociale kaart voor de gemeente, waarop niet alleen professionele organisaties staan, maar ook zelforganisaties, vrijwilligersorganisaties, patiënten- en cliëntenorganisaties, enzovoort, kan hierin een eerste stap zijn.

**B. Organisatorisch**Aansturing en inbedding

De praktijk laat zien dat een gemeente en ketenpartners van een CJG doorgaans een afzonderlijke visie, beleid en ook lopende activiteiten hebben op het gebied van interculturalisatie. Dit was ook het geval in Rotterdam. Bestaande en nieuwe initiatieven hebben weinig kans van slagen wanneer zij geen geïntegreerd onderdeel uitmaken van een interculturalisatieplan voor CJG's.

Handreikingen

- Het samenstellen van een gezamenlijk visie- en implementatie document met daarin een uitlijning van de organisatiestructuur: aansturing, taakverdeling en verantwoordelijkheden op meerdere lagen kan dit risico voorkomen.
- Veel staat of valt dan met het vaststellen van een "Corporate identity", de bedrijfskundige identiteit waarbij het om meerdere aspecten gaat zoals communicatie en gedrag maar ook om de inrichting van het pand en de huisstijl.
- Wat bijdraagt aan een goede samenwerking is er voor te zorgen dat organisaties elkaar goed kennen: kijk bij elkaar in de keuken; organiseer referaten en neem andere voorlopers in de zorg op dit gebied als voorbeeld.

- Ga bij de aansturing en inbedding steeds uit van het perspectief van de klant die goed geholpen wil worden. Daarbij is het goed om rekening te houden met de verschillen in beroepsidentiteit, discipline, achtergrond. Investeren in interdisciplinaire deskundigheidsbevordering is dan een volgende stap.

### C. Operationeel

#### Bereik en toegeleiding zorg

Primair voor het bereik van, de toegankelijkheid tot en de aansluiting met allochtonen in het algemeen en de Antilliaanse doelgroep in het bijzonder, is de vertrouwensrelatie tussen hulpvrager en hulpverlener. Wil je intercultureel werken, dan moet er begrip en vertrouwen gecreëerd worden 'tussen' de betreffende 'culturen'.

#### Handreikingen

- Benader de migrantenouders open en onbevooroordeeld. Houd daarbij rekening met een situatie en perspectief die afwijken van 'de westerse standaarden' op het gebied van een gezonde ontwikkeling, opvoeding en een beroep doen op de formele zorg.
- De eerste stap zal vanuit de professional moeten komen: werk 'out-reachend'. Inzicht krijgen in het perspectief en behoeften van deze ouders en jeugd is een eerste stap om hier vervolgens bij aan te sluiten met duidelijke informatie over mogelijkheden en onmogelijkheden van het CJG.
- Over de noodzaak om outreachend of vindplaatsgericht te werken, vooral bij allochtone gezinnen, is al veel gezegd en geschreven. Wat mist, is inzicht in de vindplaatsen. Het is raadzaam om de vindplaatsen concreet in kaart te brengen waar wie te vinden is en dit vervolgens te beschrijven en te karakteriseren. Op die manier wordt het mogelijk om specifieke aanpakken en good practices aan vindplaatsen te koppelen.
- Het lijkt een goed idee wanneer CJG-medewerkers regelmatig 'de straat op gaan'. Zij kunnen daarbij contacten onderhouden met bijvoorbeeld jeugdwerkers en wijkagenten.

#### Toegankelijkheid: problemloket of inloophuis

Een tweede uitdaging voor beleidsmakers, managers en uitvoerders van het CJG om te voorkomen dat het CJG een problemloket wordt. De praktijk wijst uit dat (ook) de migrantendoelgroepen met name geïdentificeerd worden vanuit hun problematiek.

*"Ik wil het zelf oplossen. Ik wil niet meteen een dossier. Dan hoef ik niet te denken of ik het goed doe of niet. Ik wil niet meteen dat ze het ingewikkeld maken en er een groot probleem van maken. Ik wil gewoon tips. Ik ben bang dat ze mijn kind af zullen pakken. We horen zoveel verhalen."* (moeder)

Een ander voorbeeld van problematisering is de zgn. 'corrigerende tik'. Dit is een voor Nederlanders heikel punt in de Antilliaanse opvoeding. Uit een groepsgesprek met Antilliaanse zelforganisaties bleek hoe gevoelig deze kwestie voor hen ligt. Antillianen hebben het gevoel dat hun opvoedstijl wordt gediskwalificeerd door de Nederlandse samenleving, maar dat er geen alternatieve opvoedstijl voor in de plaats wordt geboden.

### Handreiking

- In de eerste plaats kan de inrichting van het gebouw een bijdrage leveren om de toegankelijkheid te verbeteren. Zowel de ouders als de jeugd geven aan dat zij prijs stellen op een vrolijke ruimte waarin je, je snel thuis voelt en met mogelijkheden voor kinderen en jeugd om zich te vermaken. Het kan daarbij gaan om tijdschriften, internet en kinderspeelgoed.
- Daarnaast gaat de voorkeur er naar uit dat ouders en jeugd 'gewoon' met iemand kunnen bespreken waar zij tegen aan lopen. In het verlengde van de succesfactoren van de 'werkwijze interventieverpleegkundigen' is het rekening houden met het perspectief van de ander een belangrijke eerste stap. Probeer inzicht te krijgen in dit perspectief. In het kader van het bovengegeven voorbeeld is het niet adequaat om te zeggen dat het 'slecht' is om je kind een tik te geven. Allereerst moeten de opvoedwaarden van migrantenouders die daaraan ten grondslag liggen begrepen worden, zoals bijvoorbeeld respect en discipline.
- Vermijd ook om te (ver)oordelen van uit 'het perspectief van de witte westerse hulpverlener en investeer in de aansluiting bij het perspectief waar vanuit de ouders of jongeren naar de (probleem)situatie kijken.
- Vervolgens kan een alternatief geboden worden om deze waarden op een andere manier over te brengen dan met een tik. Het is dan uiteraard belangrijk dat ouders de pedagogische waarde van dat alternatief inzien, waarom het goed is voor hun kind.

### Aansluiting aanbod

Doorgaans is er weinig zicht op de behoeften aan zorg bij migrantenjeugd en ouders en in de wijze waarop het aanbod voor deze groepen bruikbaar is te maken.

Een voorbeeld is 'opvoedingsondersteuning'. Generieke opvoedingsondersteunende programma's missen vaak de aansluiting bij Antillianen en andere allochtone groepen. Uit het rapport 'Mi Tesoro' en uit een gesprek met Antilliaanse zelforganisaties blijkt echter wel dat doelgroepgerichte opvoedkundige programma's aanslaan bij Antilliaanse kinderen, jongeren en hun ouders.<sup>16</sup>

*'Moeilijke bereikbare' doelgroepen als de Antilliaanse kampen vaak met meervoudige problematiek. Bovengenoemde programma's slaan onder andere aan omdat ze de bredere sociale problematiek van de Antilliaanse doelgroep in acht nemen. Met teveel geldzorgen en slechte leefomstandigheden hebben ouders wel iets anders aan hun hoofd dan alleen pedagogische ondersteuning. Als een ouder overbelast is door een verscheidenheid aan problemen, moet soms eerst 'de druk van de ketel gehaald worden' door bijvoorbeeld schuldsanering, voordat er gewerkt kan worden aan het probleemoplossend vermogen van de ouder in kwestie. De preventieve hulpverlening moet hier dan wel op aan kunnen sluiten; vanuit het CJG bezien vergt dit een goede coördinatie tussen de verschillende kern- en ketenpartners (Mi Tesoro, 2004).*

<sup>16</sup>Bijvoorbeeld 'Sentro di Mama' in Dordrecht; 'Mi Tesoro' vanuit het JSO; vaderschapstraining en 'kids games' vanuit The World Home ([www.sttwh.com](http://www.sttwh.com))

### Handreikingen

- De crux van cultuursensitieve programma's zit in het feit dat deze erkennen dat de opvoedingswaarden van opvoeders af kunnen wijken van de geboden opvoedingsmethode, en dat er een manier wordt geboden om met deze conflicterende waarden om te gaan.
- Kennis van culturele opvoedingswaarden mag niet leiden tot stereotypen binnen de hulpverlening. Cultuur (verschillen) als verklaring voor problemen is een valkuil waar bijvoorbeeld Jonkers voor waarschuwt (2005). Aansluitend hierop vinden Antillianen het – net als ieder ander – belangrijk dat zij gelijkwaardig benaderd worden vanuit interesse, zonder dat zichzelf of hun gedrag meteen geproblematiseerd wordt.
- Een goed alternatief voor alleen verbale opvoedingsondersteuning kunnen experimentele werkvormen zijn: drama, muziek, spelletjes sluiten goed aan bij de Antilliaanse doelgroep (Mi Tesoro 2004, Stichting The World Home).

### **Tot slot**

Deze handreikingen kunnen worden geconcretiseerd en geoperationaliseerd in dialoog met beleidsmakers en hulpverleners binnen het CJG. Bij iedere fase van de vormgeving van het CJG en bij iedere stap in het hulpverleningsproces kan worden bekeken wat de handreikingen kunnen opleveren ter verbetering van het dagelijks handelen.