



Onderzoek naar de effectiviteit van preventieve voorlichtingen aan
migrantenouders in Rotterdam over geestelijke
gezondheidszorgproblematiek

Nuray Dogan

Erasmus Universiteit Rotterdam

Student : Nuray Dogan

Studentnummer : 355933

Scriptiebegeleider : dr. Miranda Sentse

Tweede corrector : dr. Rianne Kok

Opleiding : Master Orthopedagogiek

Faculteit : Faculteit der Sociale Wetenschappen

Universiteit : Erasmus Universiteit Rotterdam

Onderzoek naar de effectiviteit van preventieve voorlichtingen aan migrantenouders in Rotterdam over geestelijke gezondheidszorg-problematiek

N. Dogan

Samenvatting

Het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg is in vergelijking tot de autochtonen lager bij de allochtonen. De gemeente Rotterdam wil samen met de geestelijke gezondheidszorg de signalering van psychische problematiek bij migrantenjeugdigen en de hulp aan deze jongeren verbeteren. De Stichting Voorlichters Gezondheid speelt hierop in door het geven van voorlichtingen aan migrantenouders over geestelijke gezondheidszorgproblematiek. Dit onderzoek heeft zich gericht op de effectiviteit van de preventieve voorlichtingen die zijn gegeven aan moeders in Rotterdam (n = 207). Tevens is de invloed van afkomst (migrant versus autochtoon) op de effectiviteit onderzocht. Het verschil in kennis voor en na de voorlichting is gemeten door het gebruik van de Evaluatie Voorlichting GGZ Problematiek bij Migranten Vragenlijst. Uit de resultaten blijkt dat de ouders na de voorlichting een hogere totaalscore voor kennis hebben dan voor de voorlichting. De voorlichting blijkt significant effectief. De afkomst heeft geen significant invloed op de effectiviteit. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de effectiviteit van de voorlichting op langere termijn.

“Mimoun is een jongen van 11 jaar. Zijn ouders zijn geboren in Marokko. Het gezin met zes kinderen woont in een flat in een achterstandswijk. Vader is gedeeltelijk afgekeurd en werkt als schoonmaker. Moeder is huisvrouw, vaak ziek en spreekt erg slecht Nederlands. Mimoun doet het niet goed op school en hij is daar slecht aanspreekbaar. Hij vertoont grote gedragsproblemen. De buurtwerker treft hem 's avonds vaak laat op straat, waar hij rondhangt bij een 'criminele jeugdgroep'.

De schoolmaatschappelijk werkster heeft op school met de ouders gesproken. Het was een moeizaam gesprek. De ouders moeten niets hebben van jeugdzorg; er zit veel wantrouwen. Dat de zoon van de burens kort geleden onder toezicht is gesteld, heeft het er niet beter op gemaakt. Vader zegt dat hij geen hulp bij de opvoeding nodig heeft. Hij en zijn vrouw zijn laag opgeleid en begrijpen weinig van het fenomeen jeugdzorg. Zij vonden het gesprek met de hulpverleenster niet prettig. Zij voelden zich niet begrepen en kregen het gevoel dat de hulpverleenster haar visie op opvoeding aan hen opdrong. Doordat de ouders de Nederlandse taal niet goed beheersen en door cultuurverschillen ontstonden tal van misverstanden.

De schoolmaatschappelijk werkster vond de ouders weinig betrokken en afhoudend. Omdat de ouders niet gemotiveerd waren voor vrijwillige hulp kon zij verder geen actie ondernemen. Ondertussen zoekt Mimoun steeds meer de grenzen op...”(Bellaart & Pehlivan, 2011).

Toegankelijkheid van de zorg voor migranten in de GGZ

Gelijke toegang tot de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor iedereen is een belangrijk principe. Echter, de toegang tot de GGZ is in Nederland niet gelijk voor alle etnische groepen. Het gebruik van de GGZ is in vergelijking tot de autochtonen lager bij de migranten, vooral onder Surinamers, Antillianen en Marokkaanse vrouwen (Wierdsma & Kamperman, 2011). Al jaren is er vrees over ondergebruik van de GGZ door de migranten (Bellaart & Pehlivan, 2011; Veling, 2010). Er is, afhankelijk van de zorgsector, sprake van onder- of oververtegenwoordiging van specifieke groepen migranten (Boon, De Haan, & De Boer, 2010). Een groot aantal migranten maakt gebruik van crisiscentra en het uitvalpercentage daarbij is onder sommige migrantengroepen hoger dan gemiddeld (Trinidad, Kamperman, & De Jong, 2005). Ook uit het artikel van Ince en Van den Berg (2010) blijkt dat de migranten ondervertegenwoordigd zijn in welzijnszorg en vrij-toegankelijke hulp en

zorg, en oververtegenwoordigd in de zwaardere vormen van geïndiceerde zorg. De meeste zorgprogramma's bereiken de migranten onvoldoende. Als deze groep wel bereikt wordt, haken ze vaak voortijdig af (Ince & Van den Berg, 2010).

Hoeveel migranten gebruikmaken van de GGZ is in Nederland het meest uitgebreid beschreven in het Psychiatrisch Casusregister Rotterdam (Schrier, Theunissen, Kempe & Beekman, 2005). Hierin worden sinds 1990 alle contacten van de inwoners uit de regio Rotterdam met GGZ-voorzieningen vastgelegd. Zo kunnen verschillen in gebruik van de GGZ tussen autochtonen en migranten onderzocht worden. In 1998 maakten Marokkaanse en Turkse Rotterdammers even vaak gebruik van de GGZ als autochtone Rotterdammers, maar Surinaamse en Rotterdammers met een andere afkomst bleken ondervertegenwoordigd. Daarentegen werden Surinaamse Rotterdammers relatief vaker opgenomen en maakten Marokkaanse en Turkse Rotterdammers meer gebruik van ambulante, kortdurende behandeling (Schrier et al., 2005). In de jaren 2008-2010 was het aantal migranten nieuw in zorg hoger dan in de voorafgaande periode. Echter, ten opzichte van de autochtonen kwamen de migranten minder in de zorg terecht (Knipscheer & Kleber, 2005b; Wierdsma, Mies, & Kamperman, 2013).

Dat migranten beperkt gebruik maken van de GGZ hangt samen met kenmerken en omstandigheden die deze mensen extra kwetsbaar maken en met factoren die hen beletten om gebruik te maken van de hulpverlening (Bekker & Van Mens-Verhulst, 2008; Boon et al., 2010; Knipscheer & Kleber, 2005a). Allochtone ouders lijken minder goed in staat om adequaat en vroegtijdig de GGZ-problematiek bij hun kinderen te signaleren (Dieperink, Van Dijk, & Wierdsma, 2002). Ze vinden ook moeilijker de weg naar de hulpverlening. Hierdoor zijn de allochtone jongeren ondervertegenwoordigd in de vrijwillige hulpverlening, maar oververtegenwoordigd in de niet-vrijwillige, zwaardere hulpverlening (Dieperink et al., 2002; Rickwood, Deance, & Wilson, 2007; Veling, 2010).

Verklaringen voor de problemen in de hulpverlening aan migranten worden ook vaak gezocht in de cultuurkloof tussen cliënten en hulpverleners. Het verschil in betekenisgeving van de klachten tussen migrant en hulpverlener is vaak groot (Trinidad et al., 2005). In Nederland heerste het idee dat kenmerken van de migranten voor de problemen in de hulpverlening zorgden (Bhugra, 2004). Hierbij kan gedacht worden aan cultuurverschil, beperkte inzichten in de samenleving en een taalachterstand (Ince & Van den Berg, 2010). Tegenwoordig verandert dit beeld langzamerhand. De problemen worden ook bij de

hulpverleners gezocht (aanbodkant). Interculturalisatie-projecten moeten zich richten op het overbruggen van de culturele verschillen tussen migranten en de hulpverlener of hulpverlenende instelling. Hierdoor is het mogelijk om een gelijkwaardige kwaliteit van en toegang tot de GGZ voor autochtonen en migranten te waarborgen (Trinidad et al., 2005).

De kloof tussen vraag en aanbod is het grootst voor migranten die slecht zijn geïntegreerd, een grote achterstandspositie hebben, de Nederlandse taal niet goed beheersen en onbekend zijn met de werkwijze van Nederlandse instituties (Bellaart & Pehlivan, 2011). Migranten bewegen zich vooral in eigen kring en hebben een beperkt sociaal netwerk. Dit maakt de communicatie met de professionals moeilijker (Bhugra, 2004). Onbegrip voert de boventoon, mede omdat de migrantenouders weinig inzicht hebben in psychologische mechanismen en vreemd aankijken tegen de opvoedingsgewoonten in Nederland (Bellaart & Pehlivan, 2011). Migrantenouders zijn vaak onzeker, kunnen hun eigen situatie niet goed uitleggen en het lukt hen niet om zelfstandig hulp te zoeken. Zij kunnen tevens wantrouwen koesteren als ze worden gewezen op jeugdvoorzieningen, omdat zij het idee hebben dat deze jeugdvoorzieningen geen rekening houden met hun achtergrond en hun manier van opvoeden. Migrantenouders zijn bang dat ze niet goed begrepen zullen worden en durven daardoor niet met hun problemen naar Nederlandse voorzieningen toe te gaan (Bellaart & Pehlivan, 2011).

Het bereik en de effectiviteit van zorginterventies met betrekking tot GGZ-problematiek laat bij migranten te wensen over, blijkt uit een literatuurstudie (Van den Berg, 2010). Veel interventies zijn gericht op een brede doorsnee doelgroep. Er wordt te weinig rekening gehouden met diversiteit en de beroepskrachten die werken aan preventie, vroeghulp en zorg zijn onvoldoende cultureel sensitief in kennis, houding en vaardigheden (Van den Berg, 2010). Volgens Ince en Van den Berg (2010) bieden instellingen niet de gepaste ondersteuning en zijn de methodieken niet toegespitst op migranten. Een instelling is pas toegankelijk voor migranten wanneer ze gelijkwaardig gebruik kunnen maken de diensten die een organisatie aanbiedt (Ince & Van den Berg, 2010). De instelling moet herkenbaar zijn voor de doelgroep en het personeel moet een afspiegeling vormen van de samenleving. Ook moet het aanbod en de werkwijze toegesneden zijn op de behoeften en de achtergrond van de hulpvragers. Tevens dienen beroepskrachten vaardig te zijn in interculturele communicatie en een open, sensitieve houding hebben, zonder vooroordelen. De instelling moet de ruimte krijgen om een vertrouwensband met de migranten op te bouwen (Van den Berg, 2010).

Psychische problemen bij migranten in Nederland

Wereldwijd is afgesproken hoe psychische problemen en psychische stoornissen gedefinieerd moeten worden (Adriaanse, Van Domburgh, Veling, & Doreleijers, 2011; Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012; Pumariega, Rothe, & Pumariega, 2005). Om eenduidiger over problemen en stoornissen te kunnen communiceren hebben wetenschappers wereldwijd een classificatiesysteem ontworpen. Het bekendste classificatiesysteem voor psychische stoornissen is de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V* (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013). De DSM-V is een handboek waarin de psychische stoornissen worden beschreven. Per stoornis worden criteria benoemd waar iemand met deze stoornis aan moet voldoen, om de diagnose te krijgen. Er is sprake van psychische problemen of klachten wanneer iemand niet kan omgaan met problemen. Oorzaken hiervoor kunnen zijn aanlegfactoren, een ziekte, stress (Hoge, Auchterlonie, & Milliken, 2006). Als je door deze problemen minder goed gaat functioneren, is geen sprake van psychische problemen, maar van een psychische stoornis (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013; Hoge et al., 2006; Wakefield, 1992).

Mede door de onderrepresentatie van allochtonen in de GGZ is het onbekend om hoeveel migrantenjongeren het gaat die kampen met psychische problematiek. Hoewel er veel onderzoek is gedaan naar psychische problemen bij kinderen en jongeren in Nederland, is hierbij minder aandacht besteed aan migrantenkinderen en -jongeren (Zwirs, Burger, Schulpen, & Buitelaar, 2006). In de onderzoeken waarbij wel aandacht is besteed aan migranten is vaak geen onderscheid gemaakt in verschillende migranten, zoals Turks, Marokkaans en Surinaams (Stevens & Vollebergh, 2008; Zwirs et al., 2007). Tussen deze verschillende migranten bestaan namelijk verschillen, zoals culturele achtergrond, sociaaleconomische status of migratiegeschiedenis. Deze groep migranten kan hierdoor niet als één grote groep gezien worden wat betreft psychische problemen (Adriaanse et al., 2011). Tevens zijn de uitkomsten over psychische problemen bij migranten inconsistent. Er zijn onderzoeken waaruit blijkt dat migrantenjongeren meer gedragsproblemen hebben, maar ook onderzoeken waaruit blijkt dat migranten minder of evenveel problemen hebben als autochtonen (Kirmayer et al., 2011; Stevens, Vollebergh, Pels, & Crijnen, 2007; Veen, Stevens, Doreleijers, Van der Ende, & Vollebergh, 2010). Ook wordt getwijfeld of de gebruikte vragenlijsten om gedragsproblemen bij migrantenkinderen en -jongeren te meten

cultuur-sensitief zijn. Deze vragenlijsten waren namelijk niet genormeerd en gevalideerd voor migranten (Adriaanse et al., 2011). Kortom, er is niet veel bekend over de aard en omvang van psychische problemen bij migrantenkinderen en -jongeren.

Het EIF-project en de Stichting Voorlichters Gezondheid

Samengevat, zoals hierboven beschreven blijkt uit diverse onderzoeken dat migrantenjeugdigen evenveel als of vaker dan autochtone jeugdigen te maken hebben met psychische en licht verstandelijke beperking (LVB) problematiek (Bekker, van Mens-Verhulst, 2008). Tegelijkertijd krijgen zij naar verhouding minder vaak en/of later dan autochtone jongeren hulp in het kader van de Jeugd-GGZ. Deze jongeren zijn ondervertegenwoordigd in de vrijwillige, lichte zorg en oververtegenwoordigd in de niet-vrijwillige, zware zorg. Hun ouders hebben vaak niet in de gaten wat afwijkend gedrag is en zoeken onvoldoende of te laat hulp. De jongeren zelf, hun gezinnen, de scholen en de lokale samenleving lijden hieronder. Onbehandelde problematiek kan bovendien leiden tot latere ernstiger problematiek met bijbehorende maatschappelijke lasten (Hoge et al., 2006).

De gemeente Rotterdam wil dit verbeteren. De gemeente Rotterdam wil samen met de GGZ en andere lokale samenwerkingspartners in de 0e en 1e lijn (zoals MEE, jeugdgezondheidszorg, migrantenorganisaties) de signalering van psychische problematiek bij migrantenjeugdigen en de hulp aan deze jongeren structureel verbeteren. De 0^e lijn is het versterken van de eigen kracht van de burger. De 1^e lijn is de kortdurende ondersteuning in de wijk en verwijzing bij specialistische of langdurige zorg (Boomsma & Pijpers, 2008). Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft het initiatief genomen om de zorg voor kwetsbare migrantengroepen te verbeteren. Uit dit initiatief is vanuit het Europees Integratie Fonds (EIF) het project GGZ-migrantenjeugd voortgevloeid, dat zich naast de doelgroep van migranten (kinderen/ jongeren uit derde landen) tevens richt op professionals in de zorg, het onderwijs, welzijn en in de wijkteams en wijknetwerken. Aan dit project nemen vier steden deel, waaronder Rotterdam.

De Stichting Voorlichters Gezondheid (SVG) speelt hierop in door het geven van voorlichting aan migrantenouders over onder andere geestelijke gezondheidszorgproblematiek, om de zorg voor deze kwetsbare groepen te verbeteren. In drie voorlichtingsbijeenkomsten wordt met behulp van laagdrempelige methodieken de GGZ-

problematiek bij migranten onder de aandacht gebracht. De voorlichtingen worden aan groepen van ongeveer tien ouders gegeven. Op basis van de *transactive memory theory* worden de voorlichtingen in groepen van tien ouders gegeven, omdat gedeelde ervaringen ervoor zorgen dat groepen mensen de informatie opslaan, coderen en kunnen ophalen (Liang, Moreland, & Argote, 1995).

Doel studie en hypothesen

Deze studie beoogt de effectiviteit van de preventieve voorlichtingen te onderzoeken die in Rotterdam gegeven worden aan migrantenouders door de SVG. 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 SVG ingespeeld heeft op de behoeftes van deze migrantenouders en drempelverlagend is geweest voor de migranten, gezien eerder onderzoek heeft geconcludeerd dat hier behoefte aan is. De resultaten van het onderzoek kunnen meegenomen worden om eventuele aanbevelingen ten aanzien van de voorlichtingen te genereren en de effectiviteit in kaart te brengen.

De centrale onderzoeksvraag betreft de effectiviteit van de preventieve voorlichtingen aan migrantenouders in Rotterdam over geestelijke gezondheidszorgproblematiek, waarbij de volgende deelvragen zijn opgesteld:

1. Is de kennis over GGZ-problematiek bij de migrantenouders toegenomen na de voorlichting in vergelijking met daarvoor?
2. Wat is de invloed van de culturele achtergrond (migrant versus autochtoon) op de effectiviteit van de voorlichtingen?
3. Hoe hebben de ouders de voorlichtingsbijeenkomsten ervaren?
4. Wat zijn de effectieve en werkzame factoren van de voorlichtingen van de Stichting Voorlichters Gezondheid over GGZ-problematiek?

Met betrekking tot de eerste deelvraag verwachten we dat de migrantenouders na de voorlichting meer kennis hebben over GGZ-problematiek dan voorafgaand aan de voorlichting. Er zijn twee meta-analyses naar de effectiviteit van cultuursensitieve interventies voor ouders. (Griner & Smith, 2006; Hodge, Jackson, & Vaughn, 2010). In beide meta-analyses was er rekening gehouden met waarneembare sociale- en gedragskenmerken van de doelgroepen. Uit de meta-analyse van Hodge, Jackson en Vaughn (2010) blijkt dat

cultuursensitieve interventies positieve effecten hebben bij migranten, maar op grond van deze studie is niet te zeggen of cultuursensitieve interventies effectiever zijn dan algemene interventies. Uit de meta-analyse van Griner en Smith (2006) blijkt dat cultuursensitieve interventies positief effect hebben op migranten. Deze blijken ook effectiever dan interventies zonder culturele aanpassingen.

Met betrekking tot de tweede deelvraag verwachten we dat het verschil in kennis tussen de voor- en nameting groter zal zijn voor de migrantengroep dan voor de autochtone groep, omdat de migrantengroep voor de voorlichting minder kennis had dan de autochtone groep en daardoor meer nieuwe stof heeft geleerd tijdens de voorlichting. Uit literatuur blijkt dat verschillende bevolkingsgroepen psychische problemen verschillend kunnen herkennen (Trimbos, 2009). Dit kan komen door de verschillende culturen van deze mensen. Psychische problemen kunnen cultureel gezien bij bepaalde migranten niet als buitengewoon opgemerkt worden. Wat autochtonen als een probleem zien, zien migranten waarschijnlijk niet zo snel als een probleem (Trimbos, 2009). Ook zijn landen waaruit veel allochtonen van afkomstig zijn weinig ontwikkeld 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 GGZ-problematiek bij hun kinderen. Tevens vinden migranten minder snel de weg naar de zorgverlening. Hierdoor zijn allochtonen ondervertegenwoordigd in de vrijwillige hulpverlening, maar oververtegenwoordigd in de niet-vrijwillige, zwaardere hulpverlening (Van den Berg, 2010; Dieperink et al., 2002; Rickwood et al., 2007; Veling, 2010).

Methode

Design en procedure

Het onderzoek is zowel kwantitatief als kwalitatief van aard. Het onderzoek is onderdeel van het EIF-project, waarin de SVG voorlichting heeft gegeven aan migrantenouders over onder andere geestelijke gezondheidszorgproblematiek. In het onderzoek werden vragenlijsten en interviews afgenomen bij de deelnemende ouders en de voorlichters werden geïnterviewd. De vragenlijsten werden tijdens de bijeenkomsten ingevuld door de deelnemende ouders. Een deel van de vragenlijst vulden ze voor de voorlichting in en een deel na de voorlichting. De vragenlijsten zijn niet vertaald naar de talen die de ouders spreken, maar waar nodig werden de ouders geholpen door een onderzoeksmedewerker en werd uitleg gegeven over de vragen. De interviewvragen werden

na de gegeven voorlichtingen gesteld aan de ouders en de voorlichters (apart van elkaar). De ouders werden tijdens de voorlichtingen benaderd om mee te doen met een interview. Er zijn geen contactgegevens van de ouders beschikbaar die mee hebben gedaan aan de voorlichtingen. De ouders werden daarom ter plekke benaderd voor een interview. Alle ouders kregen dezelfde voorlichting en vragenlijst en namen deel aan hetzelfde interview. Aan de ouders werd vooraf duidelijk aangegeven dat hun deelname vrijwillig is en dat hun antwoorden anoniem verwerkt zullen worden.

Tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten werd informatie gegeven over de GGZ-problematiek aan de hand van het Gedragsstoornissen stellingsspel, dat gemaakt is door de VG. Dit is een spel, waarbij tijdens de voorlichting stellingen worden gesteld aan de ouders over GGZ-problematiek. Hierbij werd er per stelling informatie gegeven over het onderwerp en werd uitgelegd waarom de stelling juist of onjuist was. Het doel van het spel was om de kennis onder migrantenouders uit derde landen te vergroten op het gebied van GGZ-problematiek, zodanig dat zij zelf in staat zijn om deze problematiek te signaleren en te herkennen om tijdig bij de juiste hulpverleners te komen.

De gegevens uit de vragenlijsten werden als databron meegenomen in het onderzoek. Deze zijn aan de hand van vooraf opgestelde coderingen ingevoerd in SPSS voor nadere, kwantitatieve analyses. De interviews met de voorlichters van de SVG en de ouders werden gebruikt om de ervaringen van de ouders en werkzame factoren van de methodiek van de SVG te beschrijven. De interviews met de ouders werden gehouden door middel van focusgroepen. De interviews met de voorlichters waren semigestructureerd. De informatie uit de interviews zal beschrijvend verwerkt worden in de resultatensectie.

Participanten

Participanten in dit onderzoek waren ouders van kinderen op de basisschool in Rotterdam ($n = 215$). Het was onbekend hoeveel ouders in totaal zijn benaderd, omdat de ouders random werden benaderd door contactpersonen van scholen en door mond-tot-mondreclame. Uiteindelijk hebben 215 ouders uit verschillende wijken in Rotterdam de voorlichtingsbijeenkomsten bijgewoond en de vragenlijst ingevuld. Er hebben in de periode van maart 2014 tot en met maart 2015 22 voorlichtingsbijeenkomsten plaatsgevonden op verschillende locaties in Rotterdam. Aan elk voorlichting deden ongeveer tien ouders mee. Niet alle ouders die hadden meegedaan met de voorlichtingen hebben de vragenlijst volledig

ingevuld. Ze zijn wel opgenomen in de dataset, maar werden niet meegenomen in de analyses in SPSS. De uiteindelijke steekproef bestond uit 207 ouders die de voor- en nameting volledig hadden ingevuld.

De vragenlijsten werden afgenomen bij migrantenouders met zeer uiteenlopende achtergronden: Marokkaans, Turks, Antilliaans, Kaapverdiaans, Surinaams, Somalisch, Bosnisch, Nigeriaans, Pools, Russisch en autochtoon. De twee grootste migrantengroepen in de steekproef waren de Marokkanen en Turken, wat overeenkomt met de populatie in Nederland. Voor dit onderzoek waren de gegevens van alle migrantenouders en autochtone ouders van belang. De voorlichters wilden vooral de twee grootste niet-Westerse migrantengroepen bereiken, namelijk de Turken en de Marokkanen. Voor dit onderzoek is onderscheid gemaakt in Turken (31,2%), Marokkanen (37,2), overige migranten (20,9%) en autochtonen (10,7%). De uiteindelijke steekproef van 207 ouders bestond uit 185 migrantenouders en 22 autochtone ouders.

Het interview met de voorlichters werd afgenomen bij alle zeven voorlichters van de SVG. Het interview met de ouders werd afgenomen in twee focusgroepen van elk 10 ouders.

Meetinstrumenten

Het meten van de effectiviteit van de voorlichtingen aan de ouders over GGZ-problematiek werd gedaan aan de hand van de Evaluatie Voorlichting GGZ Problematiek bij Migranten Vragenlijst. In deze vragenlijst werden 11 kennisvragen vóór de voorlichting en dezelfde 11 vragen na de voorlichting gesteld. Dit waren feitelijke vragen over GGZ, die beantwoord konden worden met juist of onjuist. Voorbeelden van deze kennisvragen zijn “Opvallende kenmerken van ADHD zijn vooral hyperactiviteit, concentratiestoornissen, aandachts tekort stoornis en impulsiviteit” en “ADHD, ODD en CD zijn externaliserende gedragsstoornissen, dat betekent dat de omgeving er geen last van heeft”. De juiste antwoorden van de ouders werden gecodeerd met een 1 en de onjuiste antwoorden met een 0. De totaalscore voor kennis kon zowel bij de voormeting als nameting oplopen van 0 tot 11.

Naast de items over GGZ-problematiek waren er ook items die de demografische kenmerken meten, zoals het geslacht, de leeftijd, de hoogst genoten opleiding en land van herkomst. Er werd gecontroleerd voor de invloed van land van herkomst, leeftijd en hoogst genoten opleiding op de effectiviteit van de voorlichtingen. Ook werd gekeken naar het verschil tussen autochtonen en migranten met betrekking tot kennistoename.

Het evalueren van de voorlichtingen aan de ouders werd ook gedaan aan de hand van een zelf opgesteld interview (zie Appendix A) met negen vragen naar de effectiviteit van de voorlichting over GGZ-problematiek. Het evalueren van de voorlichters van de SVG werd gedaan aan de hand van een zelf opgesteld interview (zie Appendix B) met zeven vragen naar de effectieve en werkzame factoren van de voorlichting over GGZ-problematiek.

De interviews met de ouders en voorlichters werden eerst getranscribeerd en daarna kwalitatief in de resultatensectie verwerkt. Het doel van het interview met de voorlichters was om te achterhalen wat de succesfactoren van de voorlichtingen zijn. Ook werd aan de voorlichters gevraagd hoe zij de voorlichtingen zelf hadden ervaren.

Statistische analyses

Eerst zal achtergrondinformatie van de deelnemers beschreven worden. Om te beoordelen of kennis over GGZ-problematiek was toegenomen bij de migrantenouders, werd de *One-way repeated-measures ANOVA* test gebruikt. Bij de eerste analyse werd de autochtone groep uitgesloten. Eerst werd gecontroleerd of aan alle assumpties van een *One-way repeated-measures ANOVA* is voldaan. De achtergrondvariabelen leeftijd, afkomst en opleiding werden als covariaten meegenomen in de analyse, omdat deze invloed kunnen hebben op de kennistoename van de migrantenouders. Leeftijd, afkomst en opleiding kunnen namelijk *confounders* zijn. Dit zijn variabelen die het onderzoek ongewenst kunnen beïnvloeden (Field, 2013). De totaalscores op de voor- en nameting werden met elkaar vergeleken. De totaalscores op de voormeting en de nameting werden ingevoerd als de twee *within-subjects* variabelen.

Om naar het verschil tussen autochtonen en allochtonen te kijken in de kennistoename, werd de *Mixed ANOVA* test gebruikt. De totaalscores op de voor- en nameting werden ingevoerd als *within-subjects* variabelen en de afkomst als de *between-subjects* variabele. Bij de tweede analyse werd er bij afkomst alleen onderscheid gemaakt in autochtoon of migrant. De Turken, de Marokkanen en de overige migranten werden samengenomen. Tevens werd gecontroleerd of aan alle assumpties van een *Mixed ANOVA* is voldaan. Alle analyses werden uitgevoerd met behulp van *IBM SPSS Statistics 20*.

Resultaten

Beschrijvende statistieken

In SPSS zijn per deelnemer de socio-demografische kenmerken genoteerd. In één jaar tijd hebben 215 ouders meegedaan aan een preventieve interventiebijeenkomst over geestelijke gezondheidszorg. Acht van deze ouders worden uitgesloten van de verdere analyses vanwege het niet volledig beantwoorden van de 11 kennisvragen vóór en na de voorlichting. De uiteindelijke steekproef van 207 ouders bestond uit 185 migrantenouders en 22 autochtone ouders. In tabel 1 zijn de demografische kenmerken van de ouders beschreven. Alle deelnemers zijn vrouw. Negenvijftig procent van de moeders is tussen de 30 en 39 jaar oud. Er is onderscheid gemaakt in autoctonen (11%), Turken (31%), Marokkanen (37%) en overige migranten (21%). De meeste moeders hebben aangegeven getrouwd of samenwonend te zijn (77%). Eenenviertig procent van de moeders heeft middelbaar beroepsonderwijs als hoogst genoten opleiding. De meeste moeders (60%) gaven van tevoren aan dat ze bekend zijn met GGZ.

Tabel 1

Socio-demografische kenmerken van de deelnemers aan het effectiviteitsonderzoek ($n = 215$)

Variabele	<i>n</i>	(%)
<i>Geslacht</i>	215	
Man	0	0
Vrouw	215	100
<i>Leeftijd</i>	215	
20-29	16	8
30-39	127	59
40-49	59	27
>50	13	6
<i>Bevolkingsgroep</i>	215	
Autochtoon	23	11
Turks	67	31
Marokkaans	80	37
Overig	45	21

<i>Getrouwd/samenwonend</i>	215	
Nee	49	23
Ja	166	77
<i>Opleiding</i>	215	
Geen onderwijs genoten	21	10
Basisonderwijs	37	17
Middelbaar onderwijs	42	19
Beroepsonderwijs	90	42
Hoger onderwijs	25	12
<i>Bekendheid GGZ</i>	215	
Nee	129	60
Ja	86	40

Kennistoename bij de migrantenouders

Deelvraag 1. Om de effectiviteit van de preventieve voorlichtingen over GGZ aan migrantenouders ($n = 185$) te onderzoeken, is een *One-way repeated-measures ANOVA* uitgevoerd. De afhankelijke variabele binnen dit onderzoek is de totaalscore gemeten op een schaal van 0-11. De onafhankelijke variabele binnen dit onderzoek is het meetmoment (voor de voorlichting of na de voorlichting). De achtergrondvariabelen leeftijd, afkomst en opleiding worden als covariaten toegevoegd aan het model, omdat deze *confounders* kunnen zijn. Deze variabelen kunnen het onderzoek ongewenst beïnvloeden. Er is voldaan aan alle assumpties van een *One-way repeated-measures ANOVA*. De uitkomsten van de analyse zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2

Uitkomsten One-way repeated-measures ANOVA analyse

	Voormeting		Nameting		$F(1,181)$	p	η_p^2
	M	SD	M	SD			
Kennis migrantenouders	3.71	1.86	8.01	1.80	87.52	.000	.33

Covariaat bevolkingsgroep	.35	.555	.00
Covariaat leeftijd	.21	.646	.00
Covariaat opleiding	1.29	.259	.01

Uit de resultaten blijkt dat, wanneer wordt gecontroleerd voor bevolkingsgroep, leeftijd en opleiding, de migrantenouders significant hoger scoren op de nameting dan op de voormeting. Het verschil in totaalscore tussen de voormeting ($M = 3.71$, $SD = 1.86$) en de nameting ($M = 8.01$, $SD = 1.80$) is statistisch significant, $F(1,181) = 87.52$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .33$. De gevonden effectgrootte is $\eta_p^2 = .33$, wat betekent dat 33% van de variantie in kennistoename wordt verklaard door het meetmoment.

Er is gekeken naar de invloed van de drie covariaten bevolkingsgroep, leeftijd en opleiding op de totaalscore. Er is geen significant verband tussen de covariaat bevolkingsgroep en de afhankelijke variabele, $F(1,181) = .35$, $p = .555$. Ook is er geen significant verband tussen de covariaat leeftijd en de afhankelijke variabele, $F(1,181) = .21$, $p = .646$. Het verband tussen de covariaat opleiding en de totaalscore is ook niet significant, $F(1,181) = 1.29$, $p = .259$. De covariaten bevolkingsgroep, leeftijd en opleiding hebben geen significant invloed uitgeoefend op de totaalscores op de voor- en nameting.

Invloed van de culturele achtergrond

Deelvraag 2. Om te onderzoeken of de afkomst (migrant versus autochtoon) effect heeft op de kennistoename van de ouders, is een *Mixed ANOVA* uitgevoerd. De afhankelijke variabele binnen dit onderzoek is de totaalscore gemeten op een schaal van 0-11. De eerste onafhankelijke variabele is het meetmoment (voor de voorlichting of na de voorlichting). Dit is een *within-subjects* factor, omdat het meetmoment binnen de groep wordt vergeleken. De tweede onafhankelijke variabele is de afkomst. Hier wordt onderscheid gemaakt in autochtoon ($n = 22$) en migrant ($n = 185$). De afkomst is de *between-subjects* factor, omdat de afkomst tussen de groepen wordt vergeleken. Er wordt kortom binnen en tussen de groepen gekeken naar het mogelijke effect. Er is voldaan alle assumpties van een *Mixed ANOVA*. De uitkomsten van de analyse zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3

Uitkomsten mixed ANOVA analyse

	Voormeting		Nameting		$F(1,205)$	p	η_p^2
	M	SD	M	SD			
Kennis ouders	3.85	1.91	8.13	1.81	406.04	.000	.67
Invloed van Afkomst					.25	.621	.01
Vershil tussen autochtoon en migrant					12.04	.001	

Op de voormeting hebben de autochtonen ($M = 5.05$, $SD = 1.99$) gemiddeld een hogere totaalscore dan de migranten ($M = 3.71$, $SD = 1.86$). Op de nameting geldt hetzelfde. De autochtonen ($M = 9.14$, $SD = 1.61$) hebben gemiddeld een hogere totaalscore dan de migranten ($M = 8.01$, $SD = 1.80$). Het verschil in totaalscore tussen de voormeting ($M = 3.85$, $SD = 1.91$) en de nameting ($M = 8.13$, $SD = 1.81$) is statistisch significant, $F(1,205) = 406.04$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .67$. De gevonden effectgrootte is $\eta_p^2 = .67$, wat betekent dat 67% van de variantie in kennistoename wordt verklaard door het meetmoment. De waarden zijn hier anders dan bij deelvraag 1, omdat bij deelvraag 1 de autochtonen niet werden meegenomen. Hier wordt naar de kennistoename van alle ouders gekeken.

Uit tabel 3 is af te lezen dat er geen sprake is van een significant effect van de afkomst op de totaalscore op de meetmomenten, $F(1,205) = .25$, $p = .621$, $\eta_p^2 = .01$. Slechts 1% van de variantie in kennistoename kan verklaard worden door de afkomst. Hiernaast is los van het meetmoment gekeken naar het hoofdeffect van de afkomst (autochtoon versus migrant). Uit tabel 3 is af te lezen dat er een significant hoofdeffect is van afkomst, $F(1,205) = 12.04$, $p = .001$. De autochtonen ($M = 7.09$, $SD = .34$) hebben zowel op de voormeting als de nameting significant meer kennis dan de migranten ($M = 5.86$, $SD = .12$). De betrouwbaarheidsintervallen van de autochtonen 95% CI [6.43, 7.75] en migranten 95% CI [5.63, 6.09] overlappen elkaar niet.

De ervaring van de ouders

Deelvraag 3. Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag zijn ook interviews afgenomen bij de ouders ($n = 20$). Aan de ouders zijn in focusgroepen tien vragen gesteld

over de preventieve voorlichtingen. De ouders kregen allemaal de mogelijkheid om antwoord te geven op de vragen. De eerste vraag was of de voorlichting nuttig voor ze was en waarom wel of niet. Alle ouders geven aan dat de voorlichtingen nuttig waren. Ze geven aan dat ze veel belangrijke informatie hebben geleerd over GGZ-problematiek. Een moeder zei het volgende hierover:

“Ja, ik vond het zéér nuttig. Ja, omdat ik wel had gehoord van GGZ, maar ik wist niet helemaal wat het betekende. Nu weet ik wel wat meer, ja ik heb wat meer informatie erover gekregen. Ik kan het nu beter gaan herkennen.” (ouder, 2015).

De volgende vraag was of de ouders voor de voorlichting bekend waren met GGZ-problematiek. En zo ja, wat ze erover wisten. Ruim zestig procent van de moeders gaven aan dat ze wel eens hadden gehoord van GGZ problematiek, maar niet precies wisten wat het inhoud. Een aantal ouders (10%) kon een aantal begrippen/ feiten opnoemen. De rest van de ouders wisten niets af over GGZ-problematiek.

De volgende twee vragen gingen over of ze wat kunnen vertellen over wat ze hebben geleerd tijdens de voorlichting en of ze weten hoe je GGZ-problematiek kunt herkennen bij kinderen. Meer dan de helft van de ouders kunnen een aantal punten opnoemen over wat ze hebben geleerd tijdens de voorlichting. Twee ouders zeiden hier het volgende over:

“Ik weet nu bijvoorbeeld welke soorten problemen er zijn. Bijvoorbeeld ADHD en ODD. Dan weet ik wat er aan de hand is met dat kind. Dan is hij bijvoorbeeld heel druk. Ik weet bijvoorbeeld ook wat goed en fout is voor zulke kinderen. Als ik mijn kind bijvoorbeeld help is dat een beschermingsfactor.” (ouder, 2015)

“Ik heb een paar dingen over stoornissen geleerd. Ik heb bijvoorbeeld iets over ADHD geleerd. Je kind is dan heel druk, hij kan niet goed concentreren enz. Je moet bij zulke kinderen dan goed opletten. Ik weet nu ook dat je voor ADHD medicijnen kan krijgen. Dan wordt het kind rustiger. Niet voor alle problemen zijn er medicijnen. Dan kunnen bijvoorbeeld de ouders geholpen worden of de kinderen.” (ouder, 2015).

Tevens hebben we de ouders gevraagd hoe ze het contact tussen de voorlichters en de groep vonden en of het een fijne plek was waar ze de voorlichtingen kregen. Alle ouders geven aan dat ze de voorlichters heel fijn vonden. Er is sprake van veel interactie en de voorlichters zijn heel spontaan. Volgens de ouders zijn de voorlichters erg behulpzaam en leggen ze alles duidelijk uit. Ze geven goede en duidelijke voorbeelden uit de praktijk en vertellen het allemaal op een begrijpelijke en makkelijke manier.

De zevende en achtste vraag gingen over wat de ouders hebben gewaardeerd en gemist tijdens de voorlichting. Het merendeel van de ouders geeft aan dat ze de feitelijke informatie over GGZ-problematiek hebben gewaardeerd. Voorbeelden hiervan zijn welke stoornissen er zijn, de kenmerken van de stoornissen, de risicofactoren en beschermingsfactoren en waar je terecht kan met je vragen. Een ouder zij hierover het volgende:

“Ik vind het heel goed dat ik nu weet welke soorten problemen kinderen kunnen hebben en wat ze betekenen. Ik weet nu de kenmerken van sommige stoornissen. Ik weet ook hoe ik mijn kind kan helpen. Ik weet dus wat een risico is en wat bescherming. Ik heb geleerd dat hoe je je kind opvoedt erg belangrijk is.” (ouder, 2015).

Slechts 3 van de 20 ouders (15%) geven aan wat ze hebben gemist tijdens de voorlichting. De rest heeft niets gemist. De ouders vinden dat de informatie over de verschillende stoornissen wel iets uitgebreider verteld had mogen worden. Maar ze zeggen er wel gelijk bij dat dit waarschijnlijk niet is gebeurd door tijdsgebrek. Er is twee tot drie uur tijd vrijgehouden voor de voorlichting, maar de ouders stellen zelf tussendoor veel vragen en er is veel sprake van interactie. Tevens wordt er bij vermeld dat dit voor de eerste keer eigenlijk wel genoeg informatie is. Het is namelijk niet gemakkelijk om zoveel informatie in één keer te onthouden. Een ouder zegt hier het volgende over:

“Ik ben heel blij met alle informatie die ik heb gekregen. Ik weet nu welke stoornissen er bestaan. Ik wilde graag meer over deze stoornissen weten, maar daar was helaas niet veel tijd voor. En het is eigenlijk wel goed voor de eerste keer. Misschien is het een idee als ze weer langskomen en nog meer vertellen over bijvoorbeeld ADHD. Ik denk dat de meeste ouders weer zullen komen.” (ouder, 2015)

Tenslotte worden de vragen gesteld of ze de informatie die ze hebben meegekregen zullen delen met anderen en of ze in de toekomst meer voorlichtingen willen bijwonen. Een aantal moeders (25%) geven aan dat ze de informatie wel zouden willen delen, maar ‘bang’ zijn om verkeerd begrepen te worden. Een ouder zegt hier het volgende over:

“ Ik weet nu bijvoorbeeld hoe je ADHD kan herkennen bij een kind. Maar als ik bijvoorbeeld zie dat een kind in mijn omgeving kenmerken van ADHD heeft en ik zeg dit tegen de moeder. Ja, dan kan het dat ze dan tegen mij zegt van wat weet jij er nou van, mijn kind heeft helemaal niks.” (ouder, 2015).

De rest van de ouders geven allemaal aan dat ze de informatie zeker zouden delen met anderen. Alle ouders geven tevens aan dat ze meer voorlichtingen in de toekomst willen bijwonen. Ze willen meer informatie over hetzelfde onderwerp, maar ook voorlichtingen over andere problemen. Ze willen zoveel mogelijk te weten komen over problemen die hun kinderen kunnen overkomen.

Effectieve en werkzame factoren van de voorlichtingen

Deelvraag 4. Om achter de werkzame en effectieve factoren van de voorlichting te komen, zijn interviews afgenomen met de voorlichters van de SVG ($n = 7$). Met de voorlichters heeft een procesevaluatie en effectevaluatie plaatsgevonden. Voor de procesevaluatie werden vijf vragen gesteld aan de voorlichters. De eerste vraag had betrekking op de tweedaagse train-de-trainer cursus die de voorlichters hebben moeten volgen, om de voorlichtingen aan de ouders te kunnen geven. Aan de voorlichters is gevraagd of ze de training voldoende toereikend vonden. De voorlichters geven aan dat de training die ze hebben gevolgd aansloot op het voorwerk die ze al hadden gedaan. Ze hebben dus voor de training al informatie over GGZ-problematiek verzameld en een voorlichting in elkaar gezet. Na de training hebben ze een aantal aanpassingen gemaakt. De voorlichters zijn zeer tevreden over de train-de-trainer cursus die ze hebben gekregen. De informatie die ze hebben gekregen sloot goed aan bij de informatie die ze zelf al hadden over GGZ-problematiek.

Aan de voorlichters is gevraagd wat goed en wat minder goed verliep tijdens de training. De voorlichtingen verliepen over het algemeen goed. Een voorlichter zei hier het volgende over:

“ De voorlichtingen op zich verliepen goed. Je zag echt bij ouders, vooral bij Antilliaanse en sommige Turkse en Marokkaanse ouders, bepaalde frustraties naar boven komen. Omdat ze zelf de weg niet wisten te vinden naar de juiste zorgverlening. En je zag echt bij sommige ouders de acceptatie, maar Marokkanen en Turken zag je dat meer.” (voorlichter, 2015)

Vervolgens werden de voorlichters gevraagd of het aantal verwachte deelnemers was bereikt en of de juiste doelgroep was bereikt. In de beginfase van het EIF-project werd gezegd dat niet het aantal deelnemers maar het aantal bijeenkomsten bereikt moest worden. Het aantal bijeenkomsten is wel bereikt, maar het aantal deelnemers niet. Maar volgens de voorlichters lag daar de focus niet op. De focus lag op het aantal bijeenkomsten. Wel is de juiste doelgroep bereikt. Het EIF-project was vooral geïnteresseerd in de Marokkaanse en Turkse ouders en die hebben ze bereikt. Maar hiernaast zijn ook andere mensen bereikt, zoals de autochtonen en de migranten met een andere afkomst.

Tenslotte is er gevraagd naar de succes- en faalfactoren van de voorlichting. De voorlichters geven aan dat hun open houding en het bieden van een luisterend oor succesfactoren zijn. De voorlichters geven aan dat het belangrijk is dat je niet alles moet invullen voor de ouders, maar de ouders moet aanvullen. Een voorlichter zegt het volgende hierover:

“Ik denk dat het belangrijkste is bij kennisoverdracht dat je niet invult, maar aanvult. Dit kunnen wij doen met behulp van ons methodiek. Als je met een PowerPointpresentatie voor zo'n groep zou staan, zouden de ouders niet terugkomen. Er is dan geen interactie. Bij ons komt iedereen aan het woord. Je moet niet alleen informatie zenden, maar ook ontvangen. En dit kan met onze methodiek.” (voorlichter, 2015).

Naast de procesevaluatie heeft er ook een effectevaluatie plaatsgevonden met de voorlichters. Aan de voorlichters is de vraag gesteld welke effecten er zijn bereikt met de

voorlichtingen en of er onverwachte neveneffecten waren. De voorlichters geven de volgende effecten aan: taboe rondom de GGZ-problematiek is bereikt en verbroken, ouders die de voorlichting hebben bijgewoond zullen alerter zijn, ouders gaan niet alleen beter herkennen, maar ze gaan ook beter de weg weten te vinden naar de juiste hulp en ouders gaan eerder de juiste hulp zoeken. De voorlichters geven aan dat bij de meeste ouders het schaamtegevoel is weggegaan en dat ze nu meer durven. Naast deze effecten geven de voorlichters ook één neveneffect aan. Dat is dat deze problemen ook heersen bij de autochtonen in achterstandswijken en dat deze nu ook verholpen kunnen worden. Bij deze doelgroep ligt er ook behoefte naar informatie over GGZ-problematiek.

Discussie

Het doel van deze studie was onderzoeken wat de effectiviteit is van de preventieve voorlichtingen aan migrantenouders in Rotterdam over geestelijke gezondheidszorgproblematiek. Om de onderzoeksvraag te analyseren zijn vier deelvragen geformuleerd. Om antwoord te geven op deze deelvragen is onder 185 migrantenouders, 22 autochtone ouders en zeven voorlichters van de SVG informatie verzameld over de effectiviteit van de voorlichtingen. Hieronder zullen de deelvragen en bijbehorende hypothesen herhaald worden en zal er antwoord gegeven worden op de vier deelvragen.

Effectiviteit voorlichting

De eerste deelvraag was of de kennis over GGZ-problematiek bij de migrantenouders is toegenomen na de voorlichting in vergelijking met daarvoor. De hypothese was dat de migrantenouders na de voorlichting meer kennis over GGZ-problematiek hebben dan voorafgaand aan de voorlichting. Deze hypothese wordt aangenomen. In dit huidige onderzoek werd een significant verschil gevonden tussen de kennis voor de voorlichting en kennis na de voorlichting. De migrantenouders hadden na de voorlichting significant meer kennis over GGZ-problematiek dan voorafgaand aan de voorlichting. De resultaten uit dit onderzoek bevestigen de eerdere bevindingen over de effectiviteit van cultuursensitieve interventies voor ouders (Griner & Smith, 2006; Hodge et al., 2010). Uit beide onderzoeken bleek dat cultuursensitieve interventies voor ouders significant effectief zijn.

Ook is gekeken naar de invloed van de drie covariaten bevolkingsgroep, leeftijd en opleiding op de kennistoename van de migrantenouders. In dit huidige onderzoek werd geen

significant verband tussen de covariaten bevolkingsgroep, leeftijd en opleiding en de kennistoename van de ouders gevonden. Dit houdt in dat in dit onderzoek de bevolkingsgroep (Turks, Marokkaans of overig), de leeftijd van de ouder en de hoogst genoten opleiding van de migrantenouders het effect van de voorlichtingen op de kennistoename van de migrantenouders niet beïnvloedt. In dit onderzoek werd verwacht dat de bevolkingsgroep en leeftijd geen invloed zouden hebben, maar de hoogst genoten opleiding wel. Dit was echter niet het geval in het huidige onderzoek.

De tweede deelvraag betrof de invloed van de culturele achtergrond (migrant versus autochtoon) op de effectiviteit van de voorlichtingen. De hypothese was dat het verschil in kennis tussen de voor- en nameting groter zal zijn voor de migrantengroep dan voor de autochtone groep, omdat de migrantengroep vóór de voorlichting minder kennis had dan de autochtone groep. Deze hypothese wordt verworpen. In dit onderzoek werd geen significant effect van de afkomst op de kennistoename gevonden. De autochtone groep bleek wel zowel op de voormeting als de nameting gemiddeld significant hoger te scoren dan de migrantengroep. Dit betekent dat de migrantengroep voor de voorlichting gemiddeld minder kennis had dan de autochtone groep (zoals verwacht), maar dat de migrantengroep na de voorlichting nog steeds gemiddeld minder kennis had dan de autochtone groep. De kennis is in beide groepen dus ongeveer evenveel toegenomen.

Ervaring van de ouders

De derde onderzoeksvraag was hoe de ouders de voorlichtingsbijeenkomsten hebben ervaren. Uit de interviews met de ouders blijkt dat alle ouders de voorlichtingen over GGZ-problematiek positief hebben ervaren. De ouders hebben veel geleerd over de GGZ-problematiek, over de risico- en beschermingsfactoren van de problemen en waar ze nu terecht kunnen met hun vragen. Het contact met de voorlichters hebben de ouders erg gewaardeerd. De voorlichters zijn volgens de ouders spontaan, behulpzaam en duidelijk. Een klein deel (15%) van de ouders geeft aan dat ze uitgebreidere informatie wilden hebben. Alle ouders geven aan dat ze in het vervolg meerdere voorlichtingen zouden willen bijwonen. Kortom, de ervaringen van de ouders over de preventieve voorlichtingen zijn positief.

Aan de hand van dit resultaat kan een suggestie gedaan worden voor toekomstig beleid. Instellingen en organisaties zouden baat hebben bij deze resultaten. Er wordt aangeraden om meer voorlichtingen over verschillende problematiek aan migrantenouders te

geven. Deze voorlichtingen zouden gegeven moeten worden door cultuursensitieve voorlichters. Uit de resultaten blijkt namelijk dat de ouders de voorlichtingen en het contact met de voorlichters positief hebben ervaren. Migrantenouders zouden meerdere voorlichtingen over verschillende problematiek kunnen bijwonen, zodat de ouders hier meer over te weten komen en de hulp aan migrantenjongeren structureel verbeterd kan worden.

Effectieve en werkzame factoren van de voorlichting

De vierde en laatste deelvraag betrof de effectieve en werkzame factoren van de voorlichting. Hiertoe zijn interviews afgenomen met de voorlichters. Uit de interviews met de voorlichters blijkt dat hun open houding en het bieden van een luisterend oor succesfactoren zijn. Een werkzame factor is dat zij bij kennisoverdracht niet invullen voor ouders, maar de ouders aanvullen. Hun methodiek is zo in elkaar gezet, dat de ouders voortdurend in interactie zijn en dat ze allemaal aan het woord komen. Kortom, de effectieve en werkzame factor van de voorlichting is vooral de methodiek waarmee de voorlichters werken. De resultaten die naar voren uit de interviews met de voorlichters zijn meningen van de voorlichters zelf. De resultaten over de effectieve en werkzame factoren zijn dus subjectief. Vervolgonderzoek zou zich hierop kunnen richten. In het vervolg zouden onderzoekers kunnen kijken of deze elementen daadwerkelijk het succes of een effect voorspellen

Implicaties, sterke en zwakke punten

Deze studie heeft een implicatie voor de praktijk. Zoals blijkt uit literatuur maken migranten beperkt gebruik van de GGZ. Allochtone ouders lijken minder in staat om adequaat en vroegtijdig de GGZ-problematiek bij hun kinderen te signaleren (Dieperink et al., 2002). Migrantenouders vinden moeilijker de weg naar de hulpverlening. Hierdoor zijn de allochtone jongeren ondervertegenwoordigd in de vrijwillige hulpverlening, maar oververtegenwoordigd in de niet-vrijwillige, zwaardere hulpverlening (Dieperink et al., 2002; Rickwood et al., 2007; Veling, 2010). De preventieve voorlichtingen over de GGZ-problematiek zijn op verschillende scholen in Rotterdam gegeven aan de ouders en bleken significant effectief met betrekking tot toegenomen kennis. Dit betekent dat de voorlichtingen aan migrantenouders breder in Nederland (buiten Rotterdam) geïmplementeerd moeten worden, zodat deze ouders beter in staat zullen zijn om adequaat en vroegtijdig de GGZ-problematiek bij hun kinderen te signaleren. De gemeentes in Nederland zouden de

voorlichtingen standaard aan kunnen bieden aan verschillende scholen met veel migrantengroeperingen.

Het huidige onderzoek heeft een aantal sterke punten. In deze studie is niet alleen gekeken naar de effectiviteit van de voorlichting onder Turkse en Marokkaanse migrantenouders, zoals gevraagd werd van de gemeente Rotterdam. Andere migrantengroepen zijn ook meegenomen in het onderzoek. Tevens is de migrantengroep vergeleken met de autochtone groep. Hierdoor kon op basis van dit onderzoek aangetoond worden dat de voorlichting ook effectief is voor andere groepen dan alleen Turkse en Marokkaanse ouders in Nederland. Ten tweede hebben aan dit onderzoek 185 migrantenouders in Rotterdam meegedaan. Dit was een moeilijk te bereiken groep, dus er sprake van een grote steekproef. Ten derde is in deze studie gecontroleerd voor de invloed van de leeftijd van de ouder, de hoogst genoten opleiding van de ouder en de bevolkingsgroep van de ouder. Hierdoor kan met grotere zekerheid gezegd worden dat de kennistoename toe te wijten is aan de voorlichting en niet aan de socio-demografische kenmerken van de ouders. Ten slotte is in deze studie gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve data. Hierdoor kan op basis van dit onderzoek meer uitspraken gedaan worden over de voorlichting.

Dit onderzoek heeft echter ook een aantal zwakke punten. Ten eerste is slechts gekeken naar de effectiviteit van de voorlichting op korte termijn. De kennis van de ouders is voor en na de voorlichting gemeten, dus beide op dezelfde dag. Hierdoor kan niet gekeken worden of de voorlichting ook op langere termijn effectief is. Om uitspraken te doen over de langere termijn, zou de kennis van de ouders voor een derde keer gemeten moeten worden. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op dit onderzoek repliceren over een langere periode, om te onderzoeken wat de effectiviteit van de voorlichting is op langere termijn. In het vervolg zou de kennis nog een keer gemeten kunnen worden na een langere tijd, om te kijken of de kennis toeneemt/ afneemt met de tijd. Er kan dus gekeken worden of de voorlichtingen ook op langere termijn effectief blijken.

Ten tweede zijn alleen moeders meegenomen in de huidige studie. Hierdoor kunnen geen uitspraken gedaan worden over de effectiviteit van de voorlichtingen voor vaders. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op dit onderzoek repliceren onder migrantenvaders en autochtone vaders, om de effectiviteit van de voorlichtingen onder vaders

te onderzoeken. Tevens zou er een vergelijking gemaakt kunnen worden tussen moeders en vaders, om te onderzoeken of de effectiviteit verschilt voor het geslacht van de ouder.

Ten derde is de groep van autochtone moeders niet groot ($n = 22$) in vergelijking met de allochtone moeders ($n = 185$). Hierdoor moet voorzichtigheid geboden worden bij het interpreteren van de invloed van de afkomst (autochtoon of migrant) op de effectiviteit van de voorlichting. De bevindingen over de invloed van afkomst moeten daarom gerepliceerd worden. Interessant vervolgonderzoek is dan dit onderzoek repliceren met een grotere steekproef van de twee verschillende groepen

Tot slot is deze studie slechts in Rotterdam uitgevoerd. In Nederland wonen veel migranten, vooral in grote steden als Amsterdam en Den Haag. De voorlichtingen zouden ook in andere steden gegeven moeten worden dan alleen in Rotterdam. In het vervolg zouden onderzoekers kunnen kijken naar de effectiviteit van de voorlichtingen van de SVG in andere (grote) steden in Nederland.

Conclusie

Op basis van dit huidige onderzoek kan geconcludeerd worden dat de preventieve voorlichtingen gegeven door de Stichting Voorlichters Gezondheid significant effectief zijn. De kennis van de ouders is significant hoger na de voorlichting dan voor de voorlichting. De achtergrondvariabelen leeftijd, bevolkingsgroep (Turks, Marokkaans of overig) en opleiding zijn hierop niet van invloed. De invloed van afkomst (autochtoon versus migrant) heeft geen significante invloed op de effectiviteit. Dit onderzoek toont aan dat de preventieve voorlichtingen over GGZ-problematiek aan moeders in Rotterdam de kennis over psychische stoornissen en GGZ vergroot en hierdoor een stap heeft gezet om deze doelgroep meer te betrekken in de hulpverleningstrajecten om onnodige problematiek te voorkomen.

Referenties

Adriaanse, M., Van Domburgh, L., Veling, W., & Doreleijers, T. A. H. (2011). *Psychische problemen en stoornissen bij Marokkaans Nederlandse kinderen en jongeren*.

Verkregen op 27 maart, 2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en->

publicaties/rapporten/2011/12/07/rapport-psychische-problemen-en-stoornissen-bij-marokkaans-nederlandse-kinderen-en-jongeren.html.

- Bekker, M., Van Mens-Verhulst, J. (2008). *GGZ en diversiteit: prevalentie en zorgkwaliteit*. Verkregen op 12 april, 2015, van http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/ggz-en-diversiteit-prevalentie-en-zorgkwaliteit/?no_cache=1&cHash=2e05fee522f59c067e6c87f6b3640911.
- Bellaart, H., & Pehlivan, A. (2011). *Met één hand kun je niet klappen! Migrantenorganisaties en jeugdvoorzieningen werken samen aan toegankelijke hulp voor migrantengezinnen*. Verkregen op 24 april, 2015, van <http://www.kis.nl/sites/default/files/bestanden/Publicaties/Forum-met-een-hand-kun-je-niet-klappen.pdf>.
- Van den Berg, G. (2010). Interventies houden geen rekening met culturele verschillen. Hulpverlening weet migrantenjeugd slecht te vinden. *Jeugd en Co*, 8-17.
- Van den Berg, M., & Schoemaker, C. G. (2010). *Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010. Van gezond naar beter*. Verkregen op 28 maart, 2015, van http://www.vtv2010.nl/object_binary/o9241_Rivm03-Effecten-van-preventie-VTV-2010.pdf.
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258. doi:10.1046/j.0001-690X.2003.00246.x
- Boomsma, S., & Pijpers, F. (2008). Een visie op de jeugdgezondheidszorg als publieke zorg voor de jeugd. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 86, 377-380. doi:10.1007/BF03082116
- Boon, A. E., De Haan, A. M., & De Boer, S. B. B. (2010). Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere jeugd-GGZ-cliënten. *Kind en Adolescent*, 31, 16-28.

- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology, 78*, 98-104. doi:10.1037/0021-9010.78.1.98
- Dieperink, C., Van Dijk, R., & Wierdsma, A. (2002). GGZ voor allochtonen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 57*, 87-97.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet, 379*, 266-282. doi:10.1016/S0140-6736(11)60051-2
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics. 4th Edition*. Londen: Sage Publications Ltd.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: a meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 531-548. doi:10.1037/0033-3204.43.4.531
- Hodge, D. R., Jackson, K. F., & Vaughn, M. G. (2010). Culturally sensitive interventions and health and behavioral health youth outcomes: a meta-analytic review. *Social Work in Health Care, 49*, 401-423. doi:10.1080/00981381003648398
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *The Journal of the American Medical Association, 295*, 1023-1032. doi:10.1001/jama.295.9.1023
- Ince, D., & Van den Berg, G. (2010). *Overzichtsstudie interventies voor migrantenjeugd. Ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp*. Verkregen op 17 maart, 2015, van http://www.nji.nl/nl/Overzichtstudie_interventies.pdf.

- Kirmayer, L. J. et al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association or its licensors*, 183, 959-967. doi:10.1503/cmaj.090292
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2005a). Help-seeking behaviour regarding mental health problems of mediterranean migrants in the Netherlands: familiarity with care, consultation attitude and use of services. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 372-382. doi:10.1177/0020764005060853
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2005b). Migranten in de GGZ: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 753-759.
- 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*, 21, 384–393. doi: 10.1177/0146167295214009
- Pumariega, A. J., Rothe, E., & Pumariega, J. A. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community Mental Health Journal*, 41, 581-597. doi:10.1007/s10597-005-6363-1
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187, 35-39.
- Santos, J. R. A. (1999). Cronbach's alpha: A tool for assessing the reliability of scales. *Journal of Extension*, 37.
- Schrier, A. C., Theunissen, J. R., Kempe, P. T., & Beekman, A. T. F. (2005). Migranten in de ambulante GGZ maken een inhaalslag. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47, 771-777.

- Sijtsma, K. (2009). Over misverstanden rond Cronbach's alfa en de wenselijkheid van alternatieven. *De Psycholoog*, 44, 561-567.
- Stevens, G. W. J. M., & Vollebergh, W. A. M. (2008). Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 276-294. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01848.x
- Stevens, G. W. J. M., Vollebergh, W. A. M., Pels, T. V. M., & Crijnen, A. A. M. (2007). Parenting and internalizing and externalizing problems in Moroccan immigrant youth in the Netherlands. *Journal of Youth and Adolescent*, 36, 685-695. doi:10.1007/s10964-006-9112-z
- Trimbos. (2009). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Verkregen op 29 maart, 2015, van http://rvz.net/uploads/docs/Allochtone_clienten_en_geestelijke_gezondheidszorg.pdf.
- Trinidad, R. B., Kamperman, A. M., & De Jong, J. T. V. M. (2005). Verklaringsmodellen in de GGZ: kenmerken van migranten en Nederlandse cliënten die volharden in een niet-psychologische betekenisgeving van hun klachten. *Gedrag en gezondheid*, 33, 42-51. doi:10.1007/BF03071054
- Veen, V., Stevens, G., Doreleijers, T., Van der Ende, J., & Vollebergh, W. (2010). Ethnic differences in mental health among incarcerated youths: do Moroccan immigrant boys show less psychopathology than native Dutch boys? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 431-440. doi:10.1007/s00787-009-0073-0
- Veling, W. (2010). Ondergebruik van GGZ door jeugd van niet-Nederlandse herkomst; voorbij een statistisch verband. *Tijdschrift Psychiatrie*, 52, 659-661.

- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388. doi:10.1037/0003-066X.47.3.373
- Wierdsma, A. I., & Kamperman, A. M. (2011). Contact met de jeugd-GGZ is een zaak van culturele én sociaaleconomische verschillen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 53, 857-863.
- Wierdsma, A. I., Mies, G. W., & Kamperman, A. M. (2013). Worden etnische verschillen in de toegankelijkheid en het gebruik van de jeugd-GGZ minder? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91, 422-428.
- Zwirs, B. W. C., Burger, H., Schulpen, T. W. J., & Buitelaar, J. K. (2006). Different treatment thresholds in non-Western children with behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 476-483. doi:10.1097/01.chi.0000192251.46023.5a
- Zwirs, B. W. C., Burger, H., Schulpen, T. W. J., Wiznitzer, M., Fedder, H., & Buitelaar, J. K. (2007). Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 556-566. doi:10.1007/s10802-007-9112-9

Appendix A

Vragenlijst ouders: Voorlichting GGZ-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 GGZ-problematiek? Zo ja, wat wist u er over?

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

4. Weet u hoe je GGZ 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 GGZ-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?