



Vroegsignalering bij migrantenkinderen

Onderzoek naar de bruikbaarheid van
het DMO-gespreksprotocol

Hester van Bommel

10 december 2010

Colofon

© december 2010, Pharos Kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid, het Ministerie van VWS en Aveant Utrecht.

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.

Vroegsignalering bij migrantenkinderen is ontwikkeld in opdracht van het Ministerie van VWS door Pharos in samenwerking met Aveant Utrecht.

Auteur

Hester van Bommel

Projectsecretariaat

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

Omslagfoto

De foto op de omslag is afkomstig van Hollandse Hoogte.

Voorwoord

Voor u ligt een uitgebreide samenvatting van het onderzoek naar de bruikbaarheid van het DMO-gespreksprotocol (DMO-P) van de methode Samen Starten bij migrantenouders met kinderen van 0 tot 2 jaar.

Doel van het onderzoek was na te gaan of het DMO-P ook bij migrantenouders bruikbaar is als vroegsignaleringsmethode voor psychosociale problemen.

Dit kleinschalige onderzoek is in opdracht van Aveant¹ uitgevoerd door Pharos (Kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid) met medewerkers van twee consultatiebureaus in achterstandswijken in de stad Utrecht. Consultatiebureaus voeren de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen uit. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode augustus 2008 tot eind 2009; bij aanvang waren de consultatiebureaus nog niet zo lang bezig met Samen Starten maar alle bij het onderzoek betrokken professionals waren wel gecertificeerd voor dit programma.

We bedanken alle migrantenouders en zorgverleners van de twee consultatiebureaus voor hun bijdrage aan dit onderzoek. Zij hebben ons veel informatie gegeven en waren zo vriendelijk ons aanwezig te laten zijn bij de consulten van hun kinderen en cliënten. Ook willen we Anita Post (stagiaire) en Fakhria Taher (projectmedewerker Pharos) bedanken voor hun inzet voor dit onderzoek.

Utrecht, december 2010
Hester van Bommel

¹ Tegenwoordig GG & GD Utrecht

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Inleiding	6
1.1. Samen starten en DMO-P.....	7
2. Vraagstelling en methode	9
2.1. Methode.....	9
2.2. Respondenten.....	10
2.3. Aanvullend onderzoek	10
2.4. Dataverwerking.....	11
2.5. Resultaten	11
3. Conclusies en aanbevelingen	20
3.1. Vertrouwensrelatie	21
3.2. Bewustwording en competentie	22
3.3. De opvoedsituatie in kaart.....	23
3.4. Ketenzorg	23
4. Literatuur	24
Bijlage 1 DMO-Protocol	26

1. Inleiding

Een kwart van de jeugd in Nederland is van migrantenafkomst, oplopend tot 55% in de grote steden. In het algemeen gaat het goed met de kinderen. Ze groeien op in evenwichtige gezinsverhoudingen, in goede gezondheid en psychisch welbevinden. Op een deel van de kinderen en jongeren in Nederland is dit niet van toepassing. Zij hebben meer kans op ontwikkelings- en gezondheidsproblemen. De belangrijkste factoren hierbij zijn het hebben van een niet westerse achtergrond en een lage sociaaleconomische status (SES) (Zeijl, 2005).

Ongeveer een derde deel van de migrantenkinderen heeft psychosociale problemen. Voor asielzoekerskinderen loopt dit zelfs op tot 50% (Bouwmeester, 1998; Pels, 2005; Eldering, 2002). Psychiatrische stoornissen bij migrantenjongeren komen driemaal zo vaak voor als bij autochtone jongeren. Vroegtijdig signaleren van deze problematiek kan erger voorkomen. Gedragsproblemen hebben hun wortels al vroeg in een mensenleven (Hermans, 2005). Longitudinaal onderzoek (Moffitt, 1996) toont aan dat persistent en ernstig antisociaal gedrag al vanaf driejarige leeftijd zeer stabiel is en zich in circa 50% van de gevallen voortzet tot in de adolescentie en de volwassenheid (Moffitt, 2002; Farrington, 1990). Door het vroegtijdig onderkennen van risico's in de opvoedingssituatie en het vervolgens inzetten van effectieve interventies neemt de kans op opvoedingsonmacht, verwaarlozing en kindermishandeling af. In het verlengde daarvan is er ook minder kans op psychische afwijkingen en probleemgedrag op latere leeftijd.

Het consultatiebureau speelt een belangrijke rol in het vroegtijdig signaleren van risico's en problemen bij het opvoeden en opgroeien van jonge kinderen (0-4 jaar). Het behoort tot de taken van het consultatiebureau om, wanneer een probleem is gesignaleerd, een interventie op maat in te zetten en te evalueren. Om deze taken op het gebied van vroegsignalering, vroegtijdige interventie en monitoring van de effecten van hulp goed te kunnen invullen gebruiken veel consultatiebureaus in Nederland Samen Starten. Samen Starten is een van de programma's die in de jgz-richtlijn wordt aanbevolen voor vroegsignalering van psychosociale problemen bij zeer jonge kinderen (Postma, 2008). Integraal onderdeel van het programma is het DMO-Protocol² waarmee kind-, gezins- en omgevingsfactoren in kaart worden gebracht en door de tijd heen gevolgd kunnen worden. Het is echter niet vanzelfsprekend dat instrumenten die gevalideerd zijn voor de totale populatie in Nederland even geschikt zijn voor de groep niet-westerse migranten (Ince, 2010). De overheid hanteert als een van de uitgangspunten in haar beleid voor de gezondheidszorg dat alle burgers recht hebben op kwalitatief goede en toegankelijke zorg. Dat geldt ook voor migranten. Migranten zijn individuele zorgvragers met een aantal specifieke kenmerken, net als andere zorgvragers. Het vraagstuk van kwalitatief goede zorg en preventie voor migranten is dan ook geen 'apart' vraagstuk, maar een gewoon vraagstuk van kwaliteit en effectiviteit van zorg. Goede zorg voor migranten betekent geen cultuurspecifieke zorg, maar cultuursensitieve zorg (van Berkum, 2010).

Doel van dit onderzoek is na te gaan of het DMO-P door de jeugdgezondheidszorg bruikbaar kan worden ingezet bij kinderen met een niet-westerse achtergrond.

² DMO-P: gespreksprotocol ontwikkeld in opdracht van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling van de gemeente Amsterdam. Het hierin gehanteerde volgsysteem is gebaseerd op het bio-ecologisch ontwikkelingsmodel van Bronfenbrenner (2005).

1.1. Samen starten en DMO-P

Samen Starten is een breed programma dat ontwikkeld is voor de jeugdgezondheidszorg, ter ondersteuning van de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind van nul tot en met twee jaar. In het programma staat de totale opvoedingssituatie van een kind centraal: niet alleen het welbevinden van het kind, het welzijn van de ouders, de onderlinge steun tussen de ouders, en het sociale netwerk van het gezin krijgen aandacht, maar ook de maatschappelijke omstandigheden en gebeurtenissen waarmee het gezin te maken heeft. Leidend principe in Samen Starten is het ondersteunen van ouders bij het scheppen van een opvoedingsklimaat waarin de kinderen zich kunnen ontwikkelen tot evenwichtige en verantwoordelijke volwassenen (TNO, zj).

Een belangrijk doel is integrale vroegsignalering. Samen Starten begint daarom, in principe, al tijdens de zwangerschap. Alle problemen die zich voordoen bij en rondom het jonge kind moeten vroegtijdig worden opgemerkt. Dit kunnen zowel psychische problemen als sociaal-emotionele, medische, financiële en opvoedingsproblemen zijn. Bij elke situatie wordt bekeken welke strategie een bijdrage levert aan preventie of terugdringing van problemen. Door een samenhangende en meerjarige aanpak neemt de kans op succes toe. Het uiteindelijke doel van Samen Starten is het voorkómen van psychische en sociale problemen, antisociaal gedrag en criminaliteit.

Samen Starten omvat twee delen: een signaleringsdeel, waarvoor JGZ-medewerkers zich een bepaalde gespreksvorm eigen maken, en een interventiedeel om gesignaleerde problemen aan te pakken. Bij problemen bespreekt de JGZ-professional met de ouder(s) de aard van de problemen en bepaalt samen met hen welke hulp nodig is. Indien nodig kan er een vorm van gezinscoaching worden ingezet.

Vroegsignalering betreft opvoedingssituaties die risico's opleveren voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Dit krijgt binnen Samen Starten vorm door aan de ouders van alle kinderen die op het consultatiebureau komen, vragen te stellen aan de hand van het DMO-P. Voordeel hiervan is dat ouders geen vragenlijst hoeven in te vullen en dat er zondig een tolk ingeschakeld kan worden wanneer de ouders de Nederlandse taal niet beheersen. Bovendien is er bij deze methode ruimte om een vertrouwensband op te bouwen die essentieel is voor een werkbare relatie met ouders. De signalering vindt plaats op de verschillende (standaard-) contactmomenten op het consultatiebureau, vanaf de leeftijd van 8 weken tot de leeftijd van 2 jaar.

In het dynamische proces van vroegsignalering heeft de JGZ-professional een centrale rol. Deze houdt rekening met de wisselwerking tussen het kind en zijn sociale omgeving en verzamelt en interpreteert op een systematische en gestructureerde manier zoveel mogelijk informatie uit zoveel mogelijk verschillende bronnen met de best mogelijke methodieken en instrumenten. Daarbij streeft de professional naar een zo goed mogelijke match tussen de behoeften van kind en gezin en het zorg- en hulpaanbod.

Volgens de ontwikkelaars is Samen Starten/DMO-P ook geschikt voor Turkse en Marokkaanse ouders om de volgende redenen (Tan, 2008; Wolff, 2009)

- Groot bereik
Binnen Samen Starten worden alle gezinnen op het consultatiebureau middels het DMO-P benaderd. Het bereik van het consultatiebureau is groot, ook onder allochtone ouders, en zij hebben waardering voor het consultatiebureau.
- Vorm van signalering en ondersteuning
Binnen Samen Starten/DMO-P vindt ondersteuning en signalering in principe plaats via het persoonlijke contact tussen consultatiebureau medewerkers en ouders. Op

deze manier worden ook ouders bereikt die moeite zouden hebben met het invullen van een vragenlijst. Bijkomend voordeel van deze benadering is dat ook non-verbale signalen meetellen in de signalering en ondersteuning. Naast het doel van signalering zijn belangrijke nevendoelen het vergroten van het zelfvertrouwen en de competentie van ouders en het opbouwen van een vertrouwensrelatie met het gezin.

- **Universele benadering in semigestructureerde vorm**
Met alle gezinnen worden vanaf het eerste contact op het consultatiebureau ook omgevingsfactoren – zoals de steun van de partner en eventuele dagelijkse problemen, zoals schulden – steeds als relevant voor de ontwikkeling van kinderen besproken. Het DMO-P wordt pas tijdens het tweede consult gehanteerd en dan wordt onder andere naar de financiën en de huisvesting gevraagd. Het gegeven dat dezelfde onderwerpen met alle gezinnen besproken worden, biedt houvast aan de medewerkers en kan het bespreken (ook) voor Turkse en Marokkaanse gezinnen gemakkelijker maken. Voor een goede samenwerkingsrelatie met alle gezinnen is het belangrijk dat de JGZ-professional het universele karakter van het DMO-Protocol benadrukt en expliciet uitlegt wat de reden is dat de opvoedingssituatie besproken wordt.
- **Extensief steunaanbod**
Samen Starten kenmerkt zich door de structurele samenwerking tussen de gemeenten, de thuiszorg, het maatschappelijk werk, de GGD en eventueel andere instellingen zoals Bureaus Jeugdzorg. Allochtone gezinnen ervaren relatief veel problemen op het gebied van de opvoedingscontext: psychische problemen van beide ouders, sociale isolatie, maar ook problemen met huisvesting, werk, inkomen en financiën komen relatief veel voor. De opzet van Samen Starten biedt het consultatiebureau de mogelijkheid om deze gezinnen, die op andere wijze vaak niet de weg naar geschikte ondersteuning vinden, praktisch op weg te helpen.
- **Empowerment: Positief en activerend**
Samen Starten/DMO-P is getrapt opgezet. Tijdens het 2-maanden consult wordt het DMO-P afgenomen. In geval van problemen gaat een jeugdverpleegkundige op huisbezoek om samen met de ouder(s) een uitgebreide probleeminventarisatie te maken, gekoppeld aan een plan van actie. Hierbij benadrukken de medewerkers vooral de krachten in het gezin. Op basis van wat er goed gaat thuis, wordt gezocht naar een oplossing voor de problemen. Consultatiebureau- medewerkers zijn getraind in oplossingsgericht werken en motivational interviewing.
- **Extra tijdsinvestering**
Het DMO-P impliceert dat voor de afname ervan per kind tenminste een kwartier extra consulttijd ter beschikking staat. Het verwerven van relevante informatie en het activeren en opbouwen van een vertrouwensrelatie met Turkse en Marokkaanse ouders vergt relatief veel tijd.

In dit onderzoek wordt in de praktijk van de consultatiebureaus de bruikbaarheid van het DMO-P binnen Samen Starten voor migrantengezinnen onderzocht.

2. Vraagstelling en methode

De centrale onderzoeksvraag luidt:

'In hoeverre is het DMO-Protocol – binnen het kader van Samen Starten – bruikbaar voor vroegtijdige signalering van psychosociale problemen bij allochtone kinderen in de leeftijd van 0 tot 2 jaar?'

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. In hoeverre is het mogelijk om met behulp van het DMO-P en in het kader van Samen Starten de risicofactoren in de opvoedingssituatie voor het welzijn van het kind adequaat in kaart te brengen bij de migrantengezinnen?
2. Over de vertrouwensband:
 - a. In hoeverre is een vertrouwensband met de ouders essentieel om gezondheidsrisico's bij allochtone ouders en kinderen te kunnen achterhalen? (Deze vraag is toegevoegd omdat de vertrouwenskwestie in een zorg- of hulprelatie in de westerse context ontstaan is. De vraag is of deze voorwaarde ook – en op dezelfde manier – opgaat voor niet-westerse migranten).
 - b. Wordt er een vertrouwensband opgebouwd door middel van het DMO-P?
3. Wordt door het gebruik van DMO-P de bewustwording en competentie bij migrantenouders gestimuleerd?
4. Welke factoren beïnvloeden het verloop van de consulten en al dan niet daarmee samenhangend de bruikbaarheid van het DMO-P?
5. Zijn de vervolgacties zoals die geadviseerd worden tijdens de consulten ook bruikbaar voor allochtone ouders en hun kinderen?
6. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor verbeteringen in de bruikbaarheid van het DMO-P?

2.1. Methode

Er is gekozen voor een exploratief onderzoeksdesign omdat er nog weinig bekend is over de ecologische validiteit van het programma Samen Starten/DMO-P, vooral waar het gaat om het gebruik bij niet-westerse migranten.

Op twee JGZ-locaties in Utrecht zijn migrantenouders en consultatiebureauartsen en/of jeugdverpleegkundigen gevraagd naar hun ervaringen met de bruikbaarheid van het DMO-P. Er is gekozen voor twee duidelijk verschillende locaties, beide met een groot aandeel migrantengezinnen in hun populatie, om de diversiteit in de onderzoeksgroep te waarborgen. De selectie van de **migrantenouders** werd gedaan door het consultatiebureau. Bij de samenstelling van de onderzoeksgroep werd gestreefd naar twintig gezinnen en een zo groot mogelijke diversiteit voor wat betreft culturele en etnische herkomst. Ouders deden mee op basis van vrijwilligheid en gaven toestemming voor interviews en observaties. Als blijk van waardering kregen de ouders na afsluiting van de onderzoeksperiode een cadeaubon. De gezinnen zijn gedurende veertien maanden gevolgd, vanaf het eerste tot en met het tiende contact. Met de ouders werd twee keer een semigestructureerde interview gehouden:

- voor het eerste consult, wanneer het kind ongeveer 3 weken oud is;
- aan het einde van de periode van Samen Starten, als het kind 14 à 15 maanden oud is.

Doel van de interviews is om een algemeen beeld te krijgen van wat door de allochtone ouders als positief en wat als negatief wordt ervaren aan de consulten en het gebruik van het DMO-P. Zowel hulpverleners als ouders geven aan wat goed gaat en wat niet lijkt te werken, waardoor zowel knelpunten als positieve aspecten van het DMO-P direct aan het licht komen. In interviews kunnen mensen echter wel antwoorden geven die sociaal wenselijk zijn.

Verdeeld over een periode van veertien maanden zijn, met behulp van een observatie-protocol vijf consulten met al deze ouders geobserveerd. Er is rekening gehouden met afwisselend observeren bij arts en jeugdverpleegkundige. Doel van de observaties is om te kijken of er discrepantie zit tussen wat men werkelijk denkt en doet en wat men zegt te denken en te doen. De observaties zijn een aanvulling en tevens een controlefunctie op wat in interviews gezegd wordt en wat er uit de literatuur naar voren komt.

Bij de JGZ-professionals werd aan het begin en aan het eind van de onderzoeksperiode een semigestructureerd interview afgenomen.

2.2. Respondenten

Migrantenouders

De responsgroep bestaat uit zeventien migrantenouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 2 jaar. De zeventien respondenten zijn afkomstig Turkije (7), Marokko (6), Egypte (1), Irak (1), Somalië (1) en Roemenië (1).

JGZ-professionals

Bij de JGZ-professionals zijn interviews gehouden met zes artsen en jeugdverpleegkundigen, die de training voor Samen Starten gevolgd hebben en het programma Samen Starten in de praktijk uitvoeren.

2.3. Aanvullend onderzoek

In de loop van de onderzoeksperiode bleken de meeste migrantengezinnen in de responsgroep de Nederlandse taal goed te beheersen en weinig tot geen risico's op psychosociale problemen bij het kind aanwezig. Besloten is aanvullend onderzoek te doen naar ouders met een matige tot slechte beheersing van het Nederlands, die met hun kind(eren) in de leeftijd van 0 tot 2 jaar het consultatiebureau bezochten. Op beide bureaus is aan in aanmerking komende ouders mondeling toestemming gevraagd om het consult te mogen observeren.

Op elke locatie zijn tien consulten geobserveerd aan de hand van een protocol. De twintig ouders van het aanvullende onderzoek komen uit Marokko (12), Turkije (3), Egypte (1), China (2), Irak (1) en Nieuw-Guinea (1). Het taalniveau van de respondenten is bepaald met behulp van het Europees Referentiekader taal voor het niveau van beheersing van de Nederlandse taal. In dit onderzoek wordt met slechte beheersing van de Nederlandse taal uitgegaan van niveau A0 (absoluut beginner) en bij matige beheersing van de Nederlandse taal van niveau A1.

2.4. Dataverwerking

Uiteindelijk zijn in totaal 12 interviews gehouden met zorgverleners, 34 interviews met migrantenouders en 96 observaties gedaan tijdens het consult op het consultatiebureau met migrantenouders. Nadat alle gegevens uit de observaties en de interviews verzameld waren, zijn deze op een systematische en kwalitatieve wijze geanalyseerd met behulp van het computerprogramma NVivo 8.

2.5. Resultaten

De resultaten van het onderzoek worden besproken aan de hand van de deelvragen. Informatie is afkomstig uit interviews met zorgverleners, met ouders en uit observaties van consulten. Citaten zijn steeds cursief afgedrukt en, omdat ze doorgaans afkomstig zijn van één persoon, ter illustratie opgenomen.

Ad 1: In hoeverre is het mogelijk om met behulp van het DMO-P en in het kader van Samen Starten de risicofactoren in de opvoedingssituatie voor het welzijn van het kind adequaat in kaart te brengen bij de migrantengezinnen?

JGZ-professionals meldden overwegend dat niet zozeer door het DMO-P de opvoedsituatie in kaart wordt gebracht, maar meer doordat er op dat moment tijd is om met elkaar in gesprek te gaan. Daardoor ontstaat er meer inzicht in de achtergrond en situatie van het gezin, ook bij migrantengezinnen. Opgemerkt wordt dat het eigenlijk een momentopname is wanneer het kind nog maar twee maanden is. Een aantal zorgverleners vindt sommige vragen in het protocol te westers georiënteerd en heeft het idee dat je deze vragen niet kunt stellen vanwege culturele verschillen en achtergrond van de ouders. Bij ouders die het Nederlands niet of slecht beheersen is het afnemen van het DMO-P lastig waardoor de eventuele risico's in de opvoedsituatie niet goed in beeld komen.

Migrantenouders zeggen desgevraagd dat zij denken dat de zorgverleners beter inzicht in hun situatie hebben doordat ze zoveel vragen stellen.

'Ze hebben veel vragen gesteld, maar misschien is het na een paar dagen alweer een andere situatie. Ze hebben bijvoorbeeld gevraagd of je bij maatschappelijk werk bent geweest en of je een baan hebt.' (moeder)

Ad 2. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie is een van de drie kerndoelstellingen van het DMO-protocol.

- a. In hoeverre is een vertrouwensband met de ouders essentieel om gezondheidsrisico's bij allochtone ouders en kinderen te kunnen achterhalen?
- b. Wordt er een vertrouwensband opgebouwd door middel van het DMO-P?

De **zorgverleners** zijn het er grotendeels mee eens dat bij alle ouders een professionele vertrouwensband nodig is om gezondheidsrisico's goed in te schatten, maar dat daar meer voor nodig is dan het gebruiken van het DMO-P. De continuïteit van de zorgverlener is daartoe wel zo belangrijk, maar ook de houding ten opzichte van de ander. Het DMO-gespreksprotocol helpt wel mee om op een gestructureerde wijze vragen te stellen aan ouders, waardoor de interesse van de hulpverlener in de ander zichtbaar wordt; dat leidt echter niet automatisch tot een vertrouwensband.

'Ik zou ervoor pleiten om mensen op vaste dagen te laten werken, zodat de ouders steeds bij dezelfde mensen komen. Als er niks aan de hand is dan is een vertrouwensband niet belangrijk, maar als er iets is dan is het wel belangrijk.' (jgz-professional)

Volgens een jeugdverpleegkundige gaat de kwaliteit van het gesprek omhoog wanneer er continuïteit is in zorgverleners. Wanneer de ouders steeds dezelfde zorgverlener zien, vertellen ze ook meer; er zal meer openheid zijn tijdens het consult. Daarnaast is de zorgverlener dan ook beter op de hoogte van de situatie van het gezin. Zeker ook omdat het DMO-P al tijdens het tweede consult wordt afgenomen en er best wel intieme vragen moeten worden gesteld, is het goed wanneer men elkaar al vaker gezien heeft. Anderzijds wordt opgemerkt dat de vele vragen bij ouders ook kunnen leiden tot: waar bemoei jij je mee? Ook **ouders** vinden continuïteit van zorgverleners belangrijk:

'Het is fijn als je telkens dezelfde hebt, want zij weten beter hoe het met je kind gaat en hoe het daarvoor ging. Bijvoorbeeld als ze vragen of je kind kan rollen, dan komen ze daar de volgende keer op terug en die invalarts deed dat niet.' (moeder)

Tijdens de **observaties** is gekeken naar de sfeer tijdens het consult, de manier van spreken met elkaar, de manier van elkaar begroeten en/of afscheid nemen tijdens het consult, getoonde emoties en het spiegelen van elkaars handelen. Dit laatste doen mensen vaak als ze zich op hun gemak voelen, er overeenstemming is, of als ze zich begrepen voelen in een gesprek.

Bij de helft van de geobserveerde consulten werd er gespiegeld, meestal door de ouders.

In veel observaties zijn lachen en bezorgdheid de getoonde emoties. Vooral zorgverleners tonen de emoties via glimlachen of lachen; de ouders doen dit ook, maar tonen daarnaast nog meer variatie aan emoties: schaamte, 'weglachen van problemen of klachten', irritatie of frustratie. De getoonde emoties van de zorgverleners laten vooral interesse in de ander zien: het willen weten hoe het met ouder en kind gaat.

Over het algemeen genomen is de sfeer tijdens de consulten goed en open. Veel ouders vertellen en vragen aan de zorgverlener datgene wat ze op hun hart hebben. In de consulten met ouders die de Nederlandse taal niet goed beheersen is de sfeer minder open. Zorgverleners zijn eerder geneigd gesloten vragen te stellen en ouders geven korte antwoorden met 'ja' of 'nee' en vragen veelal niet door. Door het stellen van gesloten vragen ontstaat er eerder een gesloten sfeer. Wanneer een slecht Nederlands sprekende ouder ook nog zacht en onduidelijk spreekt, kan de reactie van de zorgverlener zijn dat deze met korte zinnen gaat spreken, soms harder en scheller gaat spreken, op een kinderlijke manier, of dat deze alleen spreekt tegen de ouder die de taal wel beheerst. Deze aspecten zullen een vertrouwensband niet bevorderen.

Ook wanneer er een andere zorgverlener is dan de ouder gewend is, is de sfeer minder open. Dit lijkt nadelig te zijn voor de vertrouwensband maar komt gelukkig niet vaak voor.

Bijna alle ouders worden met 'je' aangesproken door de zorgverlener, waardoor deze probeert de afstand tussen de ouder en zorgverlener klein te houden.

Uit de observaties blijkt dat er bij geen enkel consult waarbij dat volgens de onderzoekers wel nodig leek, een professionele tolk ingeschakeld is. Volgens de

zorgverleners komt dit doordat het werken met een tolk meer tijd kost en/of dat het consult wel eens uitloopt, waardoor een precieze tijd met een tolk lastig af te spreken valt, maar ook doordat migrantenouders soms niet op tijd of helemaal niet komen, terwijl er wel een tolk afgesproken is.

Ad 3. Wordt door het gebruik van DMO-P de bewustwording en competentie bij migrantenouders gestimuleerd?

Bewustwording en het vergroten van competenties van de ouders tegenover het opvoeden is een van de drie kerndoelstellingen van het gespreksprotocol. Uit de observaties blijkt dat er in vrijwel geen enkel consult waarin het DMO-P voor het eerst wordt gebruikt hierover aan de ouders uitleg wordt gegeven. Aan de andere kant vragen ouders ook niet waarom de zorgverlener al deze vragen stelt. In enkele consulten geeft de zorgverlener aan dat het consult wat langer zal duren omdat er een aantal vragen gesteld zullen worden. Het is minder waarschijnlijk dat ouders, zonder informatie over het gespreksprotocol en zonder kennis over hoe zij er zelf aan kunnen meehelpten, gestimuleerd worden om het DMO-P succesvol te laten verlopen. Gemotiveerde ouders zullen eerder geneigd zijn om hun acties en kennis te verbeteren. Uit de lengte van antwoorden kan afgeleid worden in hoeverre ouders goed en actief willen meewerken. In tweederde deel van de observaties blijkt dat ouders korte antwoorden geven. Het feit dat een deel van de ouders de Nederlandse taal matig tot slecht beheerst kan ook een rol spelen bij de korte antwoorden. Eenderde deel van de ouders geeft normaal tot uitgebreid antwoord, in meerdere zinnen. Wel is het zo dat ouders eerder open vertellen over fysieke, algemene zaken, maar minder open zijn wanneer het gaat om psychosociale problemen of financiën. Uit de interviews met de migrantenouders blijkt ook dat ze niet weten dat er een bepaald gespreksprotocol gehanteerd wordt, of dat er gebruik gemaakt wordt van een 'vroegsignaleringsmethode'.

'Wat fijn dat ik nu weet waarom ze al die vragen stellen.' (ouder tijdens interview)

Op de vraag aan ouders of ze door het consultatiebureau meer kennis hebben gekregen over het opvoeden van hun kind, komt geen eenduidig antwoord. Sommige migrantenouders melden dat ze alles eigenlijk al wel wisten, anderen geven aan dat ze meer weten over bijvoorbeeld de voeding of de slaaphouding voor hun kind.

Uit de interviews met de zorgverleners komt naar voren dat de competenties en bewustwording van ouders niet zozeer specifiek gestimuleerd worden door het DMO-P, maar eerder door de manier waarop het gesprek gevoerd wordt.

'... maar ook door motiverende gespreksvoering! Zo van dat heb je goed gedaan. Eigenlijk meer door motiverende gespreksvoering dan door Samen Starten.' ((jgz-professional)

De meeste zorgverleners denken dat door het stellen van vragen er meer bewustwording ontstaat bij de ouders, maar of de competenties worden gestimuleerd, is de vraag. Veel hangt af van het feit of de ouder begrijpt wat er gezegd wordt en openstaat voor adviezen.

Een jgz-professional denkt dat de bewustwording en competenties meer gestimuleerd worden als het kind iets ouder is: 'Ik denk dat het beter is om het DMO-P meer terug te laten komen, bijvoorbeeld op iets latere leeftijd, tussen de 2 en 3 jaar. Dan zijn er veel opvoedingsproblemen. Een uitgebreid consult rond de leeftijd van 2,5 jaar is dan gewenst.'

Ad 4. Wat gaat er goed en minder goed tijdens de consulten en in hoeverre ondermijnt, dan wel beïnvloedt dit de bruikbaarheid van het DMO-P?

Omdat dit onderzoek zich richt op de bruikbaarheid van het DMO-P bij migrantenouders is gezocht naar de succesfactoren tijdens het contactmoment. Ook de (ervaren) knelpunten komen aan bod.

De ouders vermelden als **succesfactoren** dat ze het idee hebben goed geholpen te worden door de zorgverlener, dat deze professioneel te werk gaat, dat de zorgverlener ze serieus neemt als ouder, dat ze altijd terecht kunnen met vragen op het consultatiebureau, dat ze zich op hun gemak voelen bij de zorgverlener en dat ze vaak dezelfde zorgverlener zien: de continuïteit van de zorgverlener.

De meeste ouders geven desgevraagd aan dat de zorgverlener niet perse rekening hoeft te houden met voor hen cultuurspecifieke kenmerken.

'Ze hoeven eigenlijk niks te weten want we wonen tenslotte in Nederland. Daarbij is er ook niet veel verschil. Wel misschien bij de oudere generatie, die praten niet graag over privédingen en daar wordt wel naar gevraagd tijdens het consult. Ik denk dat de jongere generatie daar niet zo moeilijk over doet. Misschien zijn er maar kleine verschillen, weet eigenlijk niet wat. Ja, misschien dat met besnijdenis voor jongetjes als je moslim bent.' (ouder)

Ouders blijken het positief te vinden als zorgverleners gewoon vragen naar hun gebruiken, zij waarderen het juist als de zorgverlener hier interesse in toont.

'Als het nodig is, vertel ik zelf dingen die belangrijk zijn uit mijn cultuur en geloof.' (ouder)

Een moeder meldt in het begin van het consult dat ze graag wil dat de jeugdverpleegkundige alles eerst met rechts doet: een hand geven en ook het geven van prikken. De jeugdverpleegkundige vraagt waar de ouders vandaan komen en of het met een religie te maken heeft. De ouders beamen dat dit inderdaad met hun religie te maken heeft: anders brengt het ongeluk. Tijdens het consult houdt de jeugdverpleegkundige rekening met de wens van de ouders. (observatie)

Een consultatiebureauarts vertelt dat het gesprek vaak positiever verloopt als je laat merken rekening te willen houden met een andere cultuur of religie.

Er worden in de interviews verschillende **knelpunten** genoemd door ouders en zorgverleners. Deze knelpunten kunnen worden ingedeeld in de volgende categorieën:

- **Taal**
Zowel ouder als zorgverlener noemen taal het meest als knelpunt in het contactmoment. Het gaat hier niet alleen om de beheersing van de Nederlandse taal maar ook om de manier van communiceren

'De taalbarrière en een andere manier van communicatie, bijvoorbeeld sociaal wenselijke antwoorden als ze iemand niet goed kennen en veel met 'ja' en 'nee' beantwoorden.' ((jgz-professional)

'Bij taalproblemen leveren open vragen simpelweg te weinig informatie op.' ((jgz-professional)

Het lijkt alsof er niet actief naar een oplossing wordt gezocht voor dit knelpunt. Zo wordt er tijdens geen enkel consult een professionele tolk ingeschakeld bij ouders die slecht tot matig Nederlands spreken. Een enkele keer fungeert een doktersassistente als tolk. Wel gebeurt het regelmatig dat als de ouders Engels spreken, de zorgverlener het consult in het Engels doet. (observatie)

- Cultuurverschil

Zorgverleners noemen ook het verschil in cultuur als knelpunt. Maar sommigen zien het juist als een uitdaging of verrijking van het vak.

'Cultuurverschil maakt mij niet uit. Ik vind het juist leuk en dat is geen knelpunt. Ik zie het als uitdaging. Alles heeft te maken met respect en vertrouwen.' ((jgz-professional)

Toch vinden veel zorgverleners het wel lastig. Het vraagt vaak om een andere manier van benaderen, een andere manieren van communiceren en soms moet er ook rekening gehouden worden met andere gebruiken of specifiek culturele kenmerken.

'Grote verschillen, vooral met regels en grenzen handhaven. Ze durven haast geen "nee" te zeggen: kind is koning in het gezin. Vaak hebben ze ook een heel ander idee over de leeftijd waarop de opvoeding begint: kennelijk pas bij 2 jaar, of nog later. Men heeft ook onvoldoende kennis van de ontwikkeling van het kind.' ((jgz-professional)

'Ouders zijn bang voor de puberteit, maar dat dingen eerder spelen hebben ze niet zo door; kinderen van 2-3 jaar worden vaak nog als baby behandeld. Alles mag. Totdat ze een jaar of 5-6 zijn, dan worden ze ineens gedisciplineerd. Een kind wat alles mag is thuis ook niet gezellig. Hier bots je tegen aan. Opvoeden tot gezonde gehoorzaamheid is soms erg lastig duidelijk te maken.' ((jgz-professional)

Verskil tussen allochtone- en autochtone populatie is volgens de zorgverleners vooral te zien in het bespreken van psychosociale problematiek:

'Allochtone ouders weten er sowieso weinig vanaf; er is informatiegebrek bij deze doelgroep. Ook is het een taboe: het betekent dat je je kind niet goed opvoedt als er psychische problemen zijn; ouders willen dit dus liever niet erkennen.' ((jgz-professional)

'Binnen veel culturen worden problemen als normaal ervaren. Een broer of opa vertoont het zelfde gedrag, dus het is geen probleem.' ((jgz-professional)

'Er is veel angst over hoe er wordt omgegaan met psychosociale problemen. Ouders vrezen voor het Nederlandse systeem en de Kinderbescherming die mogelijk je kind afpakt.' ((jgz-professional)

- DMO-P-vragen

De zorgverleners verschillen van mening over de bruikbaarheid van het DMO-P bij migrantenouders. Een aantal van hen vindt het DMO-P te westers georiënteerd en heeft het gevoel niet naar bepaalde aspecten te mogen vragen vanwege de cultuur van de migrantenouder. Voor hen is het DMO-P dan ook lastiger te hanteren bij deze groep ouders. Een aantal zorgverleners is het hier niet mee eens en weet zich met een aangepaste vraagstelling een beeld te vormen van de opvoedsituatie; deze groep heeft dus ook minder moeite met het DMO-P bij migrantenouders.

Een aantal vragen zouden niet passend zijn:

'De vraag: "In hoeverre klopt de situatie met wat u verwacht?" wordt vaak niet begrepen, of er wordt niet over nagedacht. Of bijvoorbeeld de vraag: "Hoe tevreden ben je over de rol van je partner?" Hier krijg ik geen antwoord op. De vraag "Hoe ontwikkelt het kind zich volgens jou?", vragen op sociaal-emotioneel gebied; het woord "verzorgingsaspecten" is ook erg moeilijk. Verder vragen over de relatie en de financiën: de woorden zijn te lastig om te begrijpen. Je krijgt een verkeerde reactie. Pas als je de begrippen uitlegt, krijg je respons over de relatie en de financiën, soms krijg je sociaal wenselijke antwoorden. Of soms het tegenovergestelde, hele verhalen met het idee dat je de problemen voor hun op kan lossen.' (jgz-professional)

Een jgz-professional verwoordt het als volgt:

'De vragen met betrekking tot familieomstandigheden; de schoonmoeder speelt vaak een negatieve rol, de rol van de familie is vaak heel groot. Dus op de vraag of je steun hebt uit je omgeving is het antwoord vaak "ja", maar de steun is dan wel een van de verkeerde soort. Moeders willen vaak wel dingen veranderen (het kind langer laten huilen bij leren doorslapen, of minder snoep), maar dit lukt vaak niet door de "overheersende" schoonmoeder.'

Bijna alle zorgverleners melden dat er binnen het DMO-P vragen ontbreken voor de migrantenouders. Zo zouden er meer vragen moeten zijn over de invloed van cultuur en religie van de ouder op de opvoeding: *'Ook de rol van de moskee en het buurthuis zouden bevraagd moeten worden'*.

Dat ouders verschillende woorden en vragen uit het DMO-P niet begrijpen, blijkt ook uit de interviews met de ouders. Een voorbeeld is dat aan migrantenouders wordt gevraagd wat zij onder het woord 'opvoeden' verstaan – zonder dit nader toe te lichten.

'Ik denk dan aan flesvoeding en borstvoeding en andere voeding hoe je deze moet geven en wanneer, welke leeftijd.' (moeder)

- Benaderen

De zorgverleners rapporteren dat je migrantengezinnen vaak iets anders moet benaderen; vooral bij gezinnen waarvan ouders lager opgeleid zijn en de taal slecht beheersen heerst soms achterdocht, dan moet je voorzichtig te werk gaan en de vragen aanpassen.

Een arts pleit voor meer benadering door mensen uit de eigen cultuur, die kunnen uitleggen dat het consultatiebureau niet alleen om groei van de baby

gaat, maar ook om bijvoorbeeld de spraak en sociaal-emotionele ontwikkeling. Dat zou de consulten beter doen verlopen.

- **Hulpvraag**
 Vooral bij de groep ouders die laagopgeleid zijn en de Nederlandse taal niet goed beheersen, is het formuleren van een hulpvraag soms lastig. Ze weten vaak niets over het Nederlandse zorgsysteem en wat er mogelijk of onmogelijk is.

‘Dat het formuleren van de hulpvraag erg lastig is. Dit komt niet zozeer door taal, maar cultuur en onbewustheid van mogelijke oplossingen spelen een rol, evenals taboes.’ ((jgz-professional)

‘Vaak worden er ook sociaal wenselijke antwoorden gegeven en er wordt ook meer gebagatelliseerd. Ouders willen vaak niet toegeven dat ze moeite hebben met opvoeden of dat ze geslagen worden; deze mensen zijn erg kwetsbaar.’ ((jgz-professional)
- **Tijd**
 Zorgverleners zouden meer tijd willen hebben voor de groep ouders die de Nederlandse taal niet goed beheerst. Zij zijn bij hen veel tijd kwijt aan het uitleggen en toelichten van vragen en kunnen daardoor minder behandelen tijdens een consult, of ze lopen enorm uit. De meeste ouders vinden de duur van het consult prima. Zij vinden het wel belangrijk dat ze al hun vragen kunnen stellen, en meestal kan dat ook.
- **Wachttijd**
 Een aantal ouders meldt dat zij het lange wachten in de wachtkamer als knelpunt ervaren. Voor hen betekent dat dat ze soms minder vragen zullen stellen tijdens het consult, bijvoorbeeld omdat ze op tijd weer hun andere kinderen van school moeten halen. Dit in tegenstelling tot de zorgverleners die de indruk hebben dat deze groep het over het algemeen niet erg vindt om te moeten wachten in de wachtkamer:

‘Allochtonen vragen minder, zijn minder kritisch en vinden het minder erg als ze lang moeten wachten.’ ((jgz-professional)
- **Onduidelijkheid**
 Uit de interviews met de ouders blijkt dat onduidelijkheid of onvoldoende kennis over wat het bezoek aan het consultatiebureau precies inhoudt, soms negatief werkt. De meeste ouders weten wel waarom ze naar het consultatiebureau komen, namelijk voor het wegen, meten en de vaccinaties. Daarnaast noemen ouders dat ze vragen kunnen stellen aan de zorgverlener over het opgroeien van hun kind. Hiermee wordt in grote lijnen bedoeld: wat en hoeveel geef ik mijn kind te eten, wat doe ik als mijn kind niet wil slapen en andere lichamelijke vragen over het kind. Het psychosociale of sociaal-emotionele aspect van de opvoeding en ontwikkeling van het kind is vaak niet in beeld bij de ouders. De ouders reageren daarom soms geïrriteerd als er zoveel vragen aan hen gesteld worden over henzelf, de gezinssituatie, de financiën, de sociale omgeving enzovoorts terwijl ze niet weten waarom de vragen gesteld worden.

'Het zijn vaak dezelfde vragen, ook te intieme vragen. En ze kunnen je toch niet verder helpen, en je kunt gewoon zeggen dat alles goed gaat, sociale antwoorden.' (moeder)

Uit het voorafgaande blijkt dat het grootste knelpunt, de taalbarrière, van invloed is op de bruikbaarheid van het DMO-P. De zorgverleners kunnen de vragen vanuit het DMO-P niet zo stellen als dat zou moeten: open vragen worden noodgedwongen gesloten gesteld. Ook het feit dat ouders niet weten waarom al deze vragen uit het DMO-P aan hen gesteld worden, komt het gesprek niet ten goede.

- Ad 5. Zijn de vervolgacties zoals die geadviseerd worden tijdens de consulten ook bruikbaar voor allochtone ouders en hun kinderen?

Een derde kerndoelstelling van het DMO-P luidt: 'De opvoedingssituatie en het welzijn van het kind in kaart brengen om gericht te kunnen verwijzen'. Het gaat dus om de vervolgacties na het consult. Is het mogelijk om voor migrantenouders passende adviezen te geven, volgen ouders die op, en is het mogelijk om ouders gericht te verwijzen? Ook is onderzocht of ouders zelf vragen om adviezen of een doorverwijzing voor hun kind.

Uit de observaties blijkt dat er eigenlijk in bijna elk consult wel een advies wordt gegeven. Meestal zijn dit adviezen over voeding, motoriek, grenzen stellen enzovoort. Wanneer de zorgverleners hun advies geven, stellen de meeste ouders dat ze het advies ook willen opvolgen. De ouders die de Nederlandse taal beheersen, vragen vaak door, of controleren of ze het goed begrepen hebben. De ouders die de Nederlandse taal matig of slecht beheersen, wekken de indruk de gegeven adviezen niet goed te begrijpen. Zij antwoorden veelal met 'ja', maar het blijft twijfelachtig of zij het advies wel of niet zullen opvolgen.

'Ik heb advies gekregen voor het geven van rijstbloem met 5 maanden in plaats van 4 maanden. En mijn kind meer op de buik laten liggen in verband met zijn ontwikkeling. Ook nog een advies gekregen vanwege de besnijdenis van mijn zoon. De adviezen hebben we opgevolgd, behalve dat van de rijstbloem. Het zijn toch adviezen die de ontwikkeling van je kind verbeteren en wij moeten ook alles leren, dus dat is wel fijn.' (moeder)

Slechts een enkele keer worden, volgens de ouders, adviezen gegeven die niet passend zijn binnen cultuur of geloof:

'Wij kregen medicijnen voor de buikkrimp van de baby. Maar hierin zat alcohol. Bij ons mag je geen alcohol.' (vader)

Of dit advies werd opgevolgd? *'Eerst niet opgevolgd. mijn vrouw wou het niet, ik vind dat het wel mag, het is een medicijn. Uiteindelijk heeft mijn vrouw het medicijn wel aan de baby gegeven. We hebben niet tegen de arts gezegd dat wij dit medicijn niet willen.'* (vader)

Zorgverleners zijn minder positief over de vervolgacties en verwijzingen die voortvloeien uit het protocol. Het blijkt lastig te zijn om goed te verwijzen. Enerzijds doordat de zorgketen niet optimaal functioneert, anderzijds doordat sommige klachten van ouders cultuurspecifieke aanpak verlangt. Zorgverleners vinden het wel lastig dat je veel aan de ouders vraagt, maar op gebieden als huisvesting en financiële situatie kun je nauwelijks actie ondernemen.

Ad 6. Welke aanbevelingen kunnen worden gedaan voor verbeteringen in de bruikbaarheid van het DMO-P?

Een arts heeft duidelijke aanbevelingen voor verbetering van het gebruik van het DMO-P :

'Het DMO-P kan zeker waardevol zijn, maar het moet dan toch eenvoudiger, laagdrempelig en minder bedreigend zijn en je moet er meer tijd voor hebben per consult. Ook voor het vervolg: er moet een duidelijk moment zijn of komen om de lijst nog eens na te lopen en je alles nog eens kunt navragen. Anders verzandt het geheel. Je moet daarbij ook blijven werken aan de keten! Eigenlijk moet de gemeente dit oppakken voordat je begint met Samen Starten.' ((jgz-professional)

In bovenstaande worden veel van de door andere zorgverleners genoemde verbeterpunten samengevat. Om overlap te voorkomen worden deze aanbevelingen in het volgende hoofdstuk nader uitgewerkt.

3. Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de interviews met zorgverleners en migrantenouders en op basis van observaties van consulten, worden conclusies getrokken over de bruikbaarheid van het DMO- gespreksprotocol voor vroegtijdige signalering van psychosociale problemen bij allochtone kinderen in de leeftijd van 0 tot 2 jaar. Aan de conclusies worden aanbevelingen gekoppeld. Deze aanbevelingen kunnen leiden tot verbetering van de zorg, niet alleen voor migrantengezinnen maar tegelijkertijd voor alle andere gezinnen. De conclusies en aanbevelingen zijn weliswaar gebaseerd op een kleine onderzoekspopulatie op twee consultatiebureaus maar er is niet veel reden te veronderstellen dat de bevindingen van jgz-professionals en migrantenouders elders anders zullen zijn.

Door de universele benadering van het DMO-P, in combinatie met het grote bereik van de consultatiebureaus, zou het programma Samen Starten in principe ook geschikt moeten zijn voor migrantengezinnen (Tan, 2008). Het DMO-P geeft de professional het gereedschap om adequaat om te gaan met de grote (etnisch-culturele) diversiteit van de cliëntenpopulatie. In de praktijk van dit onderzoek blijkt het DMO-P bij migrantenouders bruikbaar, mits de ouders de Nederlandse taal goed beheersen. Bij ouders die de taal niet of nauwelijks spreken blijkt de taalbarrière een groot knelpunt te zijn: de zorgverleners kunnen de vragen vanuit het DMO-P niet zo stellen als dat zou moeten. Er staan veel begrippen en woorden in het gespreksprotocol die door veel migrantenouders niet begrepen worden. Aan de andere kant vinden zorgverleners bepaalde vragen uit het DMO-P ongepast of te moeilijk voor migrantenouders en laten deze weg.

Aanbevelingen

- **Tijd**
De meeste zorgverleners willen meer tijd voor het consult bij deze doelgroep ouders. Het consult zou liefst tien minuten langer mogen duren om meer tijd te hebben de vragen toe te lichten en adviezen beter te kunnen uitleggen. De extra tijd zal ook ten goede komen aan het verstevigen en opbouwen van een vertrouwensband.
- **Huisbezoek**
Creëer een mogelijkheid om meer huisbezoeken af te leggen, vooral bij die migrantenouders die de Nederlandse taal slecht of niet beheersen. Hierdoor kan de zorgverlener al veel in kaart brengen zonder dit te hoeven vragen: hoe de ouders wonen, hoe de gezinssituatie is en bovendien zal dit een betere vertrouwensband ten goede komen. Immers, de ouder is in zijn vertrouwde omgeving en zal zich meer op zijn gemak voelen.
- **Interculturele competenties**
Binnen de training voor het DMO-P moet (meer) aandacht besteed worden aan interculturele competenties van de medewerkers, zodat zij minder moeite hebben met het stellen van bepaalde vragen aan migrantenouders.
- **Interesse in achtergrond ouders**
Ouders waarderen het wanneer de zorgverlener geïnteresseerd is in hun culturele gewoonten; de beste manier om daarachter te komen is er gewoon naar vragen.

- **Professionele tolk**
Bij ouders die de Nederlandse taal niet goed beheersen is het inschakelen van een professionele tolk nodig om het DMO-P op de juiste wijze af te kunnen nemen. In dit onderzoek schakelen zorgverleners nauwelijks een telefonische tolk in. Wellicht is de fysieke aanwezigheid van een tolk tijdens bepaalde CB-zittingen een oplossing. Door het taalprobleem worden meer vragen gesloten gesteld en krijgt de zorgverlener minder zicht op opvoedrisico's. De extra investering van een aanwezige tolk verdient zich op termijn ruimschoots terug, doordat men een beter beeld krijgt van de situatie van de ouders en door een betere vertrouwensband met de ouders.
- **Herhaal het DMO-P op latere tijdstippen**
Omdat het om een momentopname gaat willen zorgverleners graag het DMO-P op gezette tijden terug laten komen. In de huidige situatie komt het DMO-P in het tweede consult uitvoerig aan bod, tijdens de consulten daarna slechts die vragen die aandacht behoeven. In de praktijk blijkt dit niet realiseerbaar: vaak vanwege tijdgebrek, maar soms ook omdat er bij de eerste afname van het protocol geen noemenswaardige zaken naar boven zijn gekomen. Op latere leeftijd van het kind kan de situatie echter heel anders zijn.
- **Uitbreiding DMO-P voor migrantenouders**
Bij aanpassing van het DMO-P zou, liefst in overleg met de doelgroep, een aantal vragen over de opvoedcontext van migrantenouders toegevoegd moeten worden, waardoor meer inzicht wordt verkregen in hun situatie.

3.1. Vertrouwensrelatie

Het opbouwen van een (professionele) vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt op basis van gelijkwaardigheid is een kerndoelstelling van het DMO-P en wordt als cruciaal gezien in het hele zorgproces, vooral bij die gevallen waar zich (ernstige) problemen en risico's voordoen op psychosociaal gebied. Door alle betrokkenen wordt beaamd dat een vertrouwensband een positief effect heeft op de openheid van het gesprek. Ouders zullen eerder geneigd zijn meer te vertellen wanneer zij goed bekend zijn met de zorgverlener. Hierdoor zullen mogelijke risicofactoren voor gezondheid eerder in kaart gebracht kunnen worden.

De zorgverleners zien het DMO-P echter niet als het hulpmiddel om een vertrouwensband op te bouwen. Het helpt mee om op een gestructureerde manier vragen te stellen aan de ouders, maar voor het opbouwen van een vertrouwensband zijn de continuïteit van zorgverlener en de houding van de zorgverlener van groter belang.

Aanbeveling

- Ten behoeve van het nodige vertrouwen om de vragen uit het DMO-P te kunnen stellen moet er continuïteit in zorgverlener zijn; bij voorkeur voert degene die het huisbezoek gedaan heeft, ook het 2^e consult met het DMO-P uit.
In dit onderzoek is gelet op het spiegelgedrag tussen de zorgverlener en migrantenouder. Spiegelgedrag wordt beschouwd als een indicatie voor vertrouwdheid met elkaar en daarmee voor vertrouwen in elkaar. In het geval van een gelijkwaardige relatie (de tweede pijler van het DMO-P) wisselen

gesprekspartners het spiegelen af. Uit de observaties werd duidelijk dat in verreweg de meeste gevallen de ouder de professional spiegelde. Dat is een indicatie voor een ongelijkwaardige relatie, maar wellicht is dit inherent aan een zorgverlener-cliëntrelatie.

Daarnaast strekt het tot aanbeveling om privacy gevoelige vragen uit het DMO-P, zoals bijvoorbeeld financiële situatie en rol van partner, op een later tijdstip te vragen in plaats van direct in het tweede consult.

3.2. Bewustwording en competentie

Een cruciale voorwaarde voor het welslagen van Samen Starten/DMO-P is dat ouders weten waarom er zoveel vragen gesteld worden over zaken die naar hun idee niets te maken hebben met waar het volgens hen om gaat: of de baby gezond is en goed groeit. Uit de observaties en interviews met ouders blijkt echter dat zij nauwelijks weten waarom vragen over hun relatie en financiële situatie worden gesteld.

Aanbeveling

- Er is meer voorlichting aan migrantenouders nodig over wat zij van het consultatiebureau in het algemeen kunnen verwachten, en met name over de methode Samen Starten/DMO-P, liefst mondeling en in eenvoudige taal. Het is aannemelijk dat ouders meer gemotiveerd zijn om goede antwoorden te geven wanneer zij het doel van de methode kennen en begrijpen. Ondersteunend materiaal is hierin belangrijk: een brochure, met eenvoudige tekst die ondersteund wordt door beeldmateriaal. Ook kan er tijdens de zwangerschapsbijeenkomsten beeldmateriaal getoond worden (bijvoorbeeld een dvd) over de gang van zaken tijdens het bezoek aan het consultatiebureau.

De meeste ouders vertrouwen op (de deskundigheid van) de zorgverleners en vinden de gegeven adviezen bruikbaar en de moeite van het opvolgen waard. Daarbij moet wel aangetekend worden dat het bij deze populatie meestal ging om 'gewone', niet 'bedreigende' adviezen over voeding, slaappatroon, eventueel medicijngebruik en andere adviezen over het lichamelijk welzijn van het kind. Wanneer er veel moeilijke woorden of abstracte begrippen gebruikt worden, kan het voor analfabeten of laaggeletterden toch onduidelijk zijn wat er nu eigenlijk gezegd wordt. Adviezen komen niet aan, zullen niet opgevolgd worden.

Aanbevelingen

- Pas de voorlichting aan op het opleidingsniveau van de ouders. Gebruik simpele taal en ondersteun dit met de op CB's aanwezige plaatjesboeken. Houdt rekening met de gezondheidsvaardigheden van de ouders.
- Versterk eigen regie, zelfmanagement en competenties (health literacy). Behalve dat zorgprofessionals en -organisaties een verantwoordelijkheid hebben in goede en effectieve (aansluiting van) zorg voor migrantenouders, hebben migrantenouders ook zelf een verantwoordelijkheid. Veel migrantenvrouwen ervaren steun van groepsbijeenkomsten op het consultatiebureau waarbij zij, onder deskundige begeleiding en samen met andere ouders een bepaald onderwerp bespreken en hun ervaringen en vragen kwijt kunnen.

3.3. De opvoedsituatie in kaart

Zorgverleners vinden het toch moeilijk om met het DMO-P de eventuele risico's in de opvoedsituatie bij migrantenouders in kaart te brengen. Volgens hen brengt het DMO-P wel de achtergrond en de gezinssamenstelling in beeld maar niet zozeer de opvoedsituatie, eventuele opvoedproblemen en het welzijn van het kind. Het lijkt erop dat het DMO-P in dit opzicht tekortschiet bij toepassing bij migrantenouders.

Aanbeveling

- Om het DMO-P bij migrantenouders goed te kunnen hanteren, vooral bij die ouders die het Nederlands nauwelijks beheersen, is er extra inspanning vereist. De zorgverleners moeten beschikken over interculturele vaardigheden. Mogelijk moet het DMO-P aangepast worden zodat het ook voor migrantenouders bruikbaar is. Wellicht zal een aantal vragen aangepast, weggelaten of juist toegevoegd moeten worden. Hier zal nader onderzoek naar verricht moeten worden. Belangrijk hierbij is dat migrantenouders bij dit proces betrokken worden.

3.4. Keten zorg

Het goed functioneren van de hele ketenzorg is een voorwaarde voor het slagen van Samen Starten. Ondanks veel goede bedoelingen is deze nog niet optimaal.

Aanbeveling

- Versterk en verruim de ketenzorg. Nauwere contacten met zelforganisaties van migranten, of moskeeën, kunnen leiden tot meer verwijsmogelijkheden voor migrantenouders.

4. Literatuur

Berkum, M.T.M. van & Smulders, E.M.C. (2010). *Migranten, preventie en gezondheidszorg*. Utrecht: Pharos.

Bouwmeester, M., Dekovic, M. & Groenendaal, H. (1998). *Opvoeding in Somalische vluchtelinggezinnen in Nederland*. Assen: Van Gorcum.

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. New York: Sage Publications.

Eldering, L. (2002). *Cultuur en opvoeding. Interculturele pedagogiek vanuit ecologisch perspectief*. Rotterdam: Lemniscaat.

Farrington, D.P., Loeber, R. & Kammen, W.B. van (1990). Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention-deficit and conduct problems in childhood. In: Robins, L.N.; Rutter, M.R. (Eds.). *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*. (pp. 62-81). New York: Cambridge University Press.

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

Ince, D. & Berg, G. v.d. (2010). *Overzichtsstudie interventies voor migrantenjeugd; ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Moffitt, T., Caspi, A., Harrington, H. et al (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N. et al (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct in males: natural history from 3 to 18. *Dev Psychopathol*; 8, 399-424.

Pels, T., Gruijter, M. de, Kromontono, E., Mak, J. & Geense, P. (2005). *Vluchtelinggezinnen: opvoeding en integratie. Opvoeding en ondersteuning in gezinnen uit Iran, Irak, Somalië en Afghanistan in Nederland*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Postma, S. (2008). *JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen*. Bilthoven: RIVM Centrum Jeugdgezondheid.

Tan, N., Bekkema, N. & Öry, F. (2008). *Toepasbaarheid van opvoedingsondersteuning voor Marokkaanse en Turkse gezinnen in Nederland, in het bijzonder van het programma Samen Starten/DMO-P*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

TNO Kwaliteit van Leven. (z.j.). Samen Starten. Samen werken aan preventie van gedragsproblemen bij kinderen. *Informatieblad voor gemeenten*.

Vogels, A.G.C., Crone, M.R., Hoekstra, F. e.a. (2005). Drie vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problemen bij kinderen van zeven tot twaalf jaar. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

Wolff, M. de, Pannebakker, F. & Öry, F. (2009). *Evaluatie Samen Starten: Een onderzoek onder artsen, verpleegkundigen en managers*. Delft: TNO Kwaliteit van Leven.

Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland. Kwaliteit van Leven*. Den Haag-Leiden: Sociaal Cultureel Planbureau-TNO Kwaliteit van Leven.

Bijlage 1 DMO-Protocol

DMO PROTOCOL: de brede opvoedingscontext

naam arts	huisbezoek	naam
naam verpleegkundige	naam	naam
Gesprekspartner:	datum	datum
Hoe gaat het in vergelijking met vorige keer:	leeftijd wk	leeftijd wk
	vader/moeder/familie/oppas	vader/moeder/familie/oppas
	beter/slechter/hetzelfde	beter/slechter/hetzelfde
1 Competentie ouder		
a Hoe bevalt het om moeder (van .. kinderen) te zijn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b In hoeverre klopt de situatie met wat je verwacht had?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Zijn er verzorgingsaspecten waar je je onzeker over voelt/moeite mee hebt? Zo ja, welke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d In hoeverre kom je voldoende aan jezelf/andere dingen toe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Hoe is het met de gezondheid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Rol partner		
a Wat vindt partner van de komst van ..?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b In hoeverre draagt partner bij aan de verzorging?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Hoe tevreden ben jij over die bijdrage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d In hoeverre zijn jullie het over de manier van opvoeden/verzorgen eens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Wat gebeurt er bij onenigheid (daarover)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f Hoe is de relatie met je partner in het algemeen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(in geval geen partner: hoe ervaart moeder dat?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g Welke impact heeft de komst van ... op jullie relatie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Sociale steun		
a Wie helpen je emotioneel bij de verzorging?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Wie helpen je praktisch bij de verzorging?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Van wie krijg je advies bij de verzorging?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d In hoeverre kom je uit met het totaal aan steun/hulp dat je krijgt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Ben je bekend met mogelijkheden om je sociale netwerk te vergroten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f In hoeverre heb je (meer) behoefte aan contact met andere moeders met baby's?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g Hoe is de relatie met je eigen ouders (geweest)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Obstakels:		
a Zijn er het afgelopen jaar voor jou ingrijpende gebeurtenissen/veranderingen geweest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b In hoeverre wordt je omgang met ... beïnvloed door gebeurtenis x ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Hoe gaat het met werk en opvang ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d Hoe gaat het financieel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e Hoe gaat het met huisvesting?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d Zijn er nog andere omstandigheden die van invloed zijn op je gezin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Welbevinden kind		
a Hoe gaat het overall met.....?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b Hoe ontwikkelt ... zich volgens jou (op sociaal emotioneel gebied)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c Hoe vertrouwd zijn ... en jij al met elkaar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d Hoe reageert ... op de omgeving?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e In hoeverre herken je verschillende manieren van huilen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samenvatting: prima / zozo / probleem	Samenvatting: prima / zozo / probleem	Samenvatting: prima / zozo / probleem
Interventie:	Interventie:	Interventie:
Vervolg: regulier contact / huisbezoek / extra consult	Vervolg: regulier contact / huisbezoek / extra consult	Vervolg: regulier contact / huisbezoek / extra consult

