



# **Voorlichtingen over licht verstandelijke beperkingen aan migrantenouders in Rotterdam**

Een onderzoek naar de effecten van de voorlichtingen verzorgd  
door de Voorlichters Gezondheid

Nadia el Gharnati (334413)

Masterthesis Pedagogische Wetenschappen:

Orthopedagogiek

Docentbegeleider: Miranda Sentse

Tweede begeleider: Rianne Kok

Faculteit der Sociale Wetenschappen

Erasmus Universiteit Rotterdam

Juli 2015



Voorlichters Gezondheid



Gemeente Rotterdam

## Samenvatting

In dit onderzoek is onderzocht of de voorlichtingen over een licht verstandelijke beperking verzorgd door de Voorlichters Gezondheid in Rotterdam effectief zijn. Tevens wordt onderzocht of de effectiviteit verschilt tussen autochtonen en migrantenouders. Om dit te onderzoeken zijn bij 197 ouders, waarvan 176 migrantenouders, vragenlijsten afgenomen om de kennis over een licht verstandelijke beperking vooraf en na de voorlichting te meten. Hiernaast zijn interviews met een focusgroep van ouders (N = 20) en voorlichters (N = 7) gehouden om te onderzoeken wat succesfactoren van de voorlichting geweest zijn. Uit de resultaten blijkt dat de voorlichtingen effectief geweest zijn in termen van toegenomen kennis. Er blijkt echter geen significant verschil te zijn tussen de kennisscores van autochtonen en de migrantengroepen. Een aantal kernaspecten met betrekking tot cultuursensitief werken blijken belangrijke succesfactoren van de voorlichtingen. Er kan geconcludeerd worden dat de voorlichtingen effectief zijn in het vergroten van de kennis bij zowel migranten- als autochtone ouders en dat de houding van de voorlichters een belangrijke succesfactor hierin is. Tot slot worden implicaties voor de praktijk besproken.

## Achtergrond van het onderzoek

Een licht verstandelijk beperkte heeft een intelligentiequotiënt (IQ) tussen de 50 – 85. Daarnaast hebben zij een beperkt psychosociaal vermogen, aanpassingsproblemen op sociaal domein en de beperkingen zijn voor het achttiende levensjaar bekend (NJI, 2012). Kinderen met een licht verstandelijke beperking worden vaker gediagnosticeerd met ernstige gedragsproblemen of psychische problematiek dan hun leeftijdsgenoten die niet kampen met deze problematiek (McIntyre, 2008).

Het is cruciaal om deze problematiek vroegtijdig te onderkennen bij kinderen. In 2012 werd het aantal personen met een licht verstandelijke beperking geschat op 110.000. Er zijn in Nederland geen exacte cijfers beschikbaar over het aantal jongeren met een licht verstandelijke beperking (Bulsink & de Gruijter, 2013). Het is moeilijk om mensen met een licht verstandelijke beperking op te sporen. Zij hebben namelijk niet altijd ondersteuning nodig (Fernee, Klerk, Ras, & Woittiez, 2012). Het is dan ook onduidelijk hoeveel allochtone jongeren zich hieronder bevinden. Onderzoekers denken echter dat het aandeel licht verstandelijk beperkte jongeren hoger is onder de Marokkanen en Turken in vergelijking met autochtonen. Er worden twee mogelijke verklaringen aangehaald. Allereerst wordt er onvoldoende gesignaleerd binnen de migrantengroepen. Maar ook het bestaan van huwelijken

binnen de familie zou de kans op een verstandelijk gehandicapt kind vergroten (Bulsink & de Gruijter, 2013).

Internationaal onderzoek heeft daarentegen wel aangetoond dat in de Nederlandse populatie 66% van de jongeren met een verstandelijke beperking kampt met gedragsproblemen (De Maeyer, Van Puyenbroeck, Vanderfaellie, & Willems, 2009). Het gaat jaarlijks om 11.000 kinderen en jongeren die kampen met meervoudige problematiek, hierbij valt te denken aan ernstige gedragsproblemen, leer- en opvoedingsproblemen en/of psychiatrische problemen (Landelijk Kenniscentrum LVG, 2007).

Ouders van kinderen met een intellectuele beperking ervaren meer stress dan gezinnen met kinderen die een 'normale' ontwikkeling doorlopen. Dit zou invloed kunnen uitoefenen op de gezondheid van zowel het kind als de ouder (Italina, Leionen, & Saloviita, 2003; Forehand & Kotchick, 1996). Bovendien stellen migrantenouders vaak geen grenzen aan hun kinderen met een licht verstandelijke beperking. Dit kan leiden tot een problematische opvoedingssituatie. Licht verstandelijk beperkte kinderen tot ongeveer vier jaar geen of weinig grenzen en verplichtingen opgelegd. Wanneer zij 14 jaar zijn worden grote verantwoordelijkheden geëist door de ouders. Het kind kan niet voldoen aan de opgelegde sociale regels en grenzen en raakt hierdoor overbelast en mogelijk overvraagd (Stoffer, 2010). Anderzijds zijn er migrantenouders die de handicap van het kind zals een soort schande zien. Vaak willen migrantenouders dat niemand buiten de familie weet dat ze een kind met een verstandelijke beperking hebben (Ghaly, 2007).

Harkness en Super (1999) beschrijven door middel van diverse theoretische concepten dat de psychologie van de ouders, *parental ethnotheories*, een grote invloed uitoefent op de omgeving waarin kinderen en jongeren opgroeien (Harkness & Super, 1999; Van Adriani, Hamel, Van Eldering, & Vedder, 1999). Zij gaan ervan uit dat de sociale en fysische settingen van een kind, maar ook bepaalde culturele aspecten die meegegeven worden aan een kind, zowel een directe als een indirecte invloed kunnen uitoefenen op het kind. Er zijn risicofactoren binnen gezinnen met een migrantenachtergrond die invloed kunnen hebben op de opvoeding van het kind en hiermee ook op de ontwikkeling van het kind. Eén van deze factoren is de maatschappelijke acceptatie van een kind met een beperking. Indien een kind afgewezen en bestempeld wordt, komen zowel het kind als de ouders in een sociaal isolement terecht. Vaak gaat deze afwijzing door de omgeving gepaard met gevoelens van schaamte bij de ouders (Van Adriani et al., 1999).

Naast de schaamtecultuur die heerst onder bepaalde migrantengroeperingen lijken zij minder in staat te zijn tot het adequaat en vroegtijdig signaleren van deze licht verstandelijke

beperkingsproblematiek bij hun kinderen. Ook vinden zij minder gemakkelijk de weg naar de hulpverlening. Dit zorgt ervoor dat allochtone jongeren ondervertegenwoordigd zijn in de vrijwillige hulpverlening, maar oververtegenwoordigd in de niet-vrijwillige, zwaardere hulpverlening (Van den Berg, 2010; Kleber & Knipscheer, 2005; Alegria et al., 2002; Stronks, Ravelli, & Reijneveld, 2001).

### **Het inspelen op de behoeftes van migranten**

Bij epidemiologisch onderzoek naar de gezondheid van migrantengroepen worden niet-westerse migranten regelmatig uitgesloten, onder andere door taalproblemen en doordat de etniciteit niet volledig wordt geregistreerd (Dieperink, Van Dijk, & Wierdsma, 2002). Echter, de etnisch-culturele diversiteit in Rotterdam neemt juist toe: begin 2014 bestond de bevolking van Rotterdam voor 37% uit niet-westerse migranten. Hiermee is ook het zorggebruik onder migranten sterk toegenomen (Borra, 2005). Ondanks deze toename wordt volgens de literatuur te weinig ingespeeld op de behoeften van migranten. Vaak breken de allochtone cliënten voortijdig het contact omdat er te weinig rekening wordt gehouden met hun 'klinische realiteit'. Er wordt bij de diagnose en vaststellen van de behandeling geen rekening gehouden met hun cultureel-bepaalde opvattingen en handelingswijzen (Distelbrink, Pels, & Postma, 2009). Onderzoek toont aan dat de bestaande vormen van preventie, hulp en zorg niet goed aan blijken te sluiten bij de wensen en behoeften van migranten (Van den Berg, 2010; Bernsen, Bruijnzeels, Harmsen, & Meeuwesen, 2006). Andere obstakels zijn het onvoldoende machtig zijn van de dominante taal, culturele verschillen in het verklaren van ziektebeelden, sociale deprivatie en traumatische ervaringen met hulpverlening (Giacco, Matanov, & Priebe, 2014).

Er dient benadrukt te worden dat de migrantengroepen onderling zeer divers zijn. De groepen hebben verschillende karakteristieken in de migratiegeschiedenis en hun sociaaleconomische positie. De opvatting dat migranten meer psychische gezondheidsproblemen hebben dan autochtonen is dan ook niet altijd terecht. Knipscheer en Kleber (2005) geven aan dat de socio-demografische achtergrond doorslaggevend is in het verklaren van gezondheidsverschillen. Hiernaast zijn er bepaalde interculturele verschillen in de uiting van gezondheidsklachten, met name onder Surinamers, Marokkanen en Turken. Deze groepen zijn geneigd meer somatisch georiënteerde problemen te rapporteren, terwijl zij evenveel psychische problemen als autochtonen rapporteren. Het gevolg hiervan is dat autochtonen zich beter kunnen wenden tot de gepaste hulp en hun hulpvraag adequaat kunnen formuleren. Het betreft kortom een combinatie van sociaaleconomische en culturele factoren

die het risico van gezondheidsproblemen bij migranten verhoogt. Hulpverleners en beleidsmakers dienen met deze combinatie rekening te houden (Kleber & Knipscheer, 2005).

Voorheen heerste binnen de samenleving het idee dat kenmerken van de doelgroepen zelf (een taalachterstand, cultuurverschil en een beperkt inzicht in de samenleving) ervoor zorgden dat de migranten onbereikbaar waren en bleven voor de hulpverlening. In de afgelopen jaren is dit langzamerhand aan het ombuigen; de oorzaken worden ook aan de aanbodkant gezocht (Van den Berg & Ince, 2010). Instellingen zouden namelijk niet voldoende toegankelijk zijn, de voorzieningen bieden niet de gepaste ondersteuning en de methodieken zijn niet toegespitst op de migrantengroepen. Een instelling zou toegankelijk zijn voor migranten indien verschillende doelgroepen gelijkwaardig en naar evenredigheid gebruik kunnen maken van de diensten die een organisatie haar cliënten aanbiedt (Van den Berg & Ince, 2010).

### **Het EIF-project in Rotterdam**

Rotterdam speelt in op de maatschappelijke verandering zoals hierboven beschreven. Rotterdam heeft namelijk begin 2014 het Europees Integratie Fonds-project tot leven geroepen met als doel geestelijke gezondheidszorg- en licht verstandelijke beperkingsproblematiek bij migrantenjeugd te signaleren. Het project richt zich specifiek op de derdelanders: mensen uit een niet EU-land die niet de Nederlandse nationaliteit of die van een ander EU-land hebben, maar wel een geldige verblijfsvergunning in Nederland hebben. Er is training nodig om de licht verstandelijke beperkingsproblematiek bespreekbaar te maken met de jongere, zijn/haar familie en de directe omgeving. De trainingen in het EIF-project richten zich niet alleen op de ouders, maar ook op de zorghulpverleners van verschillende zorginstellingen in Rotterdam (MEE, 2014).

Er is de afgelopen jaren een groeiende belangstelling ontstaan voor interculturele zorgverlening. Er zijn steeds meer boeken en artikelen gepubliceerd met betrekking tot interculturele communicatie en ook in beroepsopleidingen en nascholingscursussen wordt de aandacht hierop gevestigd. Het doel hierbij is om hulpverleners en voorlichters de adequate tools mee te geven om met deze migrantengroepen om te kunnen gaan (Shadid, 2000).

De culturele invloeden op ouderschapsvoorlichtingen zijn decennialang genegeerd. De waarden en gebruiken van de overheersende cultuur werden als norm gehanteerd bij het trainen van ouders (Forehand & Kotchick, 1996). De organisatie Voorlichters Gezondheid in Rotterdam houdt echter rekening met de culturele achtergrond van ouders bij het verzorgen van voorlichtingen. Gezondheidsvoorlichting bestaat niet enkel uit het overdragen van

informatie over de gezondheid en gezondheidsrisico's. De voorlichting dient erop gericht te zijn om gedrag/opvattingen te veranderen, om zodoende het vermogen van de deelnemers te vergroten om problemen op te kunnen lossen en te herkennen (Kok, Reinders, & Schaalma, 2009). De Voorlichters Gezondheid speelt hierop in door het geven van voorlichting (psycho-educatie) aan migrantenouders over onder andere een licht verstandelijke beperking om de zorg voor deze kwetsbare groepen te verbeteren. In drie (interculturele) preventieve voorlichtingen wordt met behulp van laagdrempelige en speelse methodieken de LVB-problematiek bij migranten onder de aandacht gebracht (Voorlichters Gezondheid, 2014).

De meeste preventieve interventies gebruiken voorlichting als middel om gedrag van allochtonen te veranderen. Het kan hierbij gaan om voorlichting over ongezonde leefstijl, stoornissen, maar ook de toegang tot de zorginstellingen. Uit de literatuur blijkt dat voorlichting in eenvoudig Nederlands in combinatie met goede illustraties effectief is bij migranten. Tevens is inzet van voorlichters met dezelfde cultuur en taal effectief bij migranten (Van den Berg & Ince, 2010).

In eerder onderzoek is naar voren gekomen dat psycho-educatie aan ouders ervoor zorgt dat de emotionele stress verminderd wordt (Schultz et al., 1993). De voorlichtingen worden in groepsverband gegeven, waarbij ouders gezamenlijk in één ruimte de voorlichting meekrijgen. De *transactive memory*, een begrip ingebracht door Wegner (1985), suggereert dat gedeelde ervaringen ervoor zorgen dat groepen mensen de informatie opslaan, coderen en kunnen ophalen (Argote, Liang, & Moreland, 1995). Tijdens de voorlichtingen vindt er een systematische overdracht plaats van informatie, of communicatie met mensen uit verschillende migrantengroepen. Hierbij wordt rekening gehouden met de culturele eigenheden van deze groepen (Voorlichters Gezondheid, 2014).

## **Deelvragen en hypothesen**

Er is momenteel weinig bekend over de effectiviteit van interventies voor migranten. Er zijn weinig tot geen metingen verricht bij grote migrantenpopulaties om de effectiviteit na te gaan (Van Haastrecht & Verweij, 2005). Uit ander onderzoek blijkt dat er weinig bekend is over de mate waarin interventies migrantengroepen bereiken en helpen. Hiernaast houden weinig interventies rekening met de culturele diversiteit in Nederland (Van den Berg, 2010).

De centrale onderzoeksvraag bij deze studie betreft de effectiviteit van de voorlichtingen over licht verstandelijke beperkingsproblematiek die aan migrantenouders gegeven worden door de Voorlichters Gezondheid. Met dit onderzoek wordt gepoogd inzicht te verkrijgen in de effectiviteit van de trainingen verzorgd door de Voorlichters Gezondheid aan de

migrantengroeperingen binnen Rotterdam. De gemeente Rotterdam wil deze doelgroep meer betrekken in de (lichtere) hulpverleningstrajecten om onnodige problematiek te voorkomen. Het is interessant om te onderzoeken in hoeverre de Voorlichters Gezondheid ingespeeld hebben op de behoeftes van deze migrantenouders en drempelverlagend zijn geweest voor de migranten. De resultaten van het onderzoek kunnen meegenomen worden om eventuele aanbevelingen ten aanzien van de voorlichtingen aan migrantenouders te genereren en de effectiviteit in kaart te brengen. Hiertoe zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Is de kennis omtrent een LVB bij ouders na de voorlichting toegenomen, in vergelijking met daarvoor?
2. Is de culturele achtergrond (autochtoon versus migrant) van invloed op de effectiviteit van de voorlichting?
3. Hoe hebben de ouders de voorlichtingen ervaren?
4. Wat zijn succesfactoren van de voorlichtingen, volgens de voorlichters?

De derde en vierde deelvraag zullen exploratief getoetst worden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van interviews met de ouders en de voorlichters. Naar aanleiding van de bestudeerde literatuur zijn er bepaalde verwachtingen voor de eerste en tweede deelvraag. Met betrekking tot de eerste deelvraag weten we dat een instelling toegankelijk is voor migranten indien verschillende doelgroepen gelijkwaardig en naar evenredigheid gebruik kunnen maken van de diensten die een organisatie haar cliënten aanbiedt (Van den Berg & Ince, 2010). De Voorlichters Gezondheid focust zich op de minderheidsgroepen en zet alle mogelijke middelen in om de doelgroep te bereiken. De voorlichtingen die gegeven worden zijn preventief en de literatuur geeft aan dat een preventieve interventie doelgroepgericht dient te zijn, waarbij rekening gehouden wordt met maatschappelijke determinanten. Gevolg hiervan is dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleind worden (Van den Berg & Schoemaker, 2010). De Voorlichters Gezondheid richt zich op deze maatschappelijke determinanten, door specifiek in te spelen op de migranten en hun achtergrond. Verder wijst de literatuur uit dat migrantenouders vaak niet de kennis bezitten die nodig is om problematiek te herkennen. Deze hiaten in kennis kunnen ervoor zorgen dat de problematiek niet vroegtijdig onderkend wordt (Bornstein & Cote, 2004). Hieruit volgt de volgende hypothese:

1. De voor- en nameting laten zien dat de voorlichting effectief geweest is in het vergroten van de kennis van de migranten, doordat de migranten hoger scoren op de nameting dan op de voormeting.

De literatuur wijst verder uit dat culturen kunnen verschillen in het herkennen van psychische problematiek. Bovendien kunnen bepaalde kenmerken verschillende betekenissen hebben in de eigen cultuur. Zo kunnen bepaalde problemen geclassificeerd worden als een stoornis in westers optiek, maar zou dit vanuit cultureel oogpunt bij een migrant niet als afwijkend opgemerkt worden. Verder zijn de landen waaruit veel allochtonen afkomstig zijn weinig ontwikkeld of ongedifferentieerd op het gebied van gezondheidszorg (Trimbos, 2009). Allochtone ouders lijken dan ook minder in staat te zijn tot het adequaat en vroegtijdig signaleren van deze licht verstandelijke beperkingsproblematiek bij hun kinderen. (Van den Berg, 2010; Van den Broek, Kleijnen, & Keuzenkamp, 2010; Knipscheer & Kleber, 2005). De volgende hypothese wordt naar aanleiding van de literatuur verwacht:

2. Allochtonen zullen na de voorlichting een grotere verschilscore (verschil voor- en nameting) hebben dan autochtonen, omdat autochtonen deze kennis vooraf bezaten.

## **Methode**

### **Design**

Het onderzoek is zowel kwalitatief als kwantitatief van aard. Er worden vragenlijsten afgenomen bij ouders om de kennis over LVB-problematiek vooraf en na de voorlichting te meten. Er zijn twee meetmomenten geweest. De moeders zijn voor de voorlichting gevraagd om een vragenlijst met kennisvragen te beantwoorden. Na de voorlichting werd hen gevraagd om dezelfde kennisvragen te beantwoorden. Hiernaast zijn interviews afgenomen bij een deel van de ouders en bij de voorlichters van Voorlichters Gezondheid.

### **Procedure**

De Voorlichters zijn getraind door i-Psy, MEE en RIAGG Rijnmond. Hiernaast hadden de voorlichters hun kennis omtrent LVB verbreed door zelf op onderzoek te gaan naar informatie. De voorlichters werken outreachend; de voorlichtingen worden verzorgd op scholen, buurthuizen, bij vrouwengroepen, stichtingen, maar voornamelijk de ouderkamers en binnen de bestaande netwerken. De zeven voorlichters hebben allemaal diverse



migrantenachtergronden en zijn opgegroeid in Rotterdam. De methodiek is verder geheel opgezet door de Voorlichters Gezondheid.

De voorlichtingen aan ouders zijn verzorgd in de periode van begin 2014 tot op heden. De ouders zijn op verschillende basisscholen in Rotterdam benaderd, tevens deden de voorlichters een beroep op hun netwerk om ouders in te lichten over de bijeenkomsten. Deze ouders hebben op hun beurt de informatie door middel van mond-tot-mondreclame verspreid. Hierdoor blijft het onduidelijk hoeveel ouders benaderd zijn en hoeveel daarvan uiteindelijk hebben geparticipeerd in de voorlichtingen. De ouders vulden vóór de voorlichting een vragenlijst in, nadat zij de voorlichting bijgewoond hebben, werd hen gevraagd de vragenlijst opnieuw in te vullen.

Het werven van ouders voor de interviews gebeurde tijdens de voorlichtingen. De ouders werden na de voorlichting aangesproken om mee te doen met een interview. Er werd getracht om zoveel mogelijk ouders mee te nemen in een focusgroep. De moeders bleven na de voorlichting zitten en werden meteen geïnterviewd. Hiernaast zijn er ook interviews met de voorlichters van Voorlichters Gezondheid (N = 7) afgenomen. Dit gebeurde middels een semigestructureerd interview bij de organisatie Voorlichters Gezondheid in Rotterdam. Er zal met de ouders en voorlichters zowel een proces- als een effectevaluatie plaatsvinden.

## **Participanten**

De participanten zijn 202 ouders met uiteenlopende achtergronden. De twee grootste migrantengroepen in de steekproef zijn de Marokkanen en Turken, wat overeenkomt met de populatie in Nederland. Het project richt zich namelijk hoofdzakelijk op de niet-westerse migranten. De steekproef bestaat voor 11% uit autochtonen, 34% is Turks, 28% van de ouders heeft een Marokkaanse achtergrond en 27% behoort tot de overige migrantengroepen. De meeste moeders (54%) zijn tussen de 30 en 39 jaar oud. Het gemiddelde opleidingsniveau van de moeders is lager/middelbaar beroepsonderwijs.

## **Meetinstrumenten**

De vragenlijst, die zowel voor als na de voorlichting is ingevuld, bestond uit 11 kennisvragen die met A, B, C of D beantwoord konden worden. Deze vragenlijst is in februari 2014 door de Voorlichters Gezondheid opgesteld en goedgekeurd door het Erasmus MC. Deze vragenlijst maakt deel uit van de licht verstandelijke beperkingsmethodiek van de Voorlichters Gezondheid. Een voorbeeld van een kennisvraag is: Een oorzaak voor een licht verstandelijke beperking kan zijn: A) Erfelijkheid, B) Zuurstofgebrek bij de bevalling, C)

Ongeluk op latere leeftijd, D) Alle bovenstaande antwoorden zijn juist. De totaalscore kan lopen van 1 – 11. Stelling 11 werd altijd goed gerekend, omdat hier gevraagd werd naar een mening.

Er is een interview opgesteld aan de hand van beschikbare literatuur omtrent effectiviteitsevaluaties, om zodoende te achterhalen hoe de ouders de training hadden ervaren en in hoeverre zij iets hadden opgestoken van de voorlichtingen. Het gaat bij de ouders om twee focusgroepen van in totaal 20 ouders. Hiernaast is een interview opgesteld voor de voorlichters. De interviews met de voorlichters zijn semigestructureerd. De interviews met de ouders en voorlichters zijn getranscribeerd, gecodeerd en vervolgens beschrijvend in de scriptie verwerkt. Het doel van het interview met de voorlichters is het achterhalen van succesfactoren; wat maakt de voorlichtingen zo effectief.

De data van de voor- en nameting zijn aan de hand van vooraf gestelde coderingen verwerkt in SPSS. Deze data zullen vervolgens geanalyseerd worden en verwerkt worden in de scriptie. De data bestaat uit scores van ouders die de Evaluatie Voorlichting LVB Problematiek bij Migranten Vragenlijst in hebben gevuld. Hierin zijn naast 11 kennisvragen ook achtergrondkenmerken van de ouders verwerkt.

### **Statistische analyses**

Allereerst zullen de achtergrondkenmerken van de participanten worden beschreven. Deze achtergrondkenmerken zijn verwerkt in de vragenlijst van de voor- en nameting. Hierna wordt een *One-way repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA)* uitgevoerd om de kennisscore voor de voorlichting en de kennisscore na de voorlichting van ouders te analyseren. Hiermee kan onderzocht worden hoe effectief de voorlichtingen zijn. Er is gekeken naar het aantal goed beantwoorde kennisvragen voor- en achteraf, dit zijn de *within-subjects* variabelen. De achtergrondkenmerken van de ouders worden als covariaten meegenomen. Dit zijn leeftijd, opleiding en afkomst. De afhankelijke variabele is in dit geval de totaalscore. De onafhankelijke variabele is het meetmoment (voor of na de voorlichting).

Het verwachte verschil tussen de participanten op basis van etnische achtergrond is onderzocht met de *mixed ANOVA* test. De scores op de kennisvragen voor en na de voorlichting zijn de *within-subjects* variabelen en de culturele achtergrond (migrant versus autochtoon) is de *between-subjects* variabele. De analyses zullen uitgevoerd worden met IBM SPSS *Statistics*.

## **Resultaten**

## Beschrijvende statistieken

In totaal deden 202 vrouwen mee aan dit onderzoek. Vijf ouders zijn niet meegenomen in de analyse vanwege incomplete vragenlijsten. De analyses worden derhalve uitgevoerd met 197 moeders). In de eerste analyse, de *One-way repeated-measures* ANOVA, worden alleen de migrantengroeperingen meegenomen ( $N = 176$ ). Dit om te onderzoeken of de voorlichting effectief is geweest voor de doelgroep van het EIF-project. Bij de tweede analyse wordt er een *mixed* ANOVA uitgevoerd. Hierbij wordt gekeken of er een significant verschil is tussen de autochtonen en alle migrantengroeperingen ( $N = 197$ ).

In tabel 1 worden achtergrondkenmerken van de steekproef geschetst. Allereerst is het opvallend dat alle participanten vrouw waren. Verder valt 54% van de moeders in de leeftijdscategorie van 30 – 39. Hiernaast is 86% van de moeders laagopgeleid. Tot slot geeft 75% van de ouders vooraf aan niet bekend te zijn met een licht verstandelijke beperking.

Tabel 1

Achtergrondkenmerken van participanten in de effectiviteitsonderzoek naar de voorlichtingen  
 $N = 202$

Variabele	<i>n</i>	(%)
<i>Geslacht</i>	202	
Man	0	0
Vrouw	202	100
<i>Leeftijd</i>	202	
20-29	13	6
30-39	108	54
40-49	69	34
>50	12	6
<i>Bevolkingsgroep</i>	202	
Autochtoon	22	11
Turks	69	34
Marokkaans	57	28
Overig	54	27

<i>Getrouwd/samenwonend</i>	202	
Nee	43	21
Ja	159	79
<i>Opleiding</i>	193	
Geen onderwijs genoten	11	6
Basisonderwijs	35	18
Middelbaar onderwijs	44	23
Beroepsonderwijs	76	39
Hoger onderwijs	27	14
<i>Bekendheid LVB</i>	202	
Nee	151	75
Ja	51	25

---

### Statistische analyses

**Deelvraag 1.** Er is een *One-way repeated-measures* ANOVA uitgevoerd om te onderzoeken of de voorlichtingen effectief zijn geweest voor de migranten. De factoren die van invloed konden zijn op de kennistoename bij migrantenouders zijn als covariaten in de analyse geplaatst. Dit zijn mogelijke confounders; zij kunnen het onderzoek ongewenst beïnvloeden. Het gaat hier om de leeftijd van de moeder, hun hoogst genoten opleiding en tot slot hun migrantenachtergrond. Allereerst blijkt de voorlichting effectief te zijn als het gaat om toegenomen kennis,  $F(1, 166) = 36.50, p < .001$ , partial  $\eta^2 = .18$ . De *partial eta squared* ( $\eta_p^2$ ) geeft aan hoe sterk dit gevonden effect is. In deze analyse is het effect klein. Voor zowel leeftijd, bevolkingsgroep als opleiding is geen significant effect gevonden (zie tabel 2). Dit betekent dat zowel de leeftijd, opleiding als de bevolkingsgroep geen invloed hebben uitgeoefend op de kennistoename tijdens de voorlichtingen.

Tabel 2

Resultaten one-way repeated measures ANOVA voor de kennisscore van de migranten

	Voormeting		Nameting		$F(1,166)$	$p$	$\eta_p^2$
	M	SD	M	SD			
Migrantenouders	2.63	1.65	7.75	2.23	36.50	.000	.18
Covariaat bevolkingsgroep					.25	.617	.00
Covariaat leeftijd					.81	.370	.00
Covariaat opleiding					.96	.329	.01

Tabel 3

Resultaten mixed ANOVA voor de vergelijking van de autochtonen en migranten

	Voormeting		Nameting		$F(1,195)$	$p$	$\eta_p^2$
	M	SD	M	SD			
Ouders	2.66	1.66	7.80	2.17	345.85	.000	.64
Afkomst					.02	.883	.00

**Deelvraag 2.** Hiernaast is gekeken of de autochtonen verschillen van alle migrantengroeperingen. Hiervoor is een *mixed* ANOVA uitgevoerd. Uit de analyse blijkt dat de autochtonen geen statistisch significant verschil vertonen in vergelijking met de migrantengroeperingen op het gebied van kennistoename,  $F(1,195) = 0.02$ ,  $p = .883$ . Dit betekent dat de vershilscores van de twee groepen vergelijkbaar zijn.

### Ervaring van ouders

De open houding van de voorlichter is cruciaal; ouders willen niet het gevoel hebben dat hen verteld wordt wat zij moeten doen. Zij willen dat hun mening serieus genomen worden en dat er daadwerkelijk geluisterd wordt naar wat zij te melden hebben. Ouders geven namelijk aan dat zij slechte ervaringen hebben met de hulpverlening.

De ouders hebben aangegeven dat zij de voorlichting als zeer nuttig hebben ervaren. Ouders gaven aan enigszins bekend te zijn met een licht verstandelijke beperking, de voorlichtingen gaan echter dieper in op de beperking. De specifieke feiten werden positief ontvangen. ‘‘ Dat het blijvend was.. daar was ik totaal niet mee bekend. Ik dacht altijd dat een kind met de gepaste zorg en begeleiding zich verder kon ontwikkelen en dat zijn IQ zou groeien.’’ (Ouder, 2015).

Eén ouder gaf aan dat de voorlichtingen van belang zijn voor het herkennen van een beperking. Deze ouder gaf ook aan dat deze voorlichtingen standaard op scholen gegeven moesten worden, omdat ze zeer leerzaam zijn voor een ouder. Verder gaven ouders aan dat ze de interactie met de voorlichter zeer waardeerden. De voorlichters brengen het op een begrijpelijke wijze over. De voorlichting wordt aangepast aan het niveau van de ouders. Veel van deze ouders zijn de Nederlandse taal onvoldoende machtig. ‘‘De voorlichter vertelde heel duidelijk. Het is allemaal heel duidelijk. De voorbeelden die gegeven worden met de plaatjes zijn leuk.’’ (Ouder, 2015).

Verder werd aangegeven dat het prettig is dat de voorlichtingen in de school (ouderkamer) gegeven worden. De ouders kunnen op deze manier hun kinderen afzetten en meteen doorlopen naar de ouderkamer. Dit zou het toegankelijker maken voor de ouders.

Ouders wisten niet waar zij terecht konden voor de gepaste hulp bij eventuele problemen. Ouders die de hulpverlening in het verleden hadden benaderd, hadden vaak geen positieve ervaringen hiermee. ‘‘Wat ik zeer nuttige informatie vond, waren de vervolgstappen die je kunt nemen als je een stoornis vermoedt bij een kind.’’ (Ouder, 2015).

### **De achterliggende factoren die leiden tot het succes van de voorlichtingen**

De voorlichters geven aan dat de migranten een moeilijk bereikbare groep zijn, maar dat zij door hun migrantenachtergrond en de opgebouwde netwerken hen toch wisten te bereiken. Het aantal ouders dat bereikt is, is hoog in vergelijking met eerdere initiatieven om de migranten te bereiken. De voorlichters deden een oproep op basisscholen om de ouders te kunnen bereiken. Een voorlichter gaf aan dat de voorlichtingen vervolgens verzorgd werden op de basisscholen. Dit gebeurde meteen nadat de ouders hun kinderen naar school hadden gebracht, rond 9 uur in de ochtend, zodat zij meteen in de ouderkamer mee konden doen met

de voorlichting. Op deze manier werd de voorlichting laagdrempelig gehouden voor de ouders. De ouders spoorden elkaar onderling tevens aan om mee te doen met een voorlichting, nadat zij een voorlichting hadden bijgewoond. De voorlichtingen waren aangepast aan de migrantenouders en op een speelse, interactieve wijze overgebracht. Er wordt veelvuldig gebruik gemaakt van visuele aspecten. Dit wekte interesse op bij de ouders, zodat de ouders herhaaldelijk terug bleven komen om de overige voorlichtingen bij te wonen. Een voorlichter gaf aan dat de ouders het na afloop zeer positief ontvangen hebben.

“ Er was een vrouw die tijdens de voorlichting keihard begon te huilen. Zij had namelijk een dochter met een licht verstandelijke beperking. Deze vrouw werkte in een speeltuin en werd zeer op haar vingers getikt door haar collega's. Er werd haar verteld dat zij niet voor haar kind kon zorgen en haar collega's begrepen niet dat haar dochter een beperking had. Hierdoor werd zij haast weggepest. Toen heb ik aangegeven dat ik best bereid ben om een voorlichting te komen geven bij de speeltuin om haar collega's te informeren over deze beperking. Mevrouw vertelde me later dat de voorlichting zeer positief ontvangen is en dat ze merkte dat ze er meer open voor stonden. Haar collega's waren totaal niet bekend met een dergelijke beperking, terwijl zij in een speeltuin werkten met allemaal kinderen. “ Voorlichter, 2015.

Alle voorlichters gaven aan dat een aantal kernaspecten in iedere voorlichting naar voren horen te komen. Allereerst dient een voorlichter een open, nieuwsgierige houding aan te nemen.“ Wij zijn hier niet gekomen om jullie alles te vertellen, maar om te praten over. Hierbij probeer je zoveel mogelijk uit mensen zelf te trekken. “ (Voorlichter, 2015).

Een voorlichter gaf aan dat ouders het aanvoelen als men geen open houding aanneemt. Hierdoor zullen ouders ook dichtklappen. Verder dient een voorlichter zich te verplaatsen in de belevingswereld van deze migrantenouders. Dit betekent dat een voorlichter meedenkend moet zijn. Het aanpassen op het niveau van de ouder is een andere factor. Vaak zijn ouders laaggeletterd en hebben moeite met de Nederlandse taal. Een voorlichting dient dus begrijpelijk gemaakt te worden voor migrantenouders. Verder vult een voorlichter niet in, maar vult een ouder aan. De ouders hebben behoefte aan een luisterend oor en die wordt ook tijdens de voorlichtingen geboden. Een voorlichter gaf als voorbeeld aan dat een PowerPoint presentatie niet zou werken voor deze doelgroep. Zij zouden hoogstwaarschijnlijk niet terugkomen. Een PowerPoint presentatie is namelijk niet interactief. Het gaat enkel om het zenden en niet om het ontvangen.

Tijdens de voorlichtingen wordt uitgebreid de weg naar de hulpverlening besproken. Zodat de ouders op de hoogte zijn van de taken van organisaties en waar zij terecht kunnen met hun vragen en problemen. Als verbeterpunt gaf een voorlichter aan dat zij het wel mooi gevonden had als zij folders had kunnen meegeven aan de ouders, dit is namelijk niet gebeurd. Maar het zou volgens de voorlichter een mooie toevoeging geweest zijn op de voorlichtingen.

Op de vraag wat mogelijke effecten van de voorlichtingen zouden zijn gaven de voorlichters aan dat het allereerst taboedoorbrekend is. Ouders zullen alerter zijn en problematiek sneller herkennen. Verder zullen zij eerder vervolgstappen nemen en de hulpverlening opzoeken.

### **Discussie**

Het doel van dit onderzoek was achterhalen of de kennis van migrantenouders toegenomen is na de voorlichtingen. Daarnaast is gekeken of de kennistoename significant verschilde tussen de autochtonen en migrantengroeperingen. Deze voorlichtingen werden verzorgd door de Voorlichters Gezondheid aan ouders in Rotterdam. De ouders kregen voor de voorlichting een vragenlijst met kennisvragen. Na de voorlichting moesten zij de vragenlijst nogmaals invullen. De vragenlijst bestaat uit 11 kennisvragen. Alle ouders kregen een kennisscore toegewezen. Hierbij zijn datagegevens van 197 ouders meegenomen. Hiernaast zijn interviews met 20 ouders en 7 voorlichters afgenomen. Aan de hand van verzamelde data en interviews is getracht antwoord te krijgen op de derde en vierde deelvraag. De volgende deelvragen zijn onderzocht:

1. Is de kennis omtrent een LVB bij ouders na de voorlichting toegenomen, in vergelijking met daarvoor?
2. Is de culturele achtergrond (autochtoon versus migrant) van invloed op de effectiviteit van de voorlichting?
3. Hoe hebben de ouders de voorlichtingen ervaren?
4. Wat zijn succesfactoren van de voorlichtingen, volgens de voorlichters?

### **Heeft de voorlichting gezorgd voor kennistoename bij de migranten?**

De verwachting was dat de voorlichtingen effectief zouden zijn voor de migrantengroeperingen. De voorlichtingen zouden laagdrempelig en toegespitst zijn op de migrantendoelgroep. In dit onderzoek is een significant verschil gevonden tussen de scores op de voor-en nameting voor de migranten. De voorlichting lijkt effectief te zijn en de migranten



hebben gemiddeld een hogere score op de nameting dan op de voormeting. Onderzoek wijst uit dat voorlichtingen aan migrantenouders de kennis omtrent beperkingen en toegang tot de geestelijke gezondheidszorg vergroot (Giacco et al., 2014). Uit het onderzoek van Van den Broek, Keuzenkamp en Kleijnen (2010) blijkt dat ouders vaak niet de juiste kennis bezitten om psychosociale problemen en andere problematiek bij kinderen te herkennen. Ander onderzoek van Bornstein en Cote (2004) kaart aan dat migrantenmoeders moeilijkheden ervaren met het beantwoorden van vragen omtrent normatieve aspecten van de ontwikkeling van het kind. Zij herkennen afwijkend gedrag dus vaak niet. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de kennistoename van de ouders. Zij bezaten voor de voorlichting minder tot geen kennis omtrent de problematiek. De voorlichting heeft ervoor gezorgd dat de kennis omtrent een licht verstandelijke beperking is toegenomen. Verder komt uit de interviews naar voren dat de voorlichters zich hebben toegespitst op de migrantengroepen en geheel cultuursensitief aan de slag geweest zijn. Om de kloof tussen voorlichter en ouder te verkleinen, is het van belang dat de voorlichter sensitiviteit kan opbrengen ten aanzien van de culturele achtergrond van ouders. Ook is de migrantenachtergrond van de voorlichters een middel om makkelijker binnen te komen bij migrantenouders en hen beter te begrijpen (Van den Broek et al., 2010). Zij spelen in op een adequate en efficiënte manier in op de behoeftes van de migranten.

Hiernaast komt uit de literatuur naar voren dat het voor migranten niet duidelijk is wat de hulpverlening te bieden heeft. Daarnaast lijken migranten niet op de hoogte te zijn van symptomen en terminologie binnen de GGZ (Hilderink, Van 't Land, & Smits, 2009). Tijdens de voorlichtingen wordt dit uitgebreid besproken. Aan de ouders wordt duidelijk gemaakt waar zij eventueel met hun problemen terecht kunnen. verder zou de nadruk moeten liggen op herkenning, erkenning en ondersteuning (Hilderink et al., 2009). Deze factoren zouden een rol kunnen spelen bij het verklaren van de effectiviteit. Hiermee is de eerste hypothese bevestigd. De migranten hebben een hogere score op de nameting dan op de voormeting.

### **Is de culturele achtergrond (autochtoon versus migrant) van invloed op de effectiviteit van de voorlichting?**

De verwachting dat migranten een grotere verschilscore zouden hebben dan autochtonen is niet bevestigd. De analyse heeft namelijk aangetoond dat de migranten en autochtonen geen significant verschil in kennistoename na de voorlichting vertonen. Uit het onderzoek van Aslam en Kingdon (2010) komt naar voren dat verschillende factoren een invloed kunnen uitoefenen op de kennis van ouders over de gezondheid van een kind. Dit zijn onder andere een hogere opleiding, hoger sociaal economische status en geletterdheid. Uit

ander vergelijkbaar onderzoek waarin zowel migranten als autochtone ouders een gestandaardiseerde survey invulden om hun kennis omtrent de gezondheid van hun kind te testen spreekt deze onderzoeken tegen. De migrantenmoeders scoorden significant lager dan de autochtone moeders. De autochtone moeders hadden echter een hoger opleidingsniveau in vergelijking met de migrantenmoeders (Bornstein & Cote, 2004).

Dit is in dit onderzoek niet het geval. De autochtonen in deze steekproef scoren niet hoger dan de migranten en het opleidingsniveau zou een mogelijke verklaring kunnen zijn. De meeste autochtone ouders gaven aan lager beroepsonderwijs gevolgd te hebben. Een aantal autochtone ouders had enkel de basisschool afgerond. Dit komt overeen met het gemiddelde opleidingsniveau van de migranten in deze steekproef. Bovendien komen de ouders vaak uit dezelfde wijk. De voorlichtingen worden hoofdzakelijk verzorgd aan ouders op scholen in achterstandswijken. In achterstandswijken wonen vaak mensen met een laag opleidingsniveau en lage sociaaleconomische statussen (Boyle & Lipman, 2002). Hiermee kan de tweede hypothese verworpen worden. Er is geen significant verschil tussen de scores op de voor- en nameting bij migranten en autochtonen.

### **Hoe hebben de ouders de voorlichtingen ervaren?**

De ouders waardeerden dat de voorlichting aangepast werd aan hun niveau. Met name de visuele aspecten van de methodiek werden gewaardeerd. Hierdoor was het begrijpelijk en konden ze de voorlichters volgen. De ouders stelden de open en onbevooroordeelde houding van de voorlichters op prijs. Zij konden hierdoor tevens een open houding aannemen en hun informatie tijdens de voorlichting kwijt. De open houding van de voorlichter is cruciaal; ouders willen niet het gevoel hebben dat hen verteld wordt wat zij moeten doen. Zij willen dat hun mening serieus genomen worden en dat er daadwerkelijk geluisterd wordt naar wat zij te melden hebben. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de open en onbevooroordeelde houding van een professional doorslaggevend is voor het slagen van voorlichtingen aan migrantenouders (Bekkema, Öry, & Tan, 2008; Van den Berg, 2010). Tot slot gaven de ouders aan dat zij het apprecieerden dat de voorlichtingen bij hun kinderen op school gegeven werden. Hiermee wordt de drempel verlaagd en meer ouders bereikt. Het onderzoek van Beijleveld, Benning, Kocken, Van de Sanda en De Wilde (2013) concludeert dat een informele outreachende basishouding bij migrantenouders een belangrijke succesfactor is.

### **Wat zijn succesfactoren van de voorlichtingen, volgens de voorlichters?**

Tijdens de interviews zijn een aantal kernaspecten naar voren gekomen, die de voorlichtingen tot een succes weten te brengen. Dit zijn een open houding, een luisterend oor, het ontvangen van informatie, verplaatsen in de belevingswereld van de ouders en aanpassen aan het niveau. Forehand en Kotchick (1996) benadrukken dit in hun artikel. Hierin wordt aangegeven dat een voorlichter die in aanraking komt met ouders met verschillende culturele achtergronden bereid moet zijn om de ouders als ‘experts en onderwijzers’ aan het woord te laten. Zij kunnen een voorlichter uitleggen hoe het eraan toe gaat in hun cultuur en bepaalde culturele factoren naar voren brengen die kunnen bijdragen aan de effectiviteit van de voorlichting. De voorlichters dienen zichzelf tevens te onderwijzen op het gebied van culturele diversiteit. Verder geven zij aan dat aandachtig naar de ouders geluisterd dient te worden (Forehand & Kotchick, 1996; Shadid, 2010; Giacco et al., 2014). Marion (1982) benadrukt eveneens dat het belangrijk is om ouders de kans te geven om hun verhaal kwijt te kunnen. De voorlichters dienen naast het zenden van informatie, voornamelijk informatie van migrantenouder te ontvangen.

In een onderzoek naar het bereiken van de moeilijk bereikbare doelgroepen komt naar voren dat voorlichters een open, positieve, flexibele houding en interculturele competenties dienen te hebben. Dit onderzoek concludeert tevens dat een organisatie een outreachende benadering dient hanteren (Beijleveld, Benning, Kocken, Van de Sanda, & De Wilde, 2013).

### **Kanttekeningen en vervolgonderzoek**

Bij dit onderzoek dienen een aantal kanttekeningen geplaatst te worden. Allereerst zijn 21 autochtonen vergeleken met 176 migrantenouders. Dit staat niet in verhouding tot elkaar, hierdoor kunnen geen uitspraken gedaan worden over de populatie. De groepen zijn daarentegen wel vergelijkbaar, aangezien het allemaal moeders zijn met een vergelijkbare sociaaleconomische status, opleidingsniveau en leeftijd. Hiertegenover staat dat geen uitspraken gedaan kunnen worden over mannen/vaders.

Ten tweede is aan de ouders gevraagd om meteen na de voorlichting de kennisvragen te beantwoorden. Het is onbekend of zij de informatie na een aantal maanden nog kunnen ophalen. Het opnieuw benaderen van deze doelgroep is echter zeer moeilijk. De ouders zijn zeer wantrouwend jegens de hulpverlening. Met name niet-westerse migrantenouders hebben minder vertrouwen in de bemoeienis van instanties in vergelijking met autochtone ouders. Zij hebben vaak negatieve ervaringen opgedaan met opvoedingsdeskundigen. Bovendien heerst het idee dat voorzieningen nauwelijks kennis hebben van verschillende culturen en dat migrantenouders hierdoor niet begrepen worden (Wilson & Yoshikawa, 2006). Verder zijn

ouders terughoudend bij het zoeken van hulp doordat zij het idee hebben dat dit tot bepaalde consequenties kan leiden, zoals het uit huis plaatsen van een kind (Van den Broek et al., 2010). In de literatuur worden deze moeilijk bereikbare groepen gekenmerkt door specifieke meervoudige achterstandssituaties: ouders met een lage opleiding, laaggeletterd, weinig tot geen contact met formele zorginstellingen en een achterstand in de kennis van de hulpverleningsaanbod in de zorg (Beijleveld et al., 2013). Bij de Voorlichters Gezondheid worden dan ook geen persoonlijke gegevens van de ouders verzameld om hen opnieuw te kunnen benaderen, omdat zij weigeren hun contactgegevens in te vullen. Kortom is langetermijnonderzoek nodig om deze effecten op lange termijn te onderzoeken.

Een sterk punt van dit onderzoek is het bereik van de migrantenmoeders. Dit is namelijk een zeer moeilijk bereikbare groep. Pogingen van andere organisaties in het verleden om hen te bereiken, zijn vaak mislukt of hebben de beoogde aantallen niet bereikt. In dit onderzoek daarentegen zijn 180 migrantenmoeders meegenomen, mede dankzij de hoge opkomst tijdens de voorlichtingen

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het repliceren van dit onderzoek met een derde meetmoment. De ouders worden bij een dergelijk onderzoek gevraagd de kennisvragen vóór en meteen na de voorlichting in te vullen. Na een aantal maanden zouden de ouders opnieuw benaderd kunnen worden om de stellingen in te vullen voor een derde meetmoment. Hiermee kan onderzocht worden of de kennis niet weggezaakt is.

Verder zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op de waardering van de ouders. De ouders zouden een vragenlijst kunnen invullen die de waardering van deze ouders meet. Deze gegevens zouden kwantitatief verwerkt kunnen worden. Dit onderzoek kan tevens gerandomiseerd worden met een controlegroep. Deze randomisatie garandeert dat de groepen equivalent zijn. De experimentele groep krijgt een voorlichting waarbij verschillende succesfactoren voor migrantengroepen gehanteerd worden. De controlegroep daarentegen krijgt een voorlichting waarbij geen rekening gehouden zou worden met culturele diversiteit. Door het vergelijken van deze groepen kunnen de succesfactoren bepaald worden en kwantitatief verwerkt worden.

### **Implicaties voor de praktijk**

Uit dit onderzoek naar de effectiviteit van de voorlichtingen is naar voren gekomen dat professionals in de zorg een aantal kernaspecten dienen aan te houden bij het benaderen van migranten. Deze aspecten dienen vertaald te worden naar de praktijk. Met name organisaties in de randsteden, waar veel migranten zich hebben gevestigd, worden aanbevolen

cultuursensitief en laagdrempelig te werken om meer migranten te bereiken. Geconcretiseerd zou dit betekenen dat voorlichters een open, onbevooroordeelde houding dienen aan te nemen, zichzelf dienen te onderwijzen op het gebied van culturele diversiteit en een outreachende benadering hanteren waarbij de voorlichters de ouders opzoeken (Beijleveld et al., 2013; Forehand & Kotchick, 1996; Shadid, 2010; Giacco et al., 2014). Voor de gezondheidsinstellingen die cultuursensitief willen werken betekent dit dat zij dienen samen te werken met andere instellingen en organisaties die de migranten beter kunnen bereiken door een outreachende benadering. Hierbij dienen de instellingen goed met elkaar te communiceren en de aanpak af te stemmen. Tot slot dienen zij professionals te trainen om cultuursensitief aan het werk te gaan (Giacco et al., 2014)

Verder wordt de Voorlichters Gezondheid aanbevolen om met flyers te werken. Dit om de voorlichtingen nog meer onder de aandacht van ouders te brengen. De flyers kunnen, voordat de voorlichtingen plaats zullen vinden, uitgedeeld worden op scholen, buurthuizen, moskeeën e.d. Maar ook na de voorlichting zouden flyers meegegeven kunnen worden, zodat de ouders dit nog eens rustig kunnen nalezen. Deze flyers kunnen ook in verschillende talen uitgedeeld worden. Uit onderzoek blijkt dit de deelname van migranten te vergroten (Forehand & Kotchick, 1996; Marion, 1982).

### **Conclusie**

Bij terugkoppeling naar de centrale onderzoeksvraag kan geconcludeerd worden dat de voorlichtingen verzorgd door de Voorlichters Gezondheid voor migrantenouders effectief gebleken is. Verder is in dit onderzoek gekeken of opleidingsniveau, bevolkingsgroep en leeftijd (ongewenst) effect hebben gehad op de voor- en nameting. Uit de analyses bleek dat dit niet het geval was en dat de kennistoename toe te schrijven is aan de voorlichting.

De tweede analyse onderzocht een mogelijk verschil in scores tussen autochtonen en alle migrantengroepen. De resultaten laten zien dat autochtonen en migranten vergelijkbaar gescoord hebben. Een mogelijke verklaring hiervoor is de vergelijkbare opleidingsniveau van autochtonen en migranten in dit onderzoek. Hierdoor zouden zij vooraf een vergelijkbaar kennisniveau kunnen hebben.

Verder zijn interviews gehouden met ouders en voorlichters. De belangrijkste bevinding hierbij is dat de voorlichters een open, onbevooroordeelde houding aan dienen te nemen bij ouders met een migrantenachtergrond.

### **Referentielijst**

Alegria, M., Canino, G., Rios, R., Vera, M., Calderón, J., Rusch, D., & Ortega, A. (2002).

Mental health care for latinos: inequalities in use of specialty mental health services among Latinos, African Americans and non-Latino whites. *Psychiatric Services*, *12*, 1547 – 1555. Doi: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.53.12.1547>

Aslam, M. & Kingdon, G. (2010). Parental education and Child Health - Understanding the pathways of impact in Pakistan. Verkregen op 2 juni, 2015, van <http://www.csae.ox.ac.uk/workingpapers/pdfs/2010-16text.pdf>

Berg, G. van den (2010). Interventies houden geen rekening met culturele verschillen. *Jeugd en Co Kennis*, *4*, 8 – 17.

Berg, M. van den, & Schoemaker, C.G. (2010). Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter. Verkregen op 30 maart, 2015, van [http://www.vtv2010.nl/object\\_binary/o9241\\_Rivm03-Effecten-van-preventie-VTV-2010.pdf](http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9241_Rivm03-Effecten-van-preventie-VTV-2010.pdf)

Bornstein, M. H., & Cote, L. R. (2004). “Who is sitting across from me?” Immigrant mothers' knowledge of parenting and children's development. *Pediatrics*, *114*, 557 – 564. Doi: 10.1542/peds.2004-0713

Borra, R. (2005). Diagnostische interview Turkse vrouwen. Delft, Nederland: Uitgeverij Eburon.

Boyle, M. H., & Lipman E. L. (2002). Do places matter? Socioeconomic disadvantage and behavioral problems of children in Canada. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 378–389.

Broek, A. van den, Kleijnen, E., & Keuzenkamp, S. (2010). Naar Hollands gebruik. Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten. Verkregen op 1 juni, 2015, van <http://www.scp.nl/dsresource?objectid=27001&type=pdf>

- Bulsink, D., & de Gruijter, M. (2013). Vriendschap opent een nieuwe wereld. Onderzoek naar Best Buddies projecten voor Turkse en Marokkaanse jongeren met een licht verstandelijke beperking. Utrecht, Nederland: Verwey-Jonker Instituut.
- Dieperink, C., van Dijk, R., & Wierdsma, A. (2002). GGZ voor allochtonen. Ontwikkelingen in het zorggebruik in de regio Rotterdam, 1990 – 1998. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 87 – 97.
- Eldering, L. van, Adriani, P., Hamel, M., & Vedder, P. (1999). Verstandelijk gehandicapte kinderen in Marokkaanse en Turkse gezinnen. Assen, Nederland: Van Gorcum&Comp.
- Forehand, R., & Kotchick, B. A. (1996). Cultural diversity: A wake-up call for parent training. *Behavior Therapy*, 27, 187-206. Doi: 10.1016/S0005-7894(96)80014-1
- Ghaly, M. (2007). Islam en handicap: Praktijkthema's en islamitische ethische opvattingen. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 17, 40 – 45.
- Giacco, D., Matanov, A., & Priebe, S. (2014). Providing mental healthcare to immigrants: ‘ current challenges and new strategies. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 282 – 288. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000065.
- Haastrecht, P. van, & Verweij A. (2005). Wat is het aanbod? Verkregen op 20 juni, 2015 van <http://www.regionaalkompas.nl/zuid-holland-west/thema-s/allochtonen/wat-zijn-de-aanbevolen-interventies/>
- Harkness, S. & Super, C.M. (1999). Themes and variation: parental ethnotheories in western cultures. In Rubin, K. & Chung, O.B. (Eds.), *Parental beliefs, parenting, and child development in cross-cultural perspective*. New York, Verenigde Staten: Psychology Press.
- Hilderink, I., Land, van 't. H., Smits, C. (2009). Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten.

- Verkregen op 2 juni, 2015, van  
<http://www.pigmentzorg.be/sites/default/files/files/dropout.pdf>
- Ince, D., & van den Berg. (2010). Overzichtsstudies interventies voor migrantenjeugd. Ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp. Utrecht, Nederland: Het Nederlands Jeugdinstituut.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 11, 753 – 759.
- Klerk, de. M., Fernee, H., Woittiez, I., & Ras, M. (2012). Factsheet. Mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. Verkregen op 5 juni, 2015, van [http://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2012/Factsheet\\_Mensen\\_met\\_lichamelijke\\_of\\_verstandelijke\\_beperkingen](http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2012/Factsheet_Mensen_met_lichamelijke_of_verstandelijke_beperkingen)
- Landelijk Kenniscentrum LVB. (2007). Verkregen op 4 maart, 2015, van <https://www.nhl.nl/upload/886595ad-c8ac-4e07-b335-44356223f387.pdf>.
- Liang, D.W., Moreland, R., & Argote, L. (1995). Group versus individual training and group performance: the mediating role of transactive memory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 384 – 393. Doi: 10.1177/0146167295214009
- Maeyer, S. de., Vanderfaeillie, J., Puyenbroeck, H. van., & Willems, D. (2009). De prevalentie van gedragsproblemen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. *De tijdschrift voor orthopedagogiek*, 1, 21 – 30.
- Marion, R. L. (1982). Communicating with parents of culturally diverse exceptional children. *Exceptional Children*, 46, 616-623.
- McIntyre, L.L. (2008). Parent training for Young Children With Developmental Disabilities: Randomized Controlled Trial. *American Journal on Mental Retardation*, 5, 356 – 368. DOI: 10.1352/2008.113:356–368



- Meeuwesen, L., Harmsen, H., Bernsen, R.M.D., & Bruijnzeels, M.A. (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Social Science & Medicine*, 63, 2407 – 2417. Doi: dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.005
- Nederlands Jeugd Instituut (2012). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Verkregen op 1 maart, 2015, van <http://www.nji.nl/>
- Pels, T., Distelbrink, M., & Postma, L. (2009). Opvoeding in de migratiecontext. Review van onderzoek naar de opvoeding in gezinnen van nieuwe Nederlanders. Utrecht, Nederland: Verwey-Jonker Instituut.
- Saloviita, T., Itälina, M., & Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: a Double ABCX Model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 300 – 312. Doi: 10.1046/j.1365-2788.2003.00492.x
- Schaalma, H., Reinders, J., & Kok, G. (2009). Voorlichting en preventie. In Gijs, L., Gianotten, W.L., Vanwesenbeeck, I., & Weijnenborg, P.T.M. (red.), *Seksuologie*. (pp. 217 – 231). Leuven, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schultz, C.L., Schultz, N.C., Bruce, E.J., Smyrnios, K.X., Carey, L.B., & Carey, C.L. (1993). Psychoeducational support for parents of children with intellectual disability: an outcome study. *International Journal of Disability*, 40(3), 205 – 216.
- Shadid, W. A. (2000). Voorlichting in een multiculturele samenleving. In Gent, B., & Katus, J. (red.), *Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij*. (pp. 145 – 162). Alphen aan den Rijn, Nederland: Samsom.
- Shadid, W.A. (2000). Communicatieve competentie in interculturele communicatie. *Psychologie en Maatschappij*, 24, 5 – 14.

- Trimbos. (2009). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Verkregen op 30 maart, 2015, van [http://rvz.net/uploads/docs/Allochtone\\_clienten\\_en\\_geestelijke\\_gezondheidszorg.pdf](http://rvz.net/uploads/docs/Allochtone_clienten_en_geestelijke_gezondheidszorg.pdf)
- Stichting MEE Rotterdam Rijnmond. (2014). Herkenning van en omgaan met migrantenjongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) uit derde landen. Train-de-trainer EIF-project Rotterdam.
- Stoffer, M. (2010). Zorg uit handen geven? Verzorging van verstandelijke gehandicapte kinderen in islamitische gezinnen. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 7, 98 – 106.
- Stronks, K., Ravelli, A.C.J., & Reijneveld, S.A. (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 701 – 707. Doi: 10.1136/jech.55.10.701
- Tan, N., Bekkema, N., & Öry, F. (2008). Rapport. Toepasbaarheid van opvoedingsondersteuning van Marokkaanse en Turkse gezinnen in Nederland. Verkregen op 21 juni, 2015, van [www.expoo.be/sites/default/files/kennisdocument/rapport-opvoedingsondersteuning\\_marokturkse\\_gezinnen.pdf](http://www.expoo.be/sites/default/files/kennisdocument/rapport-opvoedingsondersteuning_marokturkse_gezinnen.pdf).
- Voorlichters Gezondheid, 2014. Informatie verkregen op 4 april, 2015, van <http://www.voorlichtersgezondheid.nl/>
- Wilde, de. J., Sande, van de. M., Benning, T., Beijleveld, M., & Kocken, P. (2013). Bereik van moeilijk bereikbare groepen door het Centrum Jeugd en Gezin Den Haag. Onderzoek naar de mogelijkheden voor verbetering van het bereik en de inzet van intermediairen in CJG Laak. Verkregen op 4 juni, 2015, van [http://www.awpgnzh.nl/assets/awp/upload/awpg\\_nzh-\\_project\\_bereik\\_cjg\\_denhaag-\\_eindverslag\\_maart\\_2013-definitief\\_1368699765.pdf](http://www.awpgnzh.nl/assets/awp/upload/awpg_nzh-_project_bereik_cjg_denhaag-_eindverslag_maart_2013-definitief_1368699765.pdf)
- Wilson, P. A., & Yoshikawa, H. (2006). Improving access to quality healthcare among

African-American, Asian & Pacific Islander, and Latino lesbian, gay and bisexual populations. In Meyer, I., & Northridge, M.E. (Eds.), *Handbook of Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Health*. New York, Verenigde Staten: Kluwer Academic Publishers.



## Appendix A

### **Vragenlijst ouders: Voorlichting LVB-problematiek**

Plaats van voorlichting:

Datum van voorlichting:

1. Was de voorlichting nuttig voor u? Waarom wel of niet.

2. Was u voor de voorlichting bekend met LVB-problematiek? Zo ja, wat wist u er over?

3. Kunt u iets vertellen over wat u over LVB-problematiek heeft geleerd tijdens de voorlichting?

4. Weet u hoe je LVB-problematiek kunt herkennen bij uw of andere kinderen? Waar zou op dan op letten?

5. Hoe vond u het contact tussen de voorlichters en de groep?

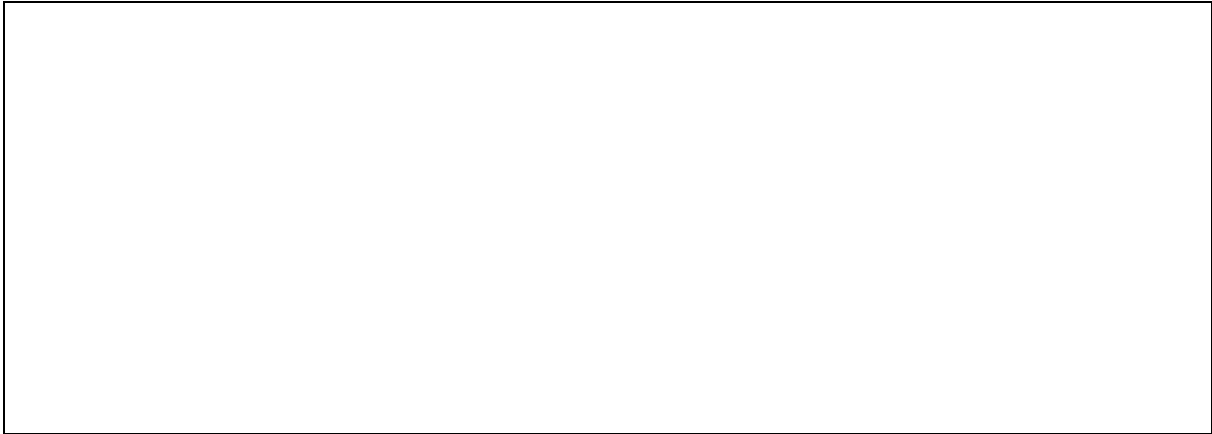
6. Was het een fijne plek waar u de voorlichting kreeg en een fijne sfeer tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten?

7. Wat heeft u gewaardeerd tijdens de voorlichtingen? Dus wat vond u belangrijke informatie?

8. Wat heeft u gemist tijdens de voorlichtingen? Dus waarover had u nog meer willen horen?

9. Zou u de informatie die u tijdens de voorlichting heeft meegekregen delen met anderen? Heeft u dat inmiddels gedaan?

**10. Zou u in de toekomst meer voorlichtingen willen bijwonen? Waarom wel of niet?**





## Appendix B

### **Vragenlijst Voorlichters Gezondheid: Voorlichting LVB-problematiek**

#### *Procesevaluatie*

1. Vond u de training van train-de-trainer voldoende toereikend? Kunt u hiermee alle vragen van de ouders beantwoorden?

2. Wat verliep goed en wat verliep er minder goed? (verklaringen, verbeteringen in aanpak, werkwijze, communicatie, randvoorwaarden)

3. Is het aantal verwachte deelnemers bereikt? Waarom wel/niet?

4. Is de juiste doelgroep bereikt? Waarom wel/niet?

5. Wat waren succes- en faalfactoren?

*Effectevaluatie*

1. Welke effecten zijn bereikt?

2. Wat zijn onverwachte neveneffecten?

