

moeders weer gegevens verzameld. Er wordt hard gewerkt om meer gezinnen bij de follow-up te betrekken. Van de 91 moeders uit de controlegroep hebben tot nu toe 74 moeders nieuwe gegevens aangeleverd. Ook hebben bijna 100 leraren een vragenlijst (CBCL) over het gedrag van het kind in de klas ingevuld.

Naast deze follow-up is de Universiteit van Amsterdam in 2007 gestart met een nieuw onderzoek naar de effecten van Home-Start, met financiering van ZonMw. De resultaten hiervan volgen in 2009.

The smart thing to do

Het goede idee Home-Start heeft in onderzoek positieve effecten laten zien. De follow-up en het nieuwe onderzoek zullen ons meer inzicht geven in deze effecten en hun oorzaken. Het feit dat Home-Start zich richt op het welzijn van moeders van jonge kinderen kan hierin een belangrijke rol spelen. Charles McCormack, de president van Save the Children, zegt hierover:

If 75 years of field experience have taught us anything, it is that the quality of children's lives depends on the health, security and well-being of their mothers. Investing in the health and well-being of mothers everywhere is not just the right thing to do – it is the smart thing to do.

Literatuur

- Galama, M. Home-Start. In: Hermanns J, Nijnatten C van, Verheij F, Reuling M, red. Handboek jeugdzorg, deel 2: Methodieken en programma's. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- Asscher JJ, Dekovic, Hermanns J. Parenting support in community settings, parental needs and effectiveness of the Home-Start program. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut, 2005.

www.home-start.nl

Over Save the Children: www.savethechildren.org.

Over het onderzoek naar Home-Start: www.uva.nl/opvoedingsondersteuning.

K. Kooijman, E. Struijf, S. van Coeverden, A. Crijnen en F. van Leerdam

VoorZorg: opvoedingsondersteuning van zwangerschap tot peutertijd

Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het VU medisch centrum (VUmc) en instellingen voor jeugdgezondheidszorg ontwikkelen gezamenlijk het programma VoorZorg voor uitvoering in Nederland. In dit programma krijgen moeders ondersteuning tijdens de zwangerschap en bij de opvoeding, in de vorm van huisbezoeken door gespecialiseerde jeugdverpleegkundigen. Het doel van het programma is een optimale ontwikkeling van kinderen en moeders te bevorderen.

De basis: het Nurse-Family Partnership-programma

VoorZorg is gebaseerd op het Nurse-Family Partnership (NFP)-programma uit de VS, dat bijna dertig jaar geleden is gestart onder leiding van professor David Olds. NFP werd door kinder- en jeugdpsychiater Alfons Crijnen naar Nederland gehaald. Dit programma is in Amerika wetenschappelijk nauwkeurig op effecten onderzocht.¹ Significante effecten zijn aangetoond, waaronder: minder kindermishandeling, minder eerste hulpbezoeken wegens ongelukken en minder ernstige lichamelijke trauma's, minder arrestaties en veroordelingen bij kinderen tot hun 15e jaar, minder vroeggeboorten en hoger geboortegewicht van baby's, minder gedragsproblemen door alcohol- of drugsgebruik van de moeders, minder tweede zwangerschappen, en meer

moeders die in hun eigen levensonderhoud voorzien.^{2,3} De interventiekosten zijn op vierjarige leeftijd van het kind terugverdiend, en worden over de gehele levensloop van het kind viervoudig terugverdiend.⁴ Het NFP-programma is in 2008 in de VS in 23 staten geïmplementeerd, met een deelname van meer dan 13.000 gezinnen.

Het programma

VoorZorg richt zich op vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind. De eerste zwangerschap is een belangrijk overgangsmoment in het leven van vrouwen. Aanstaaende moeders willen graag het beste voor hun kind en staan om die reden ook open voor nieuwe informatie. Deze insteek biedt goede kansen om risicogedrag tijdens de zwangerschap zelf te veranderen, zoals roken, alcohol- en middelengebruik. Een sterke kant van het program-

Klaas Kooijman senior medewerker, afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp, Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht. *Elle Struijf* directeur, Evean Jeugdgezondheidszorg, Purmerend, en promovenda Academische Werkplaats JGZ, VUmc, Amsterdam. *Silvia van Coeverden* en *Frank van Leerdam*, Academische Werkplaats JGZ, VUmc, vakgroep Sociale Geneeskunde, EMGO-instituut, Amsterdam. *Alfons Crijnen* kinder- en jeugdpsychiater, Altra Jeugdzorg en VUmc, Amsterdam. Correspondentieadres: K. Kooijman, NJI, Postbus 19221, 3501 DE Utrecht, tel. 030-2306567, k.kooijman@nji.nl.

ma is dat de interventie ingezet wordt vóór de risicofactoren hebben geleid tot schade bij het kind en tot een negatieve spiraal in de (toekomstige) opvoeding. VoorZorg is bestemd voor vrouwen die jonger zijn dan 25 jaar, maximaal 28 weken zwanger, laagopgeleid met diverse psychosociale problemen. De huisbezoeken (gemiddeld twee per maand) starten in de zwangerschap en duren tot de tweede verjaardag van het kind. De huisbezoeken zijn gestandaardiseerd, en bieden tevens ruimte om in te gaan op de vragen en zorgen die moeders zelf inbrengen. Hierbij komen diverse 'levensdomeinen' van de moeder aan bod, waaronder haar eigen gezondheid en ontwikkeling en haar rol als opvoeder. Gewerkt wordt aan realistische en haalbare doelen, volgens principes van gestructureerde gedragsverandering en gezondheidsvoorlichting. Veel aandacht wordt besteed aan de versterking van de competenties van de moeders. De partner en het sociale netwerk van de moeder worden betrokken.

Ontwikkeling en uitvoering in Nederland

Er is bewust gekozen voor positioneren van VoorZorg in de jeugdgezondheidszorg, als een basisvoorziening waar praktisch alle ouders gebruik van maken, die algemeen geaccepteerd en niet stigmatiserend is. Jeugdverpleegkundigen hebben al veel expertise en ervaring met de begeleiding van ouders en kinderen.

VoorZorg is eind 2004 gestart in twee proeflocaties. Deze fase was bedoeld om te onderzoeken of het Amerikaanse programma ook toepasbaar is in de Nederlandse jeugdgezondheidszorg. De evaluatie is verricht door onderzoekers van het Trimbos-instituut met financiering van ZonMw.⁵ Zij concludeerden onder meer dat de beoogde doelgroep goed wordt bereikt, dat de moeders veel steun hebben aan de relatie met de VoorZorg-verpleegkundige, dat de verpleegkundigen goed in staat zijn het programma 'zoals bedoeld' uit te voeren, en dat de ontwikkelde materialen voldeden aan de behoeften van zowel de verpleegkundigen als de moeders.

Goede training en begeleiding van de VoorZorg-verpleegkundigen zijn uiteraard belangrijk. Het NJI biedt daartoe trainingsmodulen en caseconferenties. Daarnaast wordt van alle verpleegkundigen verwacht dat zij – voor zover zij nog niet in deze methode zijn opgeleid – een verkorte opleiding videohometraining volgen.

Een recente evaluatie van Oudhof en Prinsen onder 22 VoorZorg-verpleegkundigen heeft tot verdere verbeteringen geleid, zoals een handreiking om de toeleiding door verloskundigen naar VoorZorg goed te regelen en een protocol en scholing om de leerbare vermogens van cliënten te kunnen beoordelen.⁶

Onderzoek

Omdat Nederland het eerste land buiten de VS is waar NFP mag worden toegepast, is het nodig onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van het programma. De

resultaten in de VS kunnen niet zonder meer worden toegepast op de situatie in Nederland. In de VS bestaan bijvoorbeeld geen consultatiebureaus JGZ. De sociaaleconomische verschillen tussen bevolkingsgroepen zijn daar groter, en zijn zeker ten nadele van de moeders die NFP ontvangen. Daarom is in maart 2007 gestart met effectonderzoek dat gebaseerd is op een RCT (randomised controlled trial) naar VoorZorg. In de RCT zullen ruim 450 zwangeren worden geïncludeerd. Zij worden door verschillende professionals aangemeld: verloskundigen, huisartsen, gynaecologen, Leger des Heils, streetcornerwork, enzovoort. De eerste selectie vindt plaats bij het eerste bezoek van de zwangere, met als inclusiecriteria: jonger dan 25 jaar, eerste zwangerschap, minder dan 28 weken zwanger, lage opleiding, in staat Nederlandse taal te begrijpen en informed consent. Naar aanleiding van deze criteria vindt een gesprek plaats met de VoorZorg-verpleegkundige waarbij wordt gekeken naar andere risicofactoren. Bij twijfel beslist een expertgroep. Deelnemers aan de RCT worden door het VUmc gerandomiseerd naar regio en naar etniciteit.

Tot maart 2008 zijn 232 vrouwen geïncludeerd. De ene helft krijgt VoorZorg, de andere helft de gebruikelijke zorg. In totaal doen elf JGZ-instellingen mee met twintig gemeenten. Met elke gemeente zijn afspraken gemaakt over de uitvoering van het onderzoek: als men VoorZorg op dit moment wil invoeren, dient men deel te nemen aan de RCT. De kosten voor de VoorZorg-verpleegkundigen worden door de gemeenten zelf gefinancierd. Gedurende het onderzoek worden op zes meetmomenten (inclusie, 32 weken zwangerschap, rond geboorte en 6, 12 en 24 maanden na geboorte) vragenlijsten afgenomen. De getrainde interviewsters komen bij de deelnemers thuis. Nadruk ligt op (zwangerschapsgerelateerde) gezondheidsklachten en zwangerschapscomplicaties, dieet, gebruik van alcohol, sigaretten en andere middelen, alsook aan de geestelijke gezondheid (met name angsten en depressieve klachten) van de moeder. Gekeken wordt naar omgevingsfactoren, zoals financiën, huisvesting, mishandeling en verwaarlozing. Ook wordt gevraagd naar schoolloopbaan of werk, naar de voorbereidingen voor de bevalling en de komst van het kind, naar het netwerk, alsook of mensen bereid zijn de aanstaande moeder te begeleiden bij de bevalling en kraamperiode. Ten slotte wordt het gebruik van gezondheidsvoorzieningen nagevraagd.

Eind 2008 zal een tussentijdse analyse worden verricht naar de kortetermijnresultaten rondom geboorte en kraamperiode. Aantallen vroeggeboorten, complicaties bij de bevalling, borstvoeding of kunstvoeding, alsook eventuele problemen bij het op gang brengen van de borstvoeding worden vergeleken tussen de interventie- en controlegroep. Vanzelfsprekend worden geboortegewicht en appgarscore vergeleken. Ook wordt nagegaan of sprake is geweest van 'kraamtranen' en depressieve klachten van de moeder twee maanden na de bevalling.

Dit onderzoek maakt deel uit van de Academische Werkplaats JGZ Noord-Holland.

Conclusie

Er wordt hard gewerkt aan de ontwikkeling en uitvoering van VoorZorg. Het programma lijkt goed uitvoerbaar in Nederland. De RCT naar het effect is in volle gang.

Literatuur

1. Hermanns J, Öry F, Schrijvers G. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Utrecht: Julius Centrum, 2005.
2. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, et al. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997;278(8):644-52.
3. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*. 1997;278(8):637-43.
4. Karoly LA, Kilburn MR, Cannon JS. Early childhood interventions. Proven results, future promise. Santa Monica: RAND, 2006.
5. Graaf I de, Riper H. Zorg voor moeder en kind. Programma VoorZorg: Huisbezoeken door een verpleegkundige tijdens de zwangerschap en eerste twee levensjaren van het kind. Evaluatieonderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
6. Oudhof M, Prinsen B. Zorgen voor VoorZorg. Evaluatieonderzoek onder JGZ-verpleegkundigen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/VU medisch centrum/Evean JGZ, 2007.

T. Pels en M. Sproet

Opvoedingsondersteuning aan allochtone ouders: vraag en aanbod

Voor allochtone ouders kan het vinden van de balans tussen wat zij van huis uit meekregen en wat de bredere omgeving vraagt, een grotere opgave vormen dan voor autochtone ouders. Zij moeten bovendien opvoeden in een pedagogische context die zij in sommige opzichten als bedreigend ervaren. In het algemeen blijken zij relatief veel twijfels en vragen te hebben over de opvoeding.^{1,2} Dit staat in contrast tot het feit dat deze ouders minder dan autochtone ouders een beroep doen op ondersteuning vanuit de zorg. Wanneer zij dit wel doen, maken zij meestal de ondersteuningstrajecten niet af.^{3,4}

Opvoedingsonzekerheid

Veel vragen van allochtone ouders concentreren zich op de pedagogische dimensie van controle. Hoe de kinderen meer ruimte te geven zonder dat dit leidt tot verlies aan respect voor het ouderlijk gezag of tot hun moreel verval?

De wijze waarop zij de kinderen het best kunnen ondersteunen, kan eveneens een bron van onzekerheid vormen. Vooral over de onderlinge communicatie bestaan veel vragen, die voortkomen uit de eigen autoritaire socialisatie, waarin praten op voet van gelijkheid taboe was. Zij zijn van huis uit vaak niet toegerust om te kunnen voldoen aan nieuwe eisen, zoals responsief reageren. Het feit dat de overgang naar een 'onderhandelingshuishouding' in Nederlandse gezinnen en instituties inmiddels zijn beslag heeft gekregen, maakt dat de spanningen hieromtrent versterkt worden. De genoemde onzekerheden spelen bij alle leeftijden,

maar komen tot een climax in de periode van de puberteit. Vragen die ouders sterk bezighouden, zijn: Hoe ontstaat normafwijkend gedrag en hoe kunnen wij dit voorkomen? Hoe moet toezicht op opgroeiende kinderen worden gehouden en hoe te reageren als eenmaal sprake is van problemen? Dergelijke vragen leven ook onder autochtone opvoeders, maar bij allochtone opvoeders kunnen ze door culturele verschillen verzaamd worden, evenals door ervaringen als minderheid. Discriminatie, stigmatisering en pesterij kunnen kinderen zo krenken dat zij zich gaan pantsen, bijvoorbeeld door zich terug te trekken in de eigen identiteit.⁵ Dergelijke ervaringen kunnen de opvoedingstaak van ouders aanzienlijk verzwaren.

Opvoedingsondersteuning: gat tussen vraag en aanbod

Terwijl de vraag naar ondersteuning groot is, laat de

Dr. Trees Pels senior onderzoeker en themacoördinator multiculturele vraagstukken, Verwey-Jonker Instituut. *Drs. Marola Sproet* senior adviseur en programmamanager Jeugd, Pharos: landelijk kennis- en adviescentrum vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid.