



Met zware schoenen

huidige en gewenste situatie
intercultureel gehalte Oké-punten

Oktober 2008

Colofon

© november 2010, Pharos Kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid en Gemeente Almere.

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.

Met zware schoenen is ontwikkeld in opdracht van Gemeente Almere door Pharos.

Gemeente Almere



Auteurs

Gemeente Almere
Joannette Schuppert

Pharos
Roelof Vos
Marola Sproet

Projectsecretariaat

Pharos
Herenstraat 35
Postbus 13318
3507 LH Utrecht
Telefoon 030 234 98 00
E-mail info@pharos.nl
www.pharos.nl

Coverfoto

Bert de Jong

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
1.1.	Landelijk beleid	5
1.2.	Rol van de gemeente	6
1.3.	Ontwikkelingen in Almere	6
1.4.	Hoofdpijnen uit eerder onderzoek.....	7
2.	Inventarisatie huidige en gewenste situatie Oké-punten	10
2.1.	Bereik	10
2.1.1.	Bereikbaarheid	10
2.1.2.	Bekendheid.....	10
2.1.3.	Voorlichting.....	12
2.1.4.	Vertrouwen	13
2.1.5.	Imago.....	13
2.2.	Toeleiding	14
2.2.1.	Indicatiestelling.....	14
2.2.2.	Verwijzing	15
2.2.3.	Monitoring.....	16
2.3.	Aansluiting vraag en aanbod	16
2.3.1.	Inzicht in de vraag	16
2.3.2.	Aansluiting	17
2.4.	Medewerkers	18
2.4.1.	Interculturaliteit	18
2.4.2.	Deskundigheid.....	18
3.	Conclusie en aanbevelingen	20
3.1.	Conclusie	20
3.2.	Wat kan beter?	20
3.2.1.	Wie is de eigenaar van de Oké-punten?.....	20
3.2.2.	Outreachend werken	20
3.2.3.	Deskundigheidsbevordering.....	21
3.2.4.	Interculturalisatie standaard aanbod	21
3.2.5.	Voorlichting.....	21
3.2.6.	Imago.....	22
3.2.7.	Monitoring.....	22
3.2.8.	Effectiviteitsonderzoek	22

1. Inleiding

Dit rapport is in september 2008 besproken en becommentarieerd door een klankbordgroep, bestaande uit de volgende personen:

Naam	Organisatie	Functie
Henriëtte van Aken	GGD	Teamleider JGZ
Annemarie Snel	ISK Odysseus	Docent/coördinator
Cecilia Broodbakker	ROC Flevoland	Specialist bijzondere dienstverlening
Jan Herweijer	Zorggroep Almere	Zorgmanager
Finnie Deijs	De Schoor	Manager
Joannette Schuppert	Gemeente Almere	Beleidsadviseur

We gaan in de inleiding eerst in op het landelijk beleid ten aanzien van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's). Vervolgens bespreken we de rol van de gemeente, zoals die uit het landelijk beleid gezien wordt, en kijken we naar de ontwikkelingen in Almere. Daarna worden de hoofdlijnen rondom interculturalisatie van zorg geschetst, die uit eerder en elders uitgevoerd onderzoek naar voren komen.

1.1. Landelijk beleid

Alle jeugdigen moeten in Nederland dezelfde ontwikkelingskansen krijgen, zodat zij uitgroeien tot volwaardige deelnemers aan de samenleving. Toch is het zo dat allochtone jeugdigen vaker dan autochtone jeugdigen op achterstand staan. Dat begint al op zeer jonge leeftijd: het zijn vooral de allochtone kinderen die met taal- en ontwikkelingsachterstand aan het basisonderwijs beginnen. Op latere leeftijd zien we dat allochtone jeugdigen vaker zonder startkwalificatie het voortgezet- of middelbaar beroepsonderwijs verlaten. Bovendien zijn allochtone jeugdigen bij lichtere vormen van jeugdhulpverlening ondervertegenwoordigd, terwijl ze bij zwaardere vormen juist oververtegenwoordigd zijn. Last but not least zijn bepaalde groepen allochtone jongeren (Marokkanen en Antillianen) duidelijk oververtegenwoordigd in de geregistreerde jeugdcriminaliteit.¹

Het Kabinet stelt vast dat het huidige jeugdbeleid migrantenouders en kinderen te laat bereikt en dat de aanpak niet effectief genoeg is.² Met 'Diversiteit in het Jeugdbeleid' streeft het Kabinet naar een jeugdbeleid, waarmee migrantenkinderen en hun ouders even goed worden bereikt door algemene jeugdvoorzieningen en opvoedondersteuning. Het Kabinet wil dat problemen in de opvoeding en in de ontwikkeling ook bij allochtone jeugdigen vroegtijdig worden gesignaleerd. Met diversiteit in het jeugdbeleid zet het Kabinet in op kennis en vakmanschap in de praktijk. Het kabinet ziet – voortbouwend op het advies 'Jeugd en Jongerenbeleid' van Operatie Jong een belangrijke rol weggelegd voor het CJG bij het wegwerken en voorkómen van achterstanden bij allochtone jeugd.

In 2011 moet er een landelijk dekkend netwerk zijn van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG).³ Dat netwerk moet samenvallen met de huidige werkgebieden van de consultatiebureaus.

¹ Diversiteit in het Jeugdbeleid (2006). Commissariaat Jeugd en jongerenbeleid.

² Diversiteit in het Jeugdbeleid (2008). Beleidsbrief van het Kabinet (DjenG/AJG2862509 van 11 juli 2008).

³ Beleidsbrief van het kabinet (DJB/APJB-2808738) van 16 november 2007.

Directe ketenpartners van het CJG zijn het Bureau Jeugdzorg en de Zorg- en Adviesteams (ZAT).

Alle gezinnen met kinderen van -9 maanden tot 23 jaar moeten er terecht kunnen. Het gaat daarbij niet alleen om bundeling van het bestaande aanbod. Vanuit het CJG moet ook direct opvoed- en gezinsondersteuning kunnen worden geboden.

Het basismodel CJG heeft als kern de integrale jeugdgezondheidszorg. Tevens betreft het basismodel de opvoed- en opgroeiondersteuning zoals bedoeld in prestatieveld 2 van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO): op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden. Dit prestatieveld omvat vijf functies⁴:

- Informatie geven aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien.
- Signaleren van problemen door instellingen als jeugdgezondheidszorg en onderwijs.
- Toegang tot het (gemeentelijk) hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van de 'sociale kaart' voor ouders, kinderen, jeugdigen en verwijzers.
- Pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening), zoals maatschappelijk werk en coachen van jongeren.
- Coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau (gezinscoaching)

1.2. Rol van de gemeente

De gemeente voert de regie over het CJG. In de Wet op de jeugdzorg is vastgelegd dat gemeenten verplicht zijn sluitende afspraken te maken met de organisaties die de taken uit het basismodel Centra voor Jeugd en Gezin uitvoeren. Daarnaast hebben de gemeenten ook de wettelijke plicht te zorgen voor sluitende afspraken met en tussen andere relevante instellingen, zoals jeugdzorg, eerstelijns gezondheidszorg, justitie, politie, onderwijs, woningcorporaties en Raad voor de Kinderbescherming. Ook afspraken met de provincies over de aansluiting van de geïndiceerde jeugdzorg en de lokale jeugdzorg behoren hierbij. Een zogenaamd escalatiemodel – het overschakelen ('opschalen') naar een hoger besluitvormingsniveau – maakt onderdeel uit van de afspraken die gemeenten met hun lokale partners moeten maken. Relevante partijen worden wettelijk verplicht om aan het maken van dergelijke afspraken mee te werken. De afspraken tussen gemeenten en hun partners hebben een wederkerig karakter. Niet alleen kan de gemeente andere partijen aanspreken, zij kan ook aangesproken worden door de andere partijen.

1.3. Ontwikkelingen in Almere

De Gemeente Almere is een van de voorlopers voor wat betreft een integraal jeugdbeleid en aanpak. In 2004 heeft Almere de ambitie uitgesproken dat zij er daadwerkelijk voor wil zorgen dat Almere een stad voor jeugd wordt. Een stad waar je kinderen graag laat opgroeien en waar – wanneer het dan toch mis dreigt te gaan – het kind en het gezin eenduidig en vroegtijdig gesteund worden.⁵ In 2006 is Almere gestart met twee Oké-punten: in de wijken Muziekwijk/Literatuurwijk (gezondheidscentrum Opmaat) en in Stad Oost (gezondheidscentrum Castrovala). Almere heeft momenteel 22 gezondheidscentra waar

⁴ Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), 2006.

⁵ Actieplan Almere Ketenzorg Jeugd, 2005; Programma Jeugd, 2006.

integrale zorg aangeboden wordt. In elf van deze centra zijn inmiddels Oké-punten gevestigd. Diverse instellingen werken samen in de Oké-punten.⁶

Almere kent een omvangrijke groep allochtone bewoners van diverse etnische afkomst. In 2005 was Almere in Flevoland de gemeente met het grootste aantal allochtone inwoners. Ruim 61.000 personen (ruim eenderde van de totale bevolking van Almere) hadden hier minimaal één ouder die niet van Nederlandse afkomst was. Bijna 45.000 daarvan was van niet-westerse afkomst.⁷ De verwachting is dat dit rond 2025 zal oplopen tot 40%.⁸ Gemeente en zorgverleners hebben dagelijks met allochtone jeugd en hun ouders te maken. Overeenkomstig de landelijke tendens, ervaren ook zij dat deze groep moeilijk te bereiken is en dat de toegankelijkheid, bruikbaarheid en effectiviteit van de zorg bij deze jeugd en hun ouders in veel gevallen niet voldoende is. In dit kader is in 2004 het initiatief gestart om een kwaliteitsslag te maken in de zorg aan allochtone jeugd en hun ouders. Onder de titel 'Kleurrijke Zorg' geeft de Zorggroep Almere dit veranderingsproces de komende jaren vorm. Het leidend motto daarbij is 'Algemeen waar mogelijk, specifiek waar nodig'.

Eind 2007, begin 2008 hebben de gemeente Almere en Kleurrijke zorg (Joanette Schuppert en Koos Bartels) en Pharos (Marola Sproet en Kathinka Bruinsma) een aantal gesprekken gevoerd om na te gaan hoe Pharos zou kunnen bijdragen in de interculturalisatie van de Oké-punten. Op basis van deze gesprekken is een plan van aanpak opgesteld.⁹ Dit plan van aanpak voorziet in een inventarisatie van de huidige en gewenste situatie wat betreft het intercultureel gehalte van de Oké-punten. Het voorliggende rapport is het resultaat van die inventarisatie.

1.4. Hoofdpijnen uit eerder onderzoek

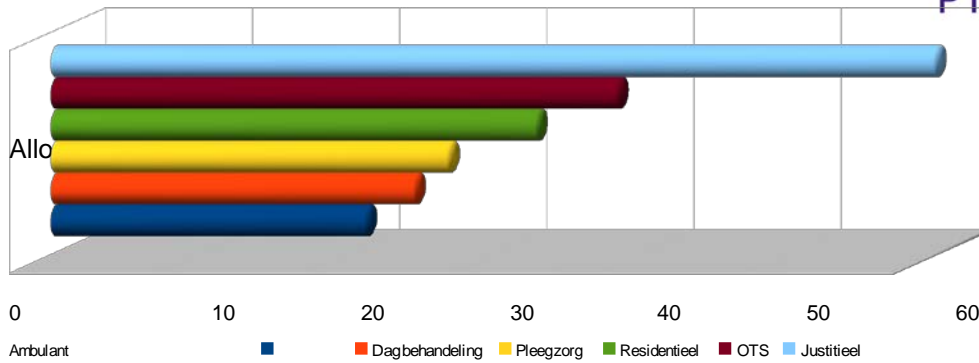
De zorgsector kent een ondervertegenwoordiging van allochtone jeugd in de preventieve zorg en een oververtegenwoordiging in de zwaardere zorgvormen. De grafiek op de volgende pagina geeft daar een duidelijk beeld van (bron SRJV 2002/2005).

⁶ Zorggroep Almere; Hulpverleningsdienst Flevoland; Bureau Jeugdzorg; Symfora Groep/De Meregard/ Stichting MEE; Stichting Eigen-Wijsheid; onderwijs (BO en VO); De Schoor, welzijnswerk, Peuterspeelzalen, Kinderdagverblijven en de Gemeente Almere.

⁷ Bron: http://provincie.flevoland.nl/flevoland_in_beeld/feiten_en_cijfers/downloads/statistisch_overzicht/ geraadpleegd op 22 september 2008.

⁸ Bron: CBS, Bevolkingsprognose.

⁹ Schuppert, J. (gem. Almere), Sproet, M. & Bruinsma, K. (Pharos). *Plan van Aanpak Interculturele Oké-punten Almere* (2008).



Allochtone ouders en jeugd komen kennelijk vaak pas in de zorg terecht als de problematiek ernstig is. Wanneer zij al gebruik maken van het reguliere zorgaanbod, is er sprake van een drop-outgehalte van zo'n 50%.¹⁰ Er zijn drie soorten oorzaken hiervoor aan te wijzen:

Bereikbaarheid

Onwetendheid – allochtone ouders en jongeren zijn vaak onvoldoende bekend met de mogelijkheden van een zorginstelling en algemene voorzieningen of hebben daar een onjuiste voorstelling van. Het CJG is nieuw; zelfs voor de autochtone bevolking is nog onvoldoende duidelijk wat ze hiervan kunnen verwachten. Medewerkers van gemeenten en lokale zorgvoorzieningen zijn op hun beurt onvoldoende op de hoogte van gezondheidsachterstanden, risicofactoren en gebrekkig zorggebruik van allochtone doelgroepen.

Weinig effectieve voorlichting – bestaande voorlichtingsmiddelen en activiteiten zijn vaak onvoldoende effectief voor allochtone ouders en jongeren. Factoren die hierbij een rol spelen zijn de taal, aanspreking en interpretatie. Zo is de ervaring dat gangbare brieven vaak ongelezen in de prullenbak terecht komen.

Gebrek aan vertrouwen – het ontbreekt hen vaak aan vertrouwen in de Nederlandse zorg en zorgverleners. Deels heeft dit te maken met een onjuiste voorstelling en onjuiste verwachtingen, maar ook met negatieve ervaringen. Voorbeelden hiervan zijn: verkeerd begrepen of weinig respectvol behandeld zijn of bang zijn dat de kinderen worden afgenomen. Daarnaast speelt dat allochtone hulpvragers bij voorkeur een beroep doen op informele hulpbronnen.

Cultureel bepaalde verwachtingen – vaak hebben allochtonen een – van de gangbare westerse wereld – afwijkend perspectief op gezondheidsklachten, mogelijke oorzaken en welke behandeling zal helpen.

Toegankelijkheid

Slecht imago - zorginstanties worden veelal ervaren als 'witte' organisaties die kennelijk niet bedoeld zijn voor de allochtone doelgroep. Ook de fysieke omgeving wordt als 'wit' ervaren. Dat loopt uiteen van de gebouwen en ruimtes tot de ontvangst en de gastvrijheid.

Monocultureel beleid – het feit dat de bestaande benadering niet vanzelfsprekend toegankelijk en effectief is voor de allochtone doelgroep is niet algemeen bekend. Zorg- en algemene voorzieningen houden hier in hun beleid dan ook vaak geen rekening mee.

¹⁰ In hoeverre het allochtoon zijn hier de voornaamste oorzaak is, is onduidelijk. Het vermoeden bestaat dat het vooral de combinatie van lage sociaal economische status en het allochtoon zijn is.

Onvoldoende interculturele deskundigheid – medewerkers vormen geen weerspiegeling van de cliëntenpopulatie. Er zijn vaak nog weinig allochtone professionals in dienst. Veel 'witte' hulpverleners ervaren daarbij het bieden van zorg aan de allochtone doelgroep als 'een vak apart' en hebben nogal eens koud watervrees. Daarbij geven zij aan over onvoldoende kennis en vaardigheden te beschikken om allochtone cliënten 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. Tenslotte ervaren professionals onvoldoende draagvlak en ondersteuning vanuit de organisatie om extra te investeren in deze doelgroep.

Strakke en ingewikkelde regelgeving – allochtone doelgroepen lopen vaak vast op de onoverzichtelijkheid en hoeveelheid aan regels en protocollen. Dit begint al in het indicatietraject.

Aansluiting van het aanbod op de vraag

Onvoldoende inzicht in de vraag – dit inzicht is doorgaans onvoldoende aanwezig. Valide instrumenten voor vroegsignalering en een systematische afname hiervan bij deze doelgroep zouden dit knelpunt op kunnen lossen. Van de bestaande instrumenten is echter niet duidelijk of ze ook toepasbaar zijn voor de allochtone doelgroep. In de praktijk is daarbij sprake van een hoge non-response: 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. Meer dan autochtone ouders ervaren zij dit als zaken die ze liever niet als zodanig willen benoemen.

Taalproblemen - in de gesprekken is het gebruik van tolken nog nauwelijks algemeen goed. Bij navraag wordt aangegeven dat de indicatiestelling regelmatig door communicatie met 'handen en voeten' tot stand komt. Het laat zich raden hoe een medewerker zo tot een juiste indicatiestelling komt bij bijvoorbeeld een vermoeden van 'kinder mishandeling'.

Onvoldoende bruikbaarheid van standaard aanbod – in algemene zin bestaat het aanbod uit bestaande interventies of nieuwe protocollen die door de overheid en zorgverlener als 'good practices' worden ervaren. Wanneer in de praktijk blijkt dat een interventie of programma onvoldoende aansluit bij de allochtone doelgroep is een ad hoc aanpassing doorgaans het enige haalbare binnen de hoeveelheid van werkzaamheden. Er wordt zelden systematisch nagegaan wat de toepasbaarheid en effectiviteit er van is bij de allochtone doelgroep.

2. Inventarisatie huidige en gewenste situatie Oké-punten

Dit overzichtsrappport is door Pharos samengesteld aan de hand van interviews en focus-groepen bij de professionals en de doelgroep, beleidsnotities en bestaand onderzoek.¹¹ De resultaten betreffen:

- De huidige en de gewenste situatie ten aanzien van het bereik van de allochtone jeugd en hun ouders, de toeleiding naar de zorg en de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod.
- Daarnaast biedt het rapport inzicht in de huidige en gewenste competentie van de betrokken professionals. Dit vormt de basis voor een concept trainingsaanbod dat Pharos ontwikkelt. De bedoeling is om deze training uit te proberen in drie (pilot)groepen van Oké-punt medewerkers. Op basis van een evaluatie wordt de training aangepast en overdraagbaar beschreven.

Op basis van dit overzicht wordt in overleg met betrokken partijen door Pharos een plan van aanpak opgesteld met concrete aanbevelingen ten aanzien van tenminste drie knelpunten. Het rapport is ingedeeld volgens vier hoofdthema's, namelijk: bereik, toeleiding, aansluiting vraag en aanbod en medewerkers. Onder het kopje 'bereik' bespreken we de bereikbaarheid van de doelgroep en de toegankelijkheid van de Oké-punten. De onderwerpen die daarmee te maken hebben zijn: bekendheid, voorlichting, vertrouwen en imago. Onder toeleiding vallen de thema's indicatiestelling, verwijzing en monitoring. Deskundigheid en deskundigheidsbevordering komen met name onder het kopje 'medewerkers' aan de orde.

2.1. Bereik

Citaat: Ouders hebben zware schoenen om naar Oké-punt te gaan.

2.1.1. Bereikbaarheid

Uit de gesprekken met de professionals komt naar voren dat ze allochtone ouders en jeugd een slecht bereikbare groep mensen vinden, die er moeilijk toe komen zelf stappen te ondernemen. Vaak schamen ze zich voor hun problemen en willen niet dat ze bekend worden. Daarom zijn ze ook bang voor de papieren registratie. Met de jongere (3^e) generatie migranten gaat dat wel beter. De problemen doen zich met name voor bij allochtonen van de eerste en tweede generatie met een lage SES. Daar is de taal ook vaak een probleem. Deze mensen denken veel op de korte termijn: ze hebben ergens last van en willen meteen geholpen worden. Als het weer wat beter gaat zijn ze het ook weer vergeten. Lange termijn planning is daardoor erg moeilijk. Dit vraagt een andere, meer ontspannen houding van de hulpverleners en minder strakke werkwijze en procedures van de instellingen.

2.1.2. Bekendheid

De Oké-punten zijn nu zo'n twee jaar operationeel, maar onder de allochtone bevolkingsgroep zijn ze weinig bekend. Dat blijkt uit de gesprekken met de moeders en de professionals.

¹¹ Zie de bijlage voor een overzicht van de respondenten.

Allochtone ouders en jeugd die de weg weten te vinden, zijn in het algemeen de mensen met een gemiddelde of hoge SES. De echte risicogroepen – allochtonen met een lage SES – zijn weinig in beeld. Veel professionals gaan ervan uit dat die bekendheid zal groeien naarmate de Oké-punten langer bestaan. Iedereen weet inmiddels wat een consultatiebureau is. Dat heeft ook een behoorlijke tijd geduurd.

Citaat: Na vijftig minuten interview vraagt één van de moeders “Wat is dat eigenlijk, een Oké-punt?”

Voor zover allochtone ouders wel de weg weten te vinden naar het Oké-punt, blijken de ervaringen weinig positief. Volgens verscheidene professionals moeten ouders heel veel informatie geven en veel formulieren invullen, maar hebben ze vervolgens niet het gevoel dat ze geholpen worden.

Dat wordt overigens door anderen tegengesproken. Volgens hen is de werkwijze bij het Oké-punt dat de ouder op het moment dat hij/zij binnenkomt niets hoeft in te vullen. Er worden enkele vragen gesteld voor de registratie: postcode, huisnummer en waarom ze komen. Voor deze registratie wordt altijd toestemming gevraagd.

Volgens sommige professionals zijn de Oké-punten vooral gericht op de basisschoolleeftijd. Ze zijn misschien wel te netjes voor de jeugd vanaf 12 jaar. Oké-punten zitten nu niet op een plek waar jongeren komen. Dat geldt overigens niet alleen voor de jeugd. Veel professionals en ook wel de moeders vinden de plek waar de Oké-punten staan niet goed. Met name de afstand schijnt een probleem te zijn. Als ouders de wijk uit moeten voor een opvoedcursus, doen ze dat niet.

In de organisatie van de zorgketen lijken de Oké-punten volgens één respondent al wel succes te hebben. De Oké-punten hebben vooral gezorgd voor betere samenwerking. Dat is nog niet overal optimaal, maar daar is nog onvoldoende tijd voor geweest. De Oké-punten versterken vooral wat de JGZ doet. Daarin voert de gemeente goed de regie.

Wat kan beter?

De professionals hebben waardering voor het ambitieniveau van de gemeente Almere, maar dringen er wel op aan de Oké-punten de tijd te geven zich een plaats te verwerven in de samenleving en hun waarde te bewijzen.

*“Lange adem! Het is niet van vandaag op morgen klaar. Het heeft ook te maken met de lange tijd die het kost om echt evidence based inzicht te verkrijgen en om de kennis toe te passen. En met de tijd die het kost voordat de toegepaste kennis ook effect zal hebben. **We praten hier al snel over een periode van 8 à 10 jaar.**”¹²*

Contact met allochtone groepen gaat niet vanzelf. Belangrijk is dat de professionals de mensen persoonlijk kennen en andersom. Direct contact is cruciaal: de mensen willen een vast aanspreekpunt, iemand echt kennen.

Het is belangrijk dat de mensen meteen terecht kunnen bij de Oké-punten. Zorg dat er altijd iemand is waar direct contact mee gemaakt kan worden.

Afstand is belangrijk: mensen gaan niet een paar kilometer verder weg dan ze gewend zijn. Dat betekent dat de Oké-punten in de buurt moeten zijn. Dat hoeft niet per se het

¹² Diversiteit in het Jeugdbeleid (2008). Beleidsbrief van het Kabinet (DjenG/AJG2862509) van 11 juli 2008.

gezondheidscentrum te zijn, het gezondheidscentrum kan zelfs een extra drempel vormen. Oké-punten kunnen bijvoorbeeld ook in het buurthuis geplaatst worden, zolang de doelgroep – ouders en kinderen - daar maar komt. De moeders stellen daarbij voor één keer in de week iemand van het Oké-punt in de gezondheidscentra te stationeren. Op die manier krijgt het Oké-punt een bekend gezicht. Verschillende professionals geven aan dat het juist een groot voordeel is om het Oké-punt onder te brengen in het gezondheidscentrum. Daardoor zijn de lijnen – letterlijk – kort: je kunt de cliënt zonodig persoonlijk aan de andere hulpverlener voorstellen. Dat kan niet als die hulpverlener ergens anders in de stad zit. Concrete aanbevelingen die werden aangedragen zijn:

- het melden van zorgen: eerst aan de ouder, dan aan de JGZ;
- terugkoppeling tussen de organisaties kan beter, bijvoorbeeld door betere werkafspraken;
- de meeste winst van de Oké-punten zit in de toeleiding; dit moet vooral mondeling en volgens een eenduidig systeem;
- makkelijk toegang tot tolkentelefoon;
- verleng het standaard Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) van 4 – 14 jarigen met 5 minuten;
- neem illegalen gewoon mee in het systeem;
- misschien moeten Oké-punten zich niet alleen op opvoedingsvraagstukken profileren maar breder, met name de zwangerschap.¹³

2.1.3. Voorlichting

Iedereen is het er eigenlijk over eens dat de voorlichting tekort schiet. De groene muur – dat is de informatiemuur in Oké-punten – is alleen papier. De meeste folders zijn in het Nederlands. Alle informatie die nu verstrekt wordt is talig en vaak ook nog ingewikkeld taalgebruik. Informatie over de Oké-punten wordt verspreid door middel van een huis aan huis folder bij de start, door het verspreiden van nieuwsbrieven op scholen en artikelen in de krant. Er zijn nu 106 informatieborden op plekken in Almere waar kinderen komen. Alles bij elkaar lijkt de voorlichting vooral passief en via traditionele kanalen. Maar daardoor wordt de doelgroep niet bereikt. Er moet specifieke aandacht komen voor de doelgroep.

Wat kan beter?

De meeste respondenten geven aan dat de informatie in meerdere talen moet worden gegeven. De vraag daarbij is wel welke talen daarvoor gekozen moeten worden. Het is ondoenlijk om voor iedere taalgroep afzonderlijk folders te produceren. Vanuit de gesprekken komen veel suggesties voor een meer pro-actieve aanpak. Deze suggesties komen er veelal op neer dat er meer outreachend moet worden gewerkt. Dat betekent dat voorlichting gegeven moet worden op plaatsen waar allochtone ouders en kinderen toch al komen, bijvoorbeeld op de peuterspeelzalen, in scholen, op het consultatiebureau. Maar ook de moskee wordt genoemd, theehuizen, buurthuizen tijdens de Koranlessen. Veel mensen benadrukken dat bij de voorlichting vooral ook de samenwerking gezocht moet worden met vertegenwoordigers van andere organisaties: leerkrachten, verpleegkundigen, de imam enzovoort. Deze suggesties komen ook van de moeders. Het lijkt hen overigens goed om informatie aan vaders te geven op de islamitische school, daar

¹³ Dit is expliciet de bedoeling van het kabinet: alle gezinnen met kinderen van -9 maanden tot +23 jaar. Dat impliceert dus ook de periode van de zwangerschap.

zijn aparte vaderavonden. Voor jongeren zou het kunnen helpen om informatie te verstrekken op school. Maar ook het internet wordt gezien als een goed medium om jongeren voor te lichten. Anonieme, digitale informatievoorziening werkt goed, met name rondom seksualiteit en bij meiden; jongens worden tot nu toe niet of nauwelijks bereikt. Vanaf 1 september 2008 heeft Almere een Oké-punt voor jongeren. Dit is geen fysiek punt, maar een website waar jongeren terecht kunnen voor informatie over vrije tijd, sport, onderwijs, gezondheid enzovoort. Jongeren kunnen daar ook vragen stellen aan een arts en een psycholoog. De moeders vinden dat je ook met de ouders moet samenwerken hierin. Het Oké-punt moet voor jongeren herkenbaar zijn en er moet iets te halen zijn. Dat is tot nu toe niet het geval. Ook wordt aandacht gevraagd voor andere media, bijvoorbeeld video in de wachtruimte van het consultatiebureau, maar ook (lokale) omroepen zouden kunnen worden ingeschakeld. Iemand doet de suggestie om jongeren te benaderen via moderne communicatiemiddelen, zoals sms, chatsites op internet en dergelijke.

2.1.4. Vertrouwen

Het is onduidelijk of allochtone ouders vertrouwen hebben in de (institutionele) zorg. Veel ouders zijn bang dat hun kind afgepakt wordt, als zij naar een hulpverlener stappen voor opvoedproblematiek. Dat is een grote drempel. Er is niet voldoende informatie bij de ouders waar de grenzen liggen tussen de verschillende organisaties. Veel ouders weigeren daarom hun kind te laten registreren in het Electronisch Registratiesysteem Almeerse Risicjongeren (ESAR). De ervaring van de professionals is dat deze mensen alleen komen als ze de zorgverlener persoonlijk kennen.

“Vaak mogen kinderen ook niet geregistreerd worden in het ESAR systeem: “nee, dat wil ik niet want mijn kind wordt van me afgepakt””.

“Dat is ook opvallend, ouders die nauwelijks geïntegreerd zijn, weten heel goed wat de kindbescherming is.”

Bij de start van de Oké-punten is een vraaganalyse gehouden onder jongeren. De uitkomst was dat jongeren alles wantrouwen wat met school en gezondheidscentra te maken heeft. Ze zijn bang dat de informatie wordt doorgegeven aan hun ouders. Ze ervaren het als een samenzwering van volwassenen. Dat geldt voor jongeren in het algemeen, maar hoogstwaarschijnlijk ook voor allochtone jongeren.

Wat kan beter?

Hier worden weinig suggesties gegeven. Het imago van de Oké-punten moet veranderen. Het beeld moet ontstaan dat het Oké-punt er niet in eerste instantie is om kinderen af te pakken, of gezinnen aan te melden bij het Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Dit vraagt om zorgvuldige en veelvormige voorlichting (zie ook hiervoor.)

2.1.5. Imago

Citaat: En die toon... al versta je de taal niet, je voelt de taal wel.

Het beeld bestaat bij de meeste respondenten dat Nederlandse zorginstanties ‘erg witte

instanties' zijn, waar nog weinig professionals werken die een andere etnische achtergrond hebben. Zowel de professionals als de moeders bevestigen dit beeld. Dat klopt overigens niet helemaal voor het basisonderwijs. Vrijwel op alle scholen werken Surinamers en Antillianen. Ook zijn er een paar leerkrachten van Turkse en Marokkaanse herkomst. Er is echter een minimaal aantal aan gekleurde medewerkers binnen Oké-punten. Bij de opvoedspreekuren (vanuit zorggroep Almere) zitten redelijk wat allochtone medewerkers.

Bij de moeders is er veel herkenning. Het wordt als drempel gevoeld. Ze willen dat er ook mensen in dienst komen die de eigen taal beheersen. Dat scheelt heel veel. Het gaat niet in de eerste plaats om de gesproken taal, maar om lichaamstaal en houding. Daarmee bereik je de mensen. Werkers moeten ook zicht hebben op de achtergronden van mensen. Ze willen het gevoel hebben dat de ander begrijpt hoe het is om in een ander land te wonen.

*“Wat ik merk is dat mensen achter balies weinig geduld hebben met mensen die de taal niet goed spreken. Bijvoorbeeld: ze zeggen 'u moet daar heen', vraagt de ander 'is dat daar?' Dan is het antwoord 'dat heb ik net gezegd!' En die toon ... dan zijn ze gauw klaar. Ook al versta je de taal niet je **voelt** de taal wel. Ze worden zó vaak weggeduwd.”*

Wat kan beter?

De professionals zijn voor een meer intercultureel personeelsbeleid, maar dat mag niet ten koste gaan van de deskundigheid. Hulpverleners moeten goed Nederlands kunnen spreken en deskundig in hun vak zijn. Het moet uiteindelijk niet uitmaken welke achtergrond de hulpverlener heeft: hij of zij moet iedereen kunnen helpen. Verschillende malen wordt echter ook door de professionals aangegeven dat een hulpverlener met dezelfde etnische herkomst kan bijdragen aan het vertrouwen. Ouders komen eerder terug als er ook zulke medewerkers zijn. Dat pleit ervoor om diversiteit in het personeelsbeleid te versterken. Probleem is daarbij, dat het aanbod van allochtone professionals op de arbeidsmarkt relatief gering is.

2.2. Toeleiding

2.2.1. Indicatiestelling

Bij de indicatiestelling concentreren problemen zich vooral op de vraag of ouders begrijpen en accepteren dat er mogelijk problemen zijn met hun kind. Basale zaken begrijpen ze meestal wel. Een kind dat niet goed hoort door een oorontsteking of dat niet goed ziet vanwege een oogafwijking, zulke dingen leveren meestal geen problemen op. Problemen op psychosociaal vlak zijn veel lastiger. Bij de allochtonen zien de professionals vaker ontkenning dan bij autochtonen.

De betreffende professional meent dat dit een cultureel verschil is: “In Nederland wordt ons al heel vroeg aangeleerd 'vraag om hulp want dan ben je juist sterk en moedig, we helpen je wel'. Daar groei je mee op en daarom is het makkelijker om naar de hulpverlener te gaan en je probleem aan te kaarten. Maar bij de slecht geïntegreerde allochtoon moet juist het consultatiebureau zeggen dat er een probleem is. Daarom willen ouders vaak niet

meewerken aan onderzoek.” Een andere professional geeft aan dat dat toch ook erg afhankelijk is van de persoon. Of de ouders alles goed begrijpen heeft niet alleen te maken met de Nederlandse taal en met cultuurverschillen, maar ook met het vakjargon. De terminologie is voor veel mensen verwarrend. Dit geldt vaak al voor de medewerker zelf, laat staan voor de ouder. De professionals vinden dat ze moeten werken aan eenduidig en eenvoudig taalgebruik.

Voorbeeld. Er zijn drie verschillende termen voor hetzelfde: Oké-punt, CJG en Opvoeden in de Buurt

Soms maken de professionals gebruik van de tolkentelefoon, of vragen ze de cliënt iemand mee te nemen die het Nederlands beter beheerst. Dat is trouwens moeilijk bij het eerste contact of de eerste afspraak. De screening gaat soms wel snel, maar de daadwerkelijke hulpverlening laat dan vaak te lang op zich wachten. Wat zou kunnen helpen bij het doorverwijzen zijn kortere lijnen. Met name de verwijzing naar het Bureau Jeugdzorg en het Centraal Indicatieorgaan Zorg CIZ duurt lang. Hier kan het Oké-punt ook wat doen, zij kunnen de zaken mogelijk wel sneller oppakken.

In de focusgroep van de moeders vertelde een moeder over haar doorverwijzing naar de logopediste. Zij was hier erg tevreden over, omdat ze professioneel zijn. Deskundigheid en professionaliteit worden door de moeders als zeer belangrijk ervaren. De indicatiestelling is vooral problematisch wanneer het over taboes gaat. Seksualiteit en overgewicht werden met name genoemd.

Wat kan beter?

Uit het materiaal zijn de volgende aanbevelingen voor verbetering af te leiden:

- Zorg dat de aangewezen hulpverlening sneller beschikbaar komt.
- Zorg dat andere disciplines in huis zijn, of in elk geval dicht in de buurt.
- Deskundigheidsbevordering op het gebied van het spreken over moeilijke onderwerpen, zoals seksualiteit en overgewicht, maar ook op het gebied van sociale, psychische en emotionele problemen.
- Schakel bij taalproblemen altijd de tolkentelefoon in.

2.2.2. Verwijzing

Herhaaldelijk wordt benadrukt dat face-to-face verwijzing het beste werkt. Het devies is om cliënten persoonlijk te introduceren bij de andere hulpverlener. Daarom moeten alle disciplines bij voorkeur in het gezondheidscentrum aanwezig zijn, of zo dichtbij dat je er samen met de cliënt even naar toe kunt lopen. Is dat niet mogelijk, doe het dan telefonisch en vraag de andere hulpverlener om contact op te nemen met de cliënt. Laat dat niet over aan de cliënt, omdat het dan heel vaak niet gebeurt.

“Bij het thema opvoeden krijg je allochtonen alleen als je het met elkaar doet (leerkracht, JGZ, GGD en Oké-punten) en dan op maat verwijzen en bij succes mond op mond reclame. Dan zit de volgende cursus vol.”

2.2.3. Monitoring

De monitoring wordt verschillend ingevuld. In het basisonderwijs is het een vast onderdeel binnen de bestaande zorgstructuur. Als een kind in het zorgsysteem wordt opgenomen, wordt er altijd opgevolgd en gemonitord. Sommige scholen laten de ouders het handelingsplan ondertekenen.

Bij sommige professionals is het geen standaardprocedure en is het afhankelijk van de situatie en de persoon, op basis van de mate van zorg. Indien de professional echt verwacht dat het mis loopt dan zorgt ze er bijvoorbeeld zelf voor dat de brief op de juiste plek komt. Je moet er ook mee oppassen, omdat het al snel op betutteling gaat lijken als je maar steeds aan de ouder vraagt "En? Hoe ging het? Bent u geweest? Heeft u een afspraak gemaakt?"

Andere professionals checken altijd, minimaal door middel van een telefoontje met de hulpverlener. Soms ook bij de ouder.

Eén professional zou het altijd willen doen bij cliënten met een lage SES en een beperkte beheersing van het Nederlands.

Wat kan beter?

Uit het materiaal kunnen geen concrete aanbevelingen voor verbetering worden afgeleid.

2.3. Aansluiting vraag en aanbod

2.3.1. Inzicht in de vraag

Bij de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod is het belangrijk voor professionals om inzicht te hebben in de aard van de zorgvraag en hoe deze door cliënten gepresenteerd wordt. Veel allochtone cliënten presenteren psychosociale problemen als medische klachten. Eén professional noemt als voorbeeld problemen in de opvoeding:

"ze geven wel aan dat ze problemen hebben, maar niet specifiek. Meestal zeggen ze 'ik ben overspannen, zie het niet meer zitten en heb lichamelijke klachten' en dan komt eruit dat ze opvoedingsproblemen hebben. Dan stuur ik ze door naar het Oké-punt of de opvoedadviseur en vaak begeleiden we dan samen de cliënt."

De professionals zijn zich hier in het algemeen goed van bewust. Op zich hoeft het volgens één professional ook geen problemen op te leveren, als je maar vraaggericht werkt. Migranten vragen soms wel andere vaardigheden volgens deze professional, vooral in de interactie. Een andere professional geeft aan dat het vaak al lastig is om inzicht te krijgen in de thuissituatie. Heel vaak geven de ouders ontwijkende antwoorden. Mensen zijn vaak bang om ook maar iets te vertellen. Oorzaak is deels het imago van de institutionele zorg: 'daar pakken ze je kind af!'

Bij de Oké-punten zelf heeft men nog te weinig inzicht in de zorgvraag van allochtone cliënten:

"We bereiken ze niet, maar we kennen ze ook niet"

Wat kan beter?

De Oké-punten staan voor de opgave om zich een beter en completer inzicht te vormen in de zorgvraag van de allochtone cliëntengroep. Hier is nog veel te winnen, maar het perspectief is duidelijk: we moeten hen beter leren kennen. Ook moet men nog alerter zijn op 'de vraag achter de vraag': psychische en sociale problemen worden vaak gepresenteerd als lichamelijke klachten. Stress duidt soms op een problematische thuissituatie en opvoedingsverlegenheid of –onmacht.

2.3.2. Aansluiting

Als de zorgvraag eenmaal duidelijk is, is het belangrijk om mensen – soms letterlijk – aan de hand te nemen en naar de andere hulpverlener te brengen. Op die manier kan er een goede aansluiting tussen vraag en aanbod verzorgd worden.

Het aanbod op het gebied van opvoeding bestaat uit cursussen en programma's als:

- Drukke Kinderen
- Opvoeden Zo
- Opvoeden Zover
- Peuter In Zicht
- Stevig Ouderschap
- Opstap en Opstapje
- SamenSpelen/Samen Taal (toeleidingsactiviteit & opvoedingsondersteuning)
- Zorgcoördinatie
- Gezinscoaching
- Pedagogische spreekuren
- Bemoeizorg

Dit aanbod lijkt weinig aan te slaan bij de allochtone doelgroepen, met uitzondering van SamenSpelen/SamenTaal, Opstap en Opstapje, waar ouders én hulpverleners zeer goed over te spreken zijn. Overigens speelt daarbij het probleem van het beperkte aanbod.

Voor SamenSpelen/SamenTaal worden vijf groepen per jaar georganiseerd. In elke groep kunnen maximaal tien kinderen en hun moeders die één keer per week deelnemen. Hier gaat het dus om 50 kinderen per jaar. Aan Opstapje kunnen per jaar niet meer dan circa 60 kinderen en hun moeders deelnemen. Hetzelfde geldt voor Opstap.

“Op een bepaalde cursus waren maar drie allochtonen op een totaal van 150 deelnemers. Veel mensen haken ook af na de eerste keer.”

De oorzaken moeten we volgens de professionals zoeken in:

- De cursussen en programma's zelf – ze zijn te 'talig' (dit geldt overigens veel minder voor Opstap en Opstapje, waar de allochtone moeders goed over te spreken waren).
- De cursusleiding – wit en niet vaardig genoeg in het omgaan met diversiteit.
- De mensen zelf – ze zijn bang en willen niet vertellen wat er is.

Wat kan beter?

De professionals geven een groot aantal suggesties voor verbetering van de aansluiting tussen vraag en aanbod. Deze suggesties hebben te maken met de vormgeving en de timing van het aanbod, maar ook met de manier van presenteren.

- Breng de cursussen op het (taal)niveau van de doelgroepen.

- Geef de cursussen op plekken waar mensen zich veilig voelen en met gelijkgestemden onder elkaar kunnen zijn.
- Zoek aansluiting bij inburgeringscursussen.
- Maak tussenstappen.
Voorbeeld: op de islamitische basisschool El Iman was de cursus Opvoeden Zo te hoog gegrepen. Nu organiseert de GGD op die locatie eerst twee thema-ochtenden. In de herfst volgt dan een officiële cursus.
- Regel cursussen alleen voor vrouwen. Dan zijn ze veel opener en zijn zaken veel beter te bespreken.
- Zorg dat mensen die willen ook zo snel mogelijk terecht kunnen. Als het te lang duurt, verdwijnt de behoefte en de motivatie.

2.4. Medewerkers

Het wordt tijd dat we wat minder praten over 'good practices' en wat meer over 'good practitioners'.

2.4.1. Interculturaliteit

Het maakt de professionals niet uit of collega's een Nederlandse afkomst hebben of niet. Sommigen geven aan dat ze er graag collega's met een andere afkomst bij willen hebben, dat helpt de bereikbaarheid en de toegankelijkheid verbeteren. Het blijkt dat gekleurde medewerkers de drempel helpen verlagen, ook voor jongeren. Ze begrijpen de achtergronden beter en kunnen daar beter op inspelen. Verder wordt aangegeven dat het wel extra aandacht vraagt: mensen met een andere afkomst moeten wel goed Nederlands kunnen spreken. Het wordt niet geaccepteerd als dat niet zo is – ook niet door de cliënten.

2.4.2. Deskundigheid

Binnen Oké-punten is nog te weinig ervaring met allochtone ouders en kinderen. Dat kan komen doordat deze punten nog maar zo kort bestaan. Veel professionals vinden desondanks dat zij als westerse hulpverlener voldoende kennis en ervaring hebben om allochtone ouders en jeugd deskundig te kunnen begeleiden.

“Op scholen waar Antilliaanse of Surinaamse leerkrachten werken, zijn niet meer leerlingen ingeschreven met die achtergrond.”

Een aantal professionals geeft aan dat bij het werken met allochtone cliënten vooral de houding en de communicatie van belang zijn: een open houding, veel geduld en goed luisteren. Geen ongevraagde adviezen geven, niet betuttelen en niet de eigen overtuigingen opdringen. Altijd nagaan of de boodschap goed is overgekomen. De moeders vinden dat de westerse medewerkers onvoldoende kennis en begrip hebben. Dat zit hem volgens hen vooral in de regels.

“Witte hulpverleners denken erg in vaste regels. Allochtone hulpverleners zijn hier flexibeler in. Zij begrijpen ook beter waarom er bijvoorbeeld geen structuur in huis is,

omdat ze dat van huis uit herkennen. Zij helpen vanuit hun eigen ervaring met daaraan toegevoegd een stuk deskundigheid. Dat missen de witte hulpverleners.”

Wat kan beter?

Er bestaat bij de professionals zeker behoefte aan deskundigheidsbevordering. Dat varieert van communicatieve en relationele competenties in een interculturele omgeving, tot kennis en inzicht in andere culturen. Dat laatste het liefst verzorgd door iemand uit de betreffende cultuur. Ook wil men graag intervisie met en feedback van collega's op dit gebied. Tenslotte wil men ook deskundigheidsbevordering ten behoeve van het spreken over lastige thema's als overgewicht en seksualiteit. Leerlingen in de Internationale Schakelklas (ISK) hebben het sociaal en emotioneel vaak heel moeilijk, vooral in het begin. Vaak is er heel veel boosheid en veel verdriet. De uitdaging is om ze weer met plezier naar school te laten gaan waar ze zich veilig voelen. Op dit gebied is ondersteuning nuttig en nodig.

3. Conclusie en aanbevelingen

3.1. Conclusie

De resultaten van deze inventarisatie bevestigen het landelijke beeld, zoals dat uit eerder onderzoek naar voren komt. Almere kent dus grotendeels dezelfde problemen en uitdagingen in de zorg voor allochtone doelgroepen als de rest van Nederland. Enerzijds is dat niet iets om vrolijk van te worden, anderzijds biedt het hoop, omdat veel meer mensen, instellingen en gemeenten zich ermee bezig houden. Er is veel te halen en te leren van de ervaringen elders. Een verontrustend beeld dat uit de interviews en gesprekken met de professionals naar voren komt, is dat zij zichzelf los zien van het Oké-punt. Zij voelen zich blijkbaar geen eigenaar/partner van de Oké-punten.

3.2. Wat kan beter?

In de voorgaande hoofdstukken is al het nodige gezegd over wat er 'beter zou kunnen'. Daaruit leiden we onze aanbevelingen voor de korte en lange termijn af. We nemen die punten echter niet één op één over. We geven aanbevelingen rondom de thema's die een zekere urgentie hebben en dus prioriteit verdienen. Bij alle aanbevelingen is de verbetering van de samenwerking met de doelgroepen, met de ketenpartners en met de hulpverlenende instanties een noodzakelijke voorwaarde.

3.2.1. Wie is de eigenaar van de Oké-punten?

Een algemeen aandachtspunt voor het verbeteren van het functioneren van de Oké-punten – ook voor de allochtone doelgroepen – is het bevorderen van het besef bij de professionals, dat *zij* de eigenaars/partners van de Oké-punten zijn. De Oké-punten zijn weliswaar in de meeste gevallen in een gebouw gevestigd waar meerdere instellingen actief zijn, maar het zijn in essentie netwerkorganisaties. Bij de professionals moet dit idee zich blijkbaar nog ontwikkelen: zij praten nog te veel in termen van 'ze', in plaats van 'wij'. Dat betekent ondermeer dat ook gewerkt moet worden aan het 'interne' imago. Het beeld dat professionals nu hebben van de Oké-punten is nog te vaag en te vrijblijvend.

3.2.2. Outreachend werken

In de gesprekken kwam steeds weer naar voren dat de Oké-punten veel meer outreachend en vindplaatsgericht moeten werken om het bereik onder de allochtone doelgroepen te vergroten. Dat geldt zowel voor de voorlichting als voor de verbetering van het imago én de daadwerkelijke zorgverlening. In bepaalde mate wordt ook al outreachend gewerkt, bijvoorbeeld door de huisbezoeken die hier en daar plaatsvinden. Dit kan structureel verbeterd worden door methoden en structuren voor outreachend werken over te nemen en/of te ontwikkelen en te implementeren.

3.2.3. Deskundigheidsbevordering

In het verlengde van de tweede aanbeveling adviseren we een training voor de medewerkers van de Oké-punten: 'Outreaching werken in een interculturele context'. *“We richten ons dus op kennis en vakmanschap in diversiteit bij de professional, maar ook bij organisaties en overheden. Zodat we de mogelijkheden van het jeugdbeleid ook optimaal kunnen inzetten voor migrantenouders en kinderen.”*

Pharos heeft hiervoor de bouwstenen in huis en kan – in overleg met alle betrokkenen – een training op maat construeren. Flankerend aan deze training is het noodzakelijk om minimaal een dagdeel te organiseren voor leidinggevend en coördinatoren. De cultuuromslag naar meer interculturaliteit en outreachend werken moet op de 'werkvloer' plaatsvinden. Dat kan echter alleen een succes worden als leidinggevend zich bewust zijn van wat dat van de organisatie en de mensen vergt. Zij moeten zich goed geïnformeerd en met overtuiging verantwoordelijk stellen voor de noodzakelijke cultuuromslag (borging aan de top).

3.2.4. Interculturalisatie standaard aanbod

In het standaard aanbod vinden we cursussen en programma's als:

- Drukke Kinderen
- Opvoeden Zo
- Opvoeden Zover
- Peuter In Zicht
- Stevig Ouderschap
- Opstap en Opstapje
- SamenSpelen/SamenTaal (toeleidingsactiviteit & opvoedingsondersteuning)
- Zorgcoördinatie
- Gezinscoaching
- Pedagogische spreekuren
- Bemoeizorg

Het lijkt ons noodzakelijk om dit aanbod door te lichten op hun 'interculturele gehalte', dat wil zeggen te onderzoeken in hoeverre deze cursussen en programma's bruikbaar en effectief zijn bij allochtone doelgroepen. De cursussen Opstap en Opstapje kunnen daarbij als voorbeeld van 'good practices' dienen, omdat zij zich al jaren bewijzen als geschikte interventies voor allochtone ouders en hun kinderen. Dit blijkt ook uit de gesprekken die we met de professionals en de moeders gevoerd hebben. Op basis van dit onderzoek kan het bestaande aanbod vervolgens worden aangepast. We adviseren om zo'n traject eerst te doorlopen met één of twee cursussen/programma's.

3.2.5. Voorlichting

De voorlichting is tot nu toe weinig effectief gebleken. Ondanks allerlei publicaties en de nodige publiciteit rondom het uitroepen tot beste invent-project van Nederland op het gebied van jeugd(gezondheids)zorg in 2006, zijn de Oké-punten vrijwel onbekend bij de allochtone doelgroepen.

Hier is een uiterste inspanning noodzakelijk: er moet een voorlichtingscampagne opgezet worden, die ten minste voldoet aan de volgende voorwaarden:

- cultuursensitief;
- samenwerking en afstemming met de doelgroepen;
- pro-actief;
- outreachend en vindplaatsgericht;
- gebruikmakend van moderne media (met name voor jongeren);
- gebruikmakend van onconventionele middelen;
- meer 'beeldend' dan 'talig';
- meer face-to-face dan algemeen;
- 'lange adem'.

3.2.6. Imago

Verbetering van het imago bij de allochtone doelgroep heeft een hoge prioriteit. Daaraan kan een goede voorlichtingscampagne veel bijdragen. Daarin moet aan de doelgroepen duidelijk gemaakt worden wat de precieze functie van de Oké-punten is en waar de grenzen in verantwoordelijkheden en taken tussen de verschillende instanties liggen. In elk geval moet duidelijk worden dat het Oké-punt geen 'doorgeefluik' voor de Raad voor de Kinderbescherming is.

3.2.7. Monitoring

In het kader van de effectiviteit van de Oké-punten is systematische monitoring noodzakelijk. Er worden hiertoe al activiteiten ondernomen. Het is zaak om deze de komende jaren uit te bouwen en te bestendigen.

3.2.8. Effectiviteitsonderzoek

Op wat langere termijn lijkt het ons noodzakelijk om het werk van de Oké-punten op een wetenschappelijk verantwoorde manier te onderzoeken op bruikbaarheid en effectiviteit. Dit houdt in dat er proces- en productevaluaties moeten komen. Dat moet echter pas gedaan worden als de Oké-punten de tijd en de gelegenheid hebben gehad om hun naam te vestigen, hun werkwijze en procedures uit te ontwikkelen en hun personeel toe te rusten voor het werken in een interculturele context.

Begin 2009 zal overigens een effectiviteitsonderzoek starten in opdracht van de gemeente Almere.

Bijlage Respondenten

Voor dit onderzoek zijn gesprekken gevoerd met de volgende focusgroepen en personen (op volgorde van datum):

<i>Respondenten</i>	
Focusgroep	Medewerkers Welzijnsorganisatie de Schoor
Datum	21-04-08
Samenstelling	Zeer diverse groep met verschillende achtergronden, o.a. Turkije, Marokko (Berbers en Arabisch), Irak en Nederland. Medewerkers bij Opstap, Opstapje, peuterspeelzaal, samen spelen / samen taal.
Focusgroep	Medewerkers JGZ
Datum	22-04-08
Samenstelling	Teammanagers JGZ en opvoedadviseur Oké-punt, twee JGZ-verpleegkundigen 0-4 jaar en opvoedadviseur Oké-punt, beleidsmedewerker jeugd en werkbegeleidster AMW, hoofd JGZ GGD en huisarts
Interview	Jan Boonstra
Datum	13-05-08
Functie	Cluster directeur openbaar basisonderwijs.
Interview	Ria Hogervorst
Datum	13-05-08
Functie	Coördinator Oké-punten
Focusgroep	Moeders
Datum	27-05-08
Samenstelling	Zes moeders met diverse achtergronden: Indonesië, Marokko, Somalië, Egypte. Kinderen in basisschoolleeftijd.
Interview	Henriëtte van Aken
Datum	03-06-08
Functie	Hoofd afdeling JGZ GGD
Interview	Annemarie Snel
Datum	19-06-08
Functie	Docent VO ISK Odysseus
Interview	Alueska Vyent
Datum	17-07-08
Functie	Maatschappelijk werker zorggroep Almere; Gezondheidscentrum Molenwiek
Interview	Kim Bisschoff
Datum	Juli 2008
Functie	Nurse practitioner JGZ; Gezondheidscentrum Driehoek