

Naar Hollands gebruik?

Naar Hollands gebruik?

Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten

Verdiepingsstudie Diversiteit in het Jeugdbeleid

Angela van den Broek
Ellen Kleijnen
Saskia Keuzenkamp

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn die het beleid van meer dan één departement raken. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2010

sCP-publicatie 2010-28

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Vertaling samenvatting: Julian Ross, Carlisle, Engeland

Omslagontwerp: Bureau Stijlzoorg, Utrecht

Omslagillustratie: © B. Houweling / Nationale Beeldbank

ISBN 978-90-377-0525-6

NUR 740

Voorzover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 vX Den Haag

Telefoon (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: www.scp.nl

E-mail: info@scp.nl

De auteurs van sCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website.

Inhoud

Voorwoord	7	
Samenvatting	9	
1	Diversiteit in het jeugdbeleid	15
1.1	Migrantenjeugd in Nederland	15
1.2	Monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid	16
1.3	Opzet en werkwijze	17
	Noot	19
2	Formele opvoedingsondersteuning	20
2.1	Een opvoedkundig steuntje in de rug	20
2.2	Gebruik van opvoedingsondersteuning	22
2.3	Verhouding tussen het gebruik van opvoedingsondersteuning en opvoed- en opgroei problemen	24
2.4	Houding ten aanzien van opvoedingsondersteuning	29
2.5	(On)toegankelijkheid van opvoedingsondersteuning	32
2.6	Conclusies	36
	Noot	38
3	Speciale onderwijsvoorzieningen	39
3.1	Gespecialiseerd onderwijs voor 'speciale' kinderen	39
3.2	Gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen	41
3.3	Problemen en beperkingen die het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen noodzakelijk kunnen maken	49
3.4	Mogelijke verklaringen voor problemen en beperkingen: kind, gezin en school	52
3.5	Factoren die direct samenhangen met het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen	61
3.6	Conclusies	69
	Noten	74
4	De huisarts	76
4.1	Ongezonde kinderen hebben minder kansen	76
4.2	Gebruik van de huisarts	77
4.3	Gezondheid van kinderen en jongeren in Nederland	79
4.4	Rol van achtergrondkenmerken	81
4.5	Houding ten aanzien van de huisartsenzorg	82
4.6	(On)toegankelijkheid van de huisartsenzorg	83

4.7	Conclusies	85
	Noot	87
5	Voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid	88
5.1	Risico's op seksueel gebied	88
5.2	Seksualiteit in het leven van jongeren	91
5.3	Anticonceptie	93
5.4	Abortus	102
5.5	Soa-testen	106
5.6	Seksuele gezondheid voor alle jongeren	112
	Noten	114
6	Samenvatting en slotbeschouwing	115
	Summary	122
	Bijlage A (te vinden via www.scp.nl bij de digitale publicatie)	
	Literatuur	128
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	140

Voorwoord

De afgelopen decennia is het aantal jeugdigen van niet-westerse herkomst in Nederland toegenomen tot ruim 800.000 in 2010 (16% van de bevolking van 0-24 jaar). Ongeacht hun culturele achtergrond, zouden alle kinderen en jongeren in Nederland dezelfde kansen moeten krijgen om zich goed te kunnen ontwikkelen. Migrantenjeugdigen groeien echter vaker op in minder gunstige gezins- en leefomstandigheden dan de autochtoon Nederlandse jeugd, waardoor zij een groter risico lopen op problemen in hun ontwikkeling. In het overheidsbeleid wordt dan ook in het bijzonder aandacht besteed aan culturele diversiteit. Een specifieke beleidskwestie is het al dan niet evenredige gebruik van publieke voorzieningen.

In opdracht van ZonMw heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) een onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van voorzieningen; worden migrantenjeugdigen en hun ouders even goed bereikt door algemene voorzieningen als autochtoon Nederlandse jeugdigen en hun ouders? Er is gekeken naar formele opvoedingsondersteuning, speciale onderwijszorg, de huisarts, en het gebruik van anticonceptie, abortus en soa-testen (als voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid). Het blijkt dat niet-westerse migranten daar vaak niet in dezelfde mate gebruik van maken als autochtone Nederlanders, en in dit rapport wordt nagegaan hoe dat te verklaren valt.

Aan de totstandkoming van dit rapport hebben verschillende mensen bijgedragen. Mede namens de onderzoekers dank ik dr. Marjolijn Distelbrink van het Verwey-Jonker Instituut voor haar bijdrage aan de leescommissie, en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) voor het leveren van aanvullende gegevens. Dank gaat ook in het bijzonder uit naar de geïnterviewde deskundigen, te weten mevr. Fatma Alakay, dhr. Zeki Arslan, drs. Ellen Giepmans, drs. Milleke de Neef, prof. dr. Trees Pels, drs. Loes Singels, dhr. Bram Tuk en drs. Ineke Van der Vlugt.

Prof. dr. Paul Schnabel
Directeur SCP

Samenvatting

Monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid

In 2010 wonen er in Nederland ruim 800.000 jeugdigen van niet-westerse herkomst (16% van de totale bevolking van 0-24 jaar). Beleidsmatig is er veel aandacht voor deze kinderen en jongeren. Een van de doelen van het overheidsbeleid is dat migrantenjeugdigen en hun ouders even goed bereikt worden door algemene voorzieningen als autochtone Nederlanders. In dit rapport is voor een viertal voorzieningen nagegaan in hoeverre er verschillen bestaan in het gebruik ervan tussen autochtoon Nederlandse en migrantenjeugdigen (en hun ouders), en hoe deze verschillen te verklaren zijn. Het gaat om formele opvoedingsondersteuning, speciale onderwijsvoorzieningen, de huisarts, en voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid. In dit rapport wordt getracht etnische verschillen in het gebruik van deze voorzieningen te verklaren vanuit verschillen in achtergrondkenmerken, de houding ten aanzien van het gebruik van de voorzieningen en de (on)toegankelijkheid ervan.

Vanwege de beschikbaarheid van gegevens concentreren we ons vooral op autochtone Nederlanders en de vier grootste niet-westerse migrantengroepen: Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders. Om de etnische verschillen in het voorzieningengebruik te kunnen verklaren, is gebruikgemaakt van literatuurstudie en (waar mogelijk) van kwantitatieve data-analyse van beschikbare databestanden; daarnaast zijn er interviews gehouden met een aantal experts.

Formele opvoedingsondersteuning

Ouders die problemen ervaren in de opvoeding of bij hun kinderen kunnen een beroep doen op formele opvoedingsondersteuning. Het totale aandeel niet-westerse migrantenouders met thuiswonende kinderen (0-17 jaar) dat gebruikmaakt van opvoedingsondersteuning is vrijwel gelijk aan het percentage autochtoon Nederlandse ouders dat hulp of advies zoekt. Ouders met een Surinaamse, Antilliaanse of overig niet-westerse achtergrond gaan vaker dan gemiddeld op zoek naar hulp of advies bij de opvoeding, terwijl ouders van zowel Turkse als Marokkaanse herkomst relatief weinig beroep doen op opvoedingsondersteuning. De autochtoon Nederlandse ouders wenden zich vaker tot beroepskrachten in de eerstelijnszorg dan niet-westerse migrantenouders. Deze laatsten maken daarentegen vaker gebruik van tweedelijnsvoorzieningen. Belangrijke determinanten voor het gebruik van opvoedingsondersteuning zijn de wijze waarop ouders de opvoeding beleven en psychosociale problemen bij kinderen. Niet-westerse migranten hebben een significant minder positieve opvoedbeleving dan autochtone Nederlanders en zij rapporteren meer psychosociale problematiek bij hun kinderen. Niet-westerse migrantenouders hebben bijvoorbeeld vaker het gevoel de opvoeding niet goed aan te kunnen, vinden het ouderschap vaker moeilijker dan gedacht, en hun kinderen vertonen volgens hen vaker gedragsproblemen. Naast problemen in de opvoeding en bij kinderen, zijn een hoog opleidingsniveau van de

ouders, alleenstaand ouderschap en een hoger kindertal gerelateerd aan het gebruik van opvoedingsondersteuning.

Wanneer rekening wordt gehouden met de genoemde determinanten blijkt dat Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders significant minder gebruikmaken van opvoedingsondersteuning dan autochtone Nederlanders, respectievelijk 18% en 22%. Dit duidt op ondergebruik, waarbij de (relatief lage) mate waarin deze ouders een beroep doen op formele opvoedingsondersteuning niet in verhouding staat tot hetgeen verwacht wordt op basis van hun kenmerken (d.w.z. hun opvoedbeleving, psychosociale problemen bij kinderen en achtergrondkenmerken).

Een combinatie van houdings- en toegankelijkheidsfactoren lijkt er mede voor te zorgen dat niet-westerse migrantenouders (en dan met name Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders) relatief weinig beroep doen op formele opvoedingsondersteuning. Voor hen is het bijvoorbeeld vaak niet vanzelfsprekend om uit te komen voor problemen in de opvoeding. Schaamte is hierbij een belangrijke factor. Daarnaast hebben sommige migrantenouders het idee dat zij zelf weinig invloed hebben op het voorkómen of verminderen van problemen. Een deel van de ouders (h)erkent de problemen bovendien niet of vindt zijn of haar opvoedvragen niet problematisch genoeg om hier hulp voor te zoeken. Ook wantrouwen jegens formele opvoedingsondersteuning kan eraan bijdragen dat migrantenouders geen hulp zoeken bij een beroepskracht. Daarnaast sluit het bestaande aanbod veelal onvoldoende aan bij de behoeften en wensen van deze ouders en zijn professionals vaak onvoldoende toegerust om niet-westerse migranten te ondersteunen bij de opvoeding. Het initiatief om hulp te zoeken wordt bovendien (te veel) bij de ouders zelf gelegd. Samen met onbekendheid met het aanbod, praktische belemmeringen en weerstand vanuit de omgeving maakt dit dat niet-westerse migrantenouders (en dan vooral Turkse en Marokkaanse Nederlanders) relatief weinig gebruikmaken van formele opvoedingsondersteuning.

Speciale onderwijsvoorzieningen

Kinderen en jongeren die behoefte hebben aan meer ondersteuning en zorg dan het reguliere onderwijs hen kan bieden, kunnen in Nederland gebruikmaken van verschillende speciale onderwijsvoorzieningen. Migrantleerlingen blijken relatief vaak gebruik te maken van het speciaal basisonderwijs (sbo): circa 19% van de sbo-leerlingen behoort tot een etnische minderheid, tegenover 12% in het reguliere basisonderwijs. De cijfers duiden erop dat migrantleerlingen ook relatief vaak gebruikmaken van cluster 1 (visuele beperkingen), cluster 2 (auditieve en communicatieve beperkingen) en cluster 3 (verstandelijke en lichamelijke beperkingen) van het (voortgezet) speciaal onderwijs ((v)so). Niet-westerse migrantleerlingen zijn eveneens vaak te vinden in het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) en het praktijkonderwijs (pro). Tegelijkertijd blijkt een deel van de migrantenjongeren juist relatief weinig gebruik te maken van andere vormen van speciale onderwijszorg, te weten het zogenoemde 'rugzakje', en cluster 4 (ernstige gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen) van het (v)so: circa 10% en 14% van de cluster 4-leerlingen in respectievelijk het so en het vso bestaat uit migrantleerlingen.

Het relatief hoge aandeel migrantenleerlingen in het sbo, het lwoo, het pro en de eerste drie clusters van het (v)so lijkt deels verband te houden met etnische verschillen in de mate waarin zich problemen voordoen die het gebruik van deze voorzieningen noodzakelijk maken. Dergelijke problemen lijken immers vaker voor te komen bij migrantenjeugdigen dan bij autochtoon Nederlandse kinderen en jongeren. Het gaat hierbij om een lagere score op intelligentietesten, onderwijsachterstanden, sociaal-emotionele problemen, en visuele, auditieve, lichamelijke en verstandelijke beperkingen. Voor het rugzakje en cluster 4 van het (v)so geldt daarentegen dat migrantenleerlingen (met name die van Turkse en Marokkaanse herkomst) minder gebruikmaken van deze voorzieningen dan op basis van het (relatief veel) voorkomen van beperkingen en gedragsproblemen kan worden verwacht.

In dit onderzoek zijn diverse factoren aan het licht gekomen die direct samenhangen met het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Wat de ouders van de jeugdigen betreft, blijkt het opleidingsniveau een belangrijke rol te spelen: kinderen van hoger opgeleiden lijken vaker passende ondersteuning te krijgen en vaker gebruik te maken van het rugzakje. Dit geldt vaker voor kinderen van autochtone Nederlanders dan voor kinderen van migranten; het aandeel hoger opgeleiden in de eerstgenoemde groep is immers hoger. Migrantenjeugdigen nemen mogelijk ook minder vaak deel aan (bepaalde vormen van) speciale onderwijszorg omdat hun ouders vaker onbekend zijn met speciale onderwijsvoorzieningen en de procedure omtrent een verwijzing naar speciale onderwijszorg als hoogdrempelig ervaren. Ook de taalbarrière vormt relatief vaak een belemmering voor migrantenouders en kan eraan bijdragen dat hun kinderen geen passende ondersteuning krijgen. Daarnaast lijken niet-westerse migrantenouders zich vaker te verzetten tegen een verwijzing naar een speciale onderwijsvoorziening, te meer als het cluster 4-onderwijs (gedragsproblemen) betreft. Ze kwalificeren gedragsproblematiek veelal niet als zodanig en zouden zich vaker schamen voor dergelijke problemen. Vanwege de weerstand die een deel van de migrantenouders voelt tegen (met name) het cluster 4-onderwijs zijn er scholen die ervoor kiezen om migrantenleerlingen met gedragsproblemen te verwijzen naar een voor hun ouders meer acceptabel cluster van het (v)so, te weten cluster 2, dan wel naar het sbo. Ook zijn er mogelijk scholen die helemaal afzien van een verwijzing naar een speciale onderwijsvoorziening: wanneer zij het gevoel hebben dat ouders niet willen meewerken, zouden zij minder geneigd zijn een verwijzingsprocedure in gang te zetten. Verder zou de opstelling van leerkrachten en scholen kunnen bijdragen aan het hoge percentage migrantenleerlingen in het lwoo en pro. Vanwege een groeiende aandacht voor hun resultaten zouden sommige basisscholen bijvoorbeeld laagpresterende (migranten)leerlingen niet laten deelnemen aan de Cito Eindtoets Basisonderwijs, waardoor zij vaker in het lwoo en pro belanden. Daarnaast kan het voorkomen dat leerkrachten onbewust ten onrechte (niet) verwijzen. Afhankelijk van de schoolpopulatie vallen sommige zorgleerlingen namelijk minder op bij leerkrachten en het lijkt voor leerkrachten vaak lastig om het gedrag van met name migrantenleerlingen juist te interpreteren en problemen bij hen te herkennen. Tot slot kunnen er zich moeilijkheden voordoen bij het vaststellen van problemen bij kinderen en jongeren. Zo worden gedragsstoornissen bij migrantenleerlingen minder vaak gediagnosticeerd, wat eraan kan bijdragen dat zij relatief weinig in het

cluster 4-onderwijs terecht komen. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat gehanteerde meetinstrumenten een zekere culturele (westerse) bias kennen. Hierdoor kunnen leerlingen uit een culturele minderheidsgroep verkeerd beoordeeld worden.

De huisarts

Migrantenjeugdigen maken frequenter gebruik van de huisarts dan autochtoon Nederlandse kinderen en jongeren (resp. gemiddeld 2,6 en 2,4 keer per jaar), en dit geldt met name voor jeugdigen van Turkse afkomst (gemiddeld 2,8 keer per jaar). De verhouding tussen jongens en meisjes is tot de leeftijd van 15 jaar gelijk, maar in de leeftijdscategorie van 15-24 jaar zijn het de meisjes die veel meer gebruikmaken van de huisarts, ongeacht de etnische herkomst.

De mate waarin beroep wordt gedaan op de huisarts kan niet los worden gezien van de (on)gezondheid van kinderen en jongeren: migrantenjeugdigen zijn gemiddeld ongezonder dan autochtoon Nederlandse kinderen en jongeren. Zo komen overgewicht, diabetes en schizofrenie vaker voor onder migrantenjeugdigen. Het gebruik van de huisarts lijkt dus in verhouding te staan tot hun gezondheidsproblemen. Echter, uit literatuuronderzoek komt nog een aantal andere factoren naar voren die mogelijk het relatief hoge aantal contacten van migranten met de huisarts verklaren.

Opleidingsniveau lijkt een belangrijk achtergrondkenmerk te zijn. Lager opgeleiden hebben minder kennis van ziekten en gezondheid en van zelfzorg, waardoor ze sneller geneigd zijn contact op te nemen met de huisarts in geval van gezondheidsklachten. Niet-westerse migrantenouders zijn gemiddeld lager opgeleid dan autochtoon Nederlandse ouders, en maken daardoor wellicht meer gebruik van de huisarts.

Ook etnische verschillen in de houding ten aanzien van ziekte, gezondheid en de huisarts kunnen een rol spelen. Zo komt naar voren dat niet-westerse migranten ook hun psychosociale klachten doorgaans lichamelijk ervaren (m.a.w. vanuit een westers oogpunt 'somatiseren' ze relatief vaak); daar lijkt minder een taboe op te rusten. Vooral voor Turkse Nederlanders is een huisartsenbezoek vaak een vanzelfsprekende consequentie van het onwel zijn, terwijl autochtone Nederlanders vaker terugvallen op een vorm van zelfzorg. Migranten hebben bovendien veelal andere verwachtingen van de huisarts, waardoor ze niet altijd voldaan zijn na een bezoek en hoogstwaarschijnlijk op een later tijdstip opnieuw contact opnemen.

Ten slotte zijn (on)toegankelijkheidsfactoren van belang. Zo stellen (de overwegend autochtoon Nederlandse) huisartsen vaak open en reflecterende vragen, terwijl migranten het niet altijd gewend zijn om op dusdanige manier naar zichzelf te kijken. Ook voldoen de mate van zelfmanagement en eigen verantwoordelijkheid van migranten niet altijd aan de verwachtingen van het Nederlandse zorgsysteem. Daarnaast zorgen taal- en communicatiebarrières ervoor dat patiënt en huisarts elkaar niet altijd goed begrijpen en er vaak meerdere consulten nodig zijn om tot de juiste diagnose te komen. Dit ontoereikende begrip kan tevens te maken hebben met een gebrek aan inzicht in de opvattingen van migranten bij een deel van de zorgverleners.

Voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid

Ten slotte hebben we aandacht besteed aan een drietal voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid: anticonceptie, abortus en soa-testen. Op het gebied van seksualiteit bestaan grote verschillen tussen de etnische groepen. In de leeftijdscategorie van 11 tot en met 16 jaar hebben alle niet-westerse migrantengroepen beduidend meer ervaring met geslachtsgemeenschap dan autochtoon Nederlandse jongeren. Op latere leeftijd (17-24 jaar) liggen de percentages dicht bij elkaar en zijn het met name de jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst die de minste ervaring hebben.

Anticonceptie

Jongeren die ervaring hebben met geslachtsgemeenschap en niet zwanger willen worden, zouden ooit anticonceptie moeten hebben gebruikt, dan wel deze gebruiken. Echter, niet alle seksueel actieve jongeren maken gebruik van voorbehoedsmiddelen: driekwart van hen geeft aan altijd iets te doen om zwangerschap te voorkomen, een kwart doet dat dus niet. Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren maken het minst consequent gebruik van anticonceptie (61% maakt er altijd gebruik van). Ook het type anticonceptie verschilt van groep tot groep: jongeren van autochtoon Nederlandse, Surinaamse en Antilliaanse herkomst maken relatief gezien meer gebruik van de pil, terwijl jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst vaker het meer anoniem verkrijgbare condoom gebruiken. Het inconsequente anticonceptiegebruik van Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren hangt ten eerste samen met een minder gunstig gezinsklimaat en een hogere mate van communicatie over seksualiteit met vrienden. In deze sociale omgeving worden naast persoonlijke ervaringen ook mythes overgedragen (bv. dat je van de pil onvruchtbaar kunt worden), die de keuze om anticonceptie te gebruiken kunnen beïnvloeden. Daarnaast hebben niet-westerse migrantenjongeren minder kennis omtrent veilig vrijen en soa's, en staan zij afwijzender tegenover condoomgebruik.

Abortus

Wanneer bij geslachtsgemeenschap geen anticonceptie is gebruikt of als deze niet op de juiste manier is toegepast en er sprake is van een ongewenste zwangerschap, kunnen meisjes een abortus ondergaan. In 2008 zijn er per 1000 meisjes van 15 tot en met 19 jaar elf meisjes zwanger geraakt. Wanneer we kijken naar de verhouding tussen het aantal tienerzwangerschappen en het aantal abortussen, dan blijkt dat van de 100 zwangere tieners (15-19 jaar) Marokkaans-Nederlandse meisjes het vaakst een abortus ondergaan en autochtoon Nederlandse meisjes het minst (resp. 79 en 61 meisjes). De belangrijkste factor die een rol speelt bij het al dan niet ondergaan van een abortus, is de houding ten aanzien van zwangerschap en abortus. Zo wordt door meisjes van Surinaamse en Antilliaanse herkomst een kind soms ook wel gezien als een goed alternatief voor scholing en werk. In Turks- en Marokkaans-Nederlandse gezinnen geldt vaak een strikte maagdelijkheidsnorm en kan het zijn dat in geval van zwangerschap een abortus ondergaan wordt om de overschrijding van deze norm te verbergen. Ook hebben

migrantenjongeren minder kennis van veilig vrijen en zwangerschap, en missen zij mogelijk soms de vaardigheden om anticonceptie op de juiste manier toe te passen.

Soa-testen

Voor seksueel actieve jongeren die niet altijd een condoom gebruiken of hebben gebruikt, is het verstandig een soa-test te laten doen. Uit onze analyses blijkt dat van de seksueel actieve jongeren die niet consequent condooms gebruiken, 12% zich laat testen op soa's. Jongeren van Surinaamse en Antilliaanse herkomst ondergaan het vaakst een soa-onderzoek (27%), ongeacht eventuele verschillen in condoomgebruik. Determinanten die samenhangen met het gebruik van soa-testen zijn een hogere mate van communicatie met ouders, een hoger aantal sekspartners en meer kennis van veilig vrijen en soa's. Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren hebben vaker ervaring met meerdere sekspartners (al dan niet tegelijkertijd), en ze lijken dus te beseffen dat ze een risico lopen. Ook wanneer we rekening houden met het aantal sekspartners maken deze jongeren meer gebruik van soa-testen dan andere jongeren.

Discrepantie tussen vraag en gebruik

Bij alle vier de typen voorzieningen blijken etnische verschillen te bestaan in het gebruik ervan. De verschillen zijn echter niet altijd even groot, en een verschil in gebruik hoeft niet altijd een probleem te zijn. De omvang van de doelgroep van voorzieningen kan immers tussen etnische groepen verschillen. De vraag is dus vooral in hoeverre er sprake is van een discrepantie tussen de omvang van de vraag, en de omvang van het gebruik in de verschillende etnische groepen. Bij alle vier de typen voorzieningen die in deze studie zijn onderzocht, blijkt sprake te zijn van zo'n discrepantie; bij een aantal onderzochte voorzieningen is er sprake van 'onderconsumptie'. Belangrijk is dan om te weten in hoeverre die discrepantie het gevolg is van drempels die mensen ervan weerhouden om gebruik te maken van de voorziening.

Verschillen in achtergrondkenmerken tussen de groepen, verschillen in houding en verschillen in de (on)toegankelijkheid van de voorzieningen lijken steeds een deel van de verklaring te bieden. Alles wijst erop dat er vaak sprake is van een cumulatie van factoren. Dit geldt het sterkst voor de groepen van Turkse en Marokkaanse herkomst, die wat betreft hun *human capital* gemiddeld het meest verschillen van autochtone Nederlanders, terwijl de verschillende typen problemen zich juist bij hen relatief vaak voordoen; hun houding tegenover de problemen en voorzieningen wijkt het meest af van die van autochtone Nederlanders en ook vanuit de voorzieningen is de culturele afstand tot hen het grootst.

1 Diversiteit in het jeugdbeleid

Angela van den Broek, Ellen Kleijnen en Saskia Keuzenkamp

1.1 Migrantenjeugd in Nederland

In 2010 wonen er ruim 800.000 jeugdigen van niet-westerse herkomst in Nederland (16% van de totale bevolking van 0-24 jaar). De grootste groepen zijn van Marokkaanse en Turkse herkomst (resp. bijna 170.000 en ruim 165.000). Verreweg de meeste niet-westerse migranten onder de 25 jaar zijn in Nederland geboren en behoren tot de tweede generatie. Bij de Turks-, Marokkaans- en Surinaams-Nederlandse jeugdigen gaat het om zo'n 90%. Onder de Antilliaans-Nederlandse jeugdigen is de groep die in Nederland is geboren kleiner, namelijk minder dan 70% (CBS StatLine, augustus 2010).

Het aantal kinderen en jongeren van niet-westerse herkomst in Nederland is de afgelopen decennia flink toegenomen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verwacht dat het aantal tot 2015 nog licht zal toenemen, maar daarna slinkt. Het aantal jeugdigen van Marokkaanse komaf onder de niet-westerse migranten groeit aanvankelijk nog, maar neemt later af. Naar verwachting zal vooral het aantal Turks- en Surinaams-Nederlandse jeugdigen slinken, vanwege afnemende immigratie en een dalend kindertal in die groepen. Het aantal overig niet-westerse migrantenjeugdigen bedraagt momenteel zo'n 280.000 en zal in het komende decennium naar verwachting toenemen tot 330.000. Deze groep is zeer heterogeen, de grootste groepen hierbinnen zijn van Irakese, Afghaanse en Chinese afkomst (CBS 2009a).

Soms wordt wel gezegd dat er tegenwoordig al veel niet-westerse jeugdigen zouden zijn die tot de 'derde generatie' horen (d.w.z. met ten minste één grootouder die in een niet-westerse land is geboren). Dat aantal groeit inderdaad, maar is nog altijd bescheiden. Naar schatting ging het in 2009 om ruim 55.000 personen (Bucx 2009).

Kinderen en jongeren van niet-westerse herkomst krijgen beleidsmatig veel aandacht. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de achterstand die zij hebben in het onderwijs, de relatief hoge jeugdwerkloosheid en de hoge criminaliteitscijfers (vooral onder jongens met een Marokkaanse of Antilliaanse achtergrond). Minister Rouvoet voor Jeugd en Gezin bracht kort na zijn aantreden de nota *Alle kansen voor alle kinderen* (2007) uit. Hierin staat het beleidsprogramma beschreven van het programmaministerie Jeugd en Gezin voor de periode 2007-2011. Centraal in dit programma staat dat alle kinderen en jongeren kansen moeten krijgen om zich goed te kunnen ontwikkelen, ongeacht hun culturele achtergrond of handicap. Hiervoor zijn zes voorwaarden gedefinieerd: gezond opgroeien, veilig opgroeien, een steentje bijdragen aan de maatschappij, talenten ontwikkelen, goed voorbereid zijn op de toekomst en plezier hebben (Jeugd en Gezin 2007). In het beleidsprogramma wordt in het bijzonder aandacht besteed aan culturele diversiteit. In dit kader is door de ministers Rouvoet voor Jeugd en Gezin, en Vogelaar voor Wonen, Wijken en Integratie het actieprogramma Diversiteit in het Jeugdbeleid opgesteld. Hierover stuurden zij op 11 juli 2008 een brief naar de Kamer waarin ten doel

wordt gesteld dat migrantenkinderen en hun ouders even goed bereikt worden door algemene voorzieningen als autochtone Nederlanders; dat migrantenouders en professionals problemen in de opvoeding en ontwikkeling vroegtijdig signaleren en aanpakken; en dat (preventieve) aanpakken en interventies effectief zijn bij migrantenjeugd en hun ouders (TK 2007/2008). ZonMw is vervolgens gevraagd het programma Diversiteit in het Jeugdbeleid verder uit te werken en uit te voeren.

1.2 Monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid

In opdracht van ZonMw voeren het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) een monitor uit. Deze heeft betrekking op een van de doelen van het beleidsprogramma Diversiteit in het Jeugdbeleid, namelijk het bereik van de voorzieningen: worden migrantenjeugdigen (en hun ouders) even goed bereikt als autochtoon Nederlandse jeugdigen (en hun ouders)?

De monitor kent twee sporen. Het ene spoor behelst het presenteren van een cijfermatig overzicht van de leefsituatie en het voorzieningengebruik van jeugdigen (en hun ouders) uit diverse herkomstgroepen. Begin 2010 verscheen in dat kader de eerste publicatie, de zogeheten nulmeting (De Jong et al. 2010a,b). De gegevens hieruit bieden een breed overzicht, maar geen verklaring voor eventuele verschillen tussen herkomstgroepen. Ook wordt hieruit niet duidelijk of er wellicht sprake is van een ongewenste situatie. Daarom kent de monitor ook een verdiepend spoor, waarin wordt geprobeerd op juist die kwesties een antwoord te geven.

Bij het ontwerp van de monitor is aangesloten op de dimensies uit het beleidsprogramma Alle kansen voor alle kinderen. Zoals gezegd moeten alle kinderen en jongeren volgens dit beleidsprogramma kansen krijgen om zich goed te kunnen ontwikkelen. De zes voorwaarden die hiervoor zijn opgesteld, zijn in de monitor samengevoegd in vier thema's (De Jong et al. 2010a,b):

- opgroeien in het gezin (veilig opgroeien);
- talenten ontwikkelen en de overgang naar werk (steentje bijdragen aan de maatschappij, talenten ontwikkelen en goed voorbereid zijn op de toekomst);
- fysieke en mentale gezondheid (gezond opgroeien);
- vriendschappen, vrijetijdsbesteding, relaties en seksualiteit (plezier hebben).

De nulmeting van de monitor geeft op deze vier terreinen een overzicht van de diversiteit in het gebruik van voorzieningen door jongeren (en indien relevant hun ouders). Voor de verdiepende studie is uit elk van deze thema's één type voorziening gekozen. De criteria bij de selectie waren het belang van de voorziening, het vóórkomen van verschillen tussen groepen en de mate waarin het onderwerp al is uitgediept (onderwerpen die al veel aandacht krijgen, zoals regulier onderwijs, werk en criminaliteit laten we buiten beschouwing). In volgorde van de vier dimensies is gekozen voor een nadere studie van het gebruik van de volgende voorzieningen:

- formele opvoedingsondersteuning
- speciale onderwijsvoorzieningen

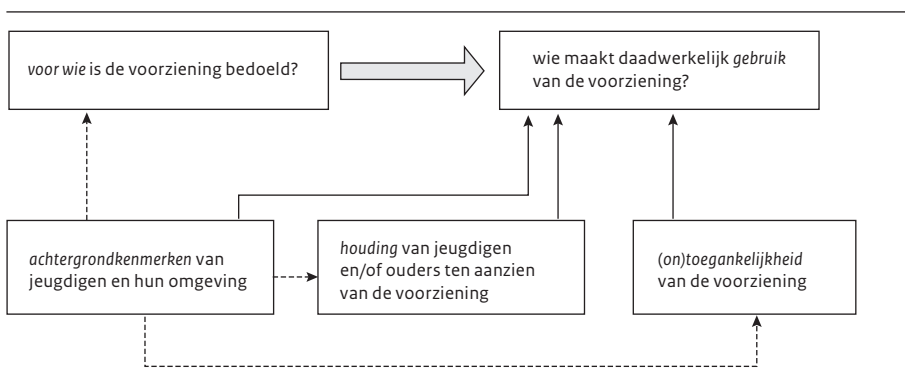
- de huisarts
- voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid.

1.3 Opzet en werkwijze

Verschillen in het gebruik van voorzieningen kunnen tal van oorzaken hebben. Deze zijn schematisch weergegeven in figuur 1.1.

Figuur 1.1

Verklaringen voor (etnische verschillen in) het gebruik van voorzieningen



Allereerst is het van belang om na te gaan voor wie de voorzieningen bedoeld zijn: wie vormen de doelgroep van een bepaalde voorziening? Zo is opvoedingsondersteuning bedoeld voor ouders met opvoedvragen of -problemen, speciale onderwijsvoorzieningen voor leerlingen die niet kunnen meekomen in het reguliere onderwijs, de huisarts voor kinderen en jongeren met gezondheidsproblemen, en voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid voor jongeren die seksueel actief zijn. Als er verschillen zijn tussen groepen in bijvoorbeeld het vóórkomen van opvoedproblemen, zou men mogen verwachten dat die verschillen terug te zien zijn in het gebruik van opvoedingsondersteuning.

Deze verschillen in omvang van de doelgroep van de voorziening kunnen gerelateerd zijn aan verschillen in achtergrondkenmerken. Zo zijn migranten vaker arm dan autochtone Nederlanders en armoede is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van opvoed- en opgroei-problematiek (Bucx 2009). Hoewel het verklaren van die problematiek op zichzelf niet het doel is van deze studie, zullen we er volledigheidshalve wel (kort) aandacht aan schenken.

Niet iedereen voor wie de voorziening bedoeld is, maakt er ook daadwerkelijk gebruik van. Zo maken niet alle ouders met opvoedproblemen gebruik van opvoedingsondersteuning, en niet alle seksueel actieve jongeren maken gebruik van anticonceptie. In deze studie wordt aandacht besteed aan een drietal factoren die hier een verklaring

voor kunnen vormen: achtergrondkenmerken, de houding ten aanzien van de voorziening en de (on)toegankelijkheid ervan (figuur 1.1).

De achtergrondkenmerken kunnen direct verbonden zijn aan het gebruik van de voorziening, maar ook indirect via de houding en de (on)toegankelijkheid. Zo kan een verschil in opleidingsniveau doorwerken in de kennis die jongeren of hun ouders hebben van bepaalde voorzieningen, maar ook samenhangen met een verschil in houding tegenover professionals.

Of jeugdigen dan wel hun ouders de voorziening die voor hen bedoeld is ook daadwerkelijk zullen gebruiken, wordt mede bepaald door de houding die zij hebben ten aanzien van de voorziening. Hoe kijken ouders tegen speciale onderwijsvoorzieningen aan? Is er vertrouwen in de Nederlandse (zorg)voorzieningen en consulenten? Een jeugdige of ouder moet positief staan tegenover het gebruik van de voorziening om er vrijwillig gebruik van te maken.

De (on)toegankelijkheid van voorzieningen speelt eveneens een rol: jeugdigen (en hun ouders) moeten in staat zijn de voorzieningen te gebruiken en het aanbod moet passend zijn. Spelen er bijvoorbeeld bepaalde belemmeringen op het gebied van communicatie en taal? Weten jeugdigen en hun ouders wel van het bestaan van de voorzieningen? Is het gebruik ervan betaalbaar? En is de voorziening ‘cultuursensitief’ genoeg, waardoor migranten zich er ook thuis voelen?

Een en ander samenvattend proberen we in deze verdiepingsstudie antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Welke etnische verschillen zijn er in het gebruik van de voorzieningen?
- 2 Hoe verhouden etnische verschillen in het gebruik van deze voorzieningen zich tot verschillen in de mate waarin jeugdigen en/of hun ouders tot de doelgroep van de voorziening behoren?
- 3 Vormen verschillen in achtergrondkenmerken (zoals opleidingsniveau, belang van religie en gezinsklimaat) een verklaring voor etnische verschillen in het gebruik van de voorzieningen?
- 4 Vormen verschillen in de houding ten aanzien van de voorzieningen een verklaring voor etnische verschillen in het gebruik ervan?
- 5 Kunnen verschillen in de (on)toegankelijkheid van de voorzieningen etnische verschillen in het gebruik ervan verklaren?

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen concentreren we ons vanwege de beschikbaarheid van gegevens vooral op autochtone Nederlanders en de vier grootste niet-westerse migrantengroepen: Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse¹ Nederlanders. Om de etnische verschillen in het gebruik van de voorzieningen te kunnen verklaren, is vooral gebruikgemaakt van reeds beschikbaar materiaal. Allereerst is voor elk onderwerp een literatuurstudie uitgevoerd. Voor het verklaren van etnische verschillen in het gebruik van opvoedingsondersteuning en aan seksuele gezondheid gerelateerde voorzieningen zijn vervolgens statistische analyses uitgevoerd op enkele beschikbare databestanden. Meer informatie over deze analyses en de gebruikte databestanden wordt gegeven in de desbetreffende hoofdstukken. Ten slotte

zijn organisaties benaderd die expertise bezitten met betrekking tot (een van) de onderwerpen die in dit rapport centraal staan. Met deskundigen van deze organisaties hebben we interviews gehouden om aanvullende informatie te verzamelen.

Noot

- 1 Onder Antilliaanse Nederlanders worden in dit rapport ook personen met een Arubaanse achtergrond verstaan.

2 Formele opvoedingsondersteuning

Ellen Kleijnen en Angela van den Broek

2.1 Een opvoedkundig steuntje in de rug

In Nederland verloopt de opvoeding in de meeste gezinnen goed (Zeijl 2005). De overgrote meerderheid van de ouders heeft het gevoel de opvoeding goed aan te kunnen (CBS 2008a). Echter, opvoeden is niet altijd even gemakkelijk en kan bij ouders vragen oproepen of zorgen baren. Zij kunnen dan baat hebben bij ondersteuning (Bot et al. 2008). Vaak zoeken ouders in eerste instantie steun binnen hun eigen informele netwerk van bijvoorbeeld familieleden, vrienden en kennissen (Pels, interview; Speetjens et al. 2009). Voor formele ondersteuning bij de opvoeding kunnen ouders zich wenden tot professionals als leerkrachten, huisartsen, pedagogen en medewerkers van het consultatiebureau (CBS 2008a; NJI 2010a). Met de komst van de Centra voor Jeugd en Gezin, die eind 2011 in elke Nederlandse gemeente gerealiseerd moeten zijn, wordt het aanbod van ondersteuning van diverse instanties samengebracht (Jeugd en Gezin 2010a,b).

Vaak wordt gesteld dat (niet-westerse) migrantenouders in vergelijking met autochtone Nederlanders onvoldoende bereikt worden door formele opvoedingsondersteuning: migrantengezinnen hebben meer opvoedproblemen, maar doen niet vaker een beroep op opvoedingsondersteuning (Kalthoff 2009; Tan et al. 2008; Zeijl 2005). Uit de nulmeting van de monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid blijkt dat bijna een kwart van de ondervraagde ouders van thuiswonende kinderen (tot en met 17 jaar) het afgelopen jaar hulp of advies heeft gezocht met betrekking tot de opvoeding. Het aandeel niet-westerse migrantenouders dat gebruik heeft gemaakt van opvoedingsondersteuning is nagenoeg gelijk aan het percentage autochtoon Nederlandse ouders. Binnen de groep niet-westerse migranten hebben ouders met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond vaker dan gemiddeld hulp gezocht, terwijl Marokkaans- en Turks-Nederlandse ouders dit juist minder vaak gedaan hebben (De Jong et al. 2010a,b). In de nulmeting wordt niet nader ingegaan op deze bevindingen.

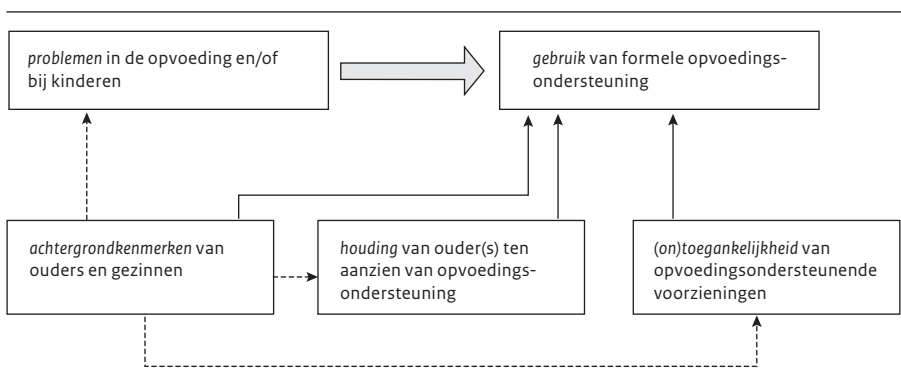
Dit hoofdstuk biedt meer zicht op verschillen tussen ouders van diverse herkomst met betrekking tot het gebruik van formele opvoedingsondersteuning. Allereerst gaan we nader in op het gebruik van opvoedingsondersteuning. Hoeveel autochtoon Nederlandse ouders en migrantenouders hebben hulp of advies gezocht bij de opvoeding? En tot welke persoon of instelling hebben deze ouders zich in eerste instantie gewend voor hulp?

Vervolgens gaan we op zoek naar verklaringen voor etnische verschillen in het gebruik van formele opvoedingsondersteuning (zie figuur 2.1). Kan het gebruik toegeschreven worden aan de beleving van de opvoeding door de ouders, of aan problemen bij hun kinderen? Spelen er daarnaast ook nog bepaalde achtergrondkenmerken een rol (zoals het opleidingsniveau van de ouders en de gezinsvorm)? Ook komt aan bod of het zoeken van hulp te maken heeft met de houding van ouders ten aanzien van opvoedings-

ondersteuning. Kijken niet-westerse migrantenouders anders aan tegen het gebruik van formele opvoedingsondersteuning dan autochtoon Nederlandse ouders? Tot slot wordt ingegaan op de vraag of de (on)toegankelijkheid van opvoedingsondersteunende voorzieningen bijdraagt aan etnische verschillen in het gebruik ervan. Welke belemmeringen zijn er voor ouders die op zoek zijn naar hulp of advies bij de opvoeding? Lopen niet-westerse migrantenouders tegen andere of meer problemen aan? We sluiten het hoofdstuk af met de belangrijkste conclusies.

Figuur 2.1

Verklaringen voor (etnische verschillen in) het gebruik van formele opvoedingsondersteuning



Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, worden ten eerste de gegevens van de nulmeting nader geanalyseerd: wat valt er met de gebruikte dataset te zeggen over etnische verschillen in het gebruik van opvoedingsondersteuning en welke verklaringen leveren aanvullende analyses voor het gebruik ervan? Hiervoor worden data gebruikt van het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) uit 2007. De steekproef waar dit hoofdstuk op is gebaseerd, heeft een (maximale) omvang van 1857 ouders met thuiswonende kinderen van 0 tot en met 17 jaar. De onderzoekspopulatie bestaat voor bijna 84% uit autochtoon Nederlandse ouders; westerse en niet-westerse migranten maken beiden circa 8% van de onderzoekspopulatie uit. Gezien de geringe omvang van de afzonderlijke niet-westerse migrantengroepen was het voor de huidige studie noodzakelijk om bepaalde niet-westerse herkomstgroepen samen te voegen of soms zelfs alle niet-westerse groepen samen te nemen. Aangezien in de steekproef alleen migrantengezinnen zijn opgenomen waarvan alle leden Nederlands spreken, kunnen op basis van het AVO alleen uitspraken gedaan worden over deze groep migranten. Daarnaast ontbreken in het databestand van het AVO bepaalde noodzakelijke gegevens, zoals informatie over de houding van ouders en de toegankelijkheid van voorzieningen. Om een vollediger beeld te geven, maken we daarom ook gebruik van een literatuurstudie en van gegevens die afkomstig zijn van interviews met experts (prof. dr. Pels, senior onderzoeker bij het Verwey-Jonker Instituut en bijzonder hoogleraar aan de faculteit der Psychologie en Pedagogiek van de Vrije Universiteit te Amsterdam; en dhr. Tuk, senior adviseur bij Pharos).

2.2 Gebruik van opvoedingsondersteuning

Ouders met vragen of problemen op het gebied van de opvoeding en/of de ontwikkeling van hun kinderen kunnen zich wenden tot hun informele netwerk of gebruikmaken van een uitgebreid aanbod van formele opvoedingsondersteuning. In dit hoofdstuk ligt de focus op het formele aanbod (zie kader 2.1). Het uiteindelijke doel van de opvoedingsondersteuning is het optimaliseren van een positieve ontwikkeling van kinderen (Van Dijk en Prinsen 2009).

Kader 2.1 Formele opvoedingsondersteuning

De respondenten konden in dit onderzoek (AVO '07) aangeven bij welke van de volgende personen en/of instellingen ze in eerste instantie hulp of advies hebben gezocht bij de opvoeding:

- a eerste lijn: leerkracht, oppas, leidster van de peuterspeelzaal, kinderopvang of buitenschoolse opvang, schoolmaatschappelijk werk, huisarts, consultatiebureau, schoolarts/verpleegkundige, opvoedwinkel/ouder-kindcentrum/steunpunt, algemeen maatschappelijk werk; of anders
 - b tweede lijn: medisch specialist, psycholoog/pedagoog, Bureau Jeugdzorg, GGZ (voorheen RIAGG), gezinscoach, MEE-organisatie; of anders.
-

Gebruik door autochtoon Nederlandse en migrantenouders

Zoals gezegd wijst literatuur erop dat het aanbod van formele opvoedingsondersteuning weinig niet-westerse migrantenouders bereikt in vergelijking met autochtone Nederlanders (Kalthoff 2009; Van Leeuwen 2010; TK 2007/2008). Vooral migrantenouders die de Nederlandse taal slecht beheersen dan wel laagopgeleid zijn, maken niet of nauwelijks gebruik van het bestaande aanbod van opvoedingsondersteuning (Kalthoff 2009; Van Leeuwen 2010). Pels (interview) merkt over de herkomst van de ouders op dat van de vier grote migrantengroepen met name Turkse en Marokkaanse Nederlanders weinig gebruikmaken van formele opvoedingsondersteuning. Ook uit onderzoek blijkt dat opvoedingsondersteunende programma's een laag bereik hebben onder gezinnen van Marokkaanse en Turkse afkomst (Öry 2003). Ouders met een Caribische achtergrond, zoals Surinaams-Nederlandse ouders, zouden daarentegen volgens Pels (interview) meer gelijkenis vertonen met autochtoon Nederlandse ouders, in die zin dat zij vaker een beroep doen op formele opvoedsteun.

Uitkomsten van het AVO komen grotendeels overeen met deze bevindingen (zie tabel 2.1), al is gezien de beperkingen van de steekproef voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van deze resultaten. Van de bevroegde ouders met thuiswonende kinderen (0-17 jaar), heeft ruim een op de vijf het afgelopen jaar hulp gezocht of advies gevraagd met betrekking tot de opvoeding en/of ontwikkeling van hun kinderen. Westerse migranten hebben dit vaker gedaan dan gemiddeld. Het totale aandeel niet-westerse migrantenouders dat gebruik heeft gemaakt van opvoedingsondersteuning is vrijwel gelijk aan het percentage autochtoon Nederlandse ouders dat hulp of advies heeft gezocht, respectievelijk 23% en 22%. Het aandeel niet-westerse migrantenouders dat hulp heeft gezocht was vermoedelijk lager geweest wanneer in de steekproef ook

ouders zouden zijn opgenomen die de Nederlandse taal niet of nauwelijks machtig zijn (zie ook Van Leeuwen 2010). Binnen de groep niet-westerse migrantenouders valt op dat ouders met een Surinaamse, Antilliaanse of overig niet-westerse achtergrond vaker dan gemiddeld op zoek zijn gegaan naar hulp of advies bij de opvoeding. Ouders van zowel Turkse als Marokkaanse herkomst hebben daarentegen relatief weinig beroep gedaan op opvoedingsondersteuning: 18%. Het verschil tussen Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders enerzijds en autochtoon Nederlandse ouders anderzijds is significant (wanneer er gecontroleerd wordt voor een aantal factoren, zie § 2.3).

Tabel 2.1

Zoeken van hulp of advies bij de opvoeding door ouders met thuiswonende kinderen (0-17 jaar), naar etnische herkomst, 2007 (gewogen, in procenten)

	aandeel ouders dat hulp of advies heeft gezocht
totaal (n = 1857)	22
autochtoon (n = 1557)	22
westers (n = 147)	27
niet-westers (n = 153)	23
Turks en Marokkaans	18
Surinaams en Antilliaans	26
overig niet-westers	25

Bron: SCP (AVO'07)

Waar zoeken ouders hulp of advies?

Bij wie gaan migrantenouders en autochtoon Nederlandse ouders eigenlijk te rade? De personen en/of instanties waar ouders terecht kunnen voor formele opvoedingsondersteuning zijn weergegeven in kader 2.1. De meeste ouders met zorgen over (de opvoeding van) hun kinderen, hebben zich voor hulp of advies in eerste instantie gewend tot professionals in eerstelijnszorgvoorzieningen: 71%. Vooral de huisarts is door ouders vaak geraadpleegd. Ook met een leerkracht, oppas of leidster van een peuterspeelzaal of kinderopvang zijn opvoedzorgen naar verhouding vaak besproken. De tweedelijnsvoorzieningen zijn beduidend minder geconsulteerd door ouders (46%) dan de eerstelijnsvoorzieningen (zie ook Van Egten et al. 2008). Ouders hebben in de tweedelijnszorg het vaakst een beroep gedaan op Bureau Jeugdzorg, medisch specialisten, psychologen en pedagogen.

Migrantenouders verschillen van autochtoon Nederlandse ouders als het gaat om de plekken waar zij advies of hulp zoeken. Zo komt naar voren dat de autochtoon Nederlandse ouders zich vaker hebben gewend tot beroepskrachten in de eerstelijnszorg dan niet-westerse migrantenouders (76% tegenover 55%), terwijl niet-westerse migranten vaker gebruik hebben gemaakt van tweedelijnsvoorzieningen dan autochtone Nederlanders (respectievelijk 57% en 42%) (zie ook De Gruijter et al. 2009; Van Leeuwen 2010). De westerse migranten nemen hierbij een tussenpositie in. De gevonden verschillen zijn herkenbaar voor deskundigen op dit gebied (Pels, interview; Tuk, interview).

2.3 Verhouding tussen het gebruik van opvoedingsondersteuning en opvoed- en opgroei problemen

De vorige paragraaf wijst uit dat sommige herkomstgroepen minder vaak dan gemiddeld een beroep hebben gedaan op opvoedingsondersteuning, terwijl andere ouders dit juist vaker dan gemiddeld hebben gedaan. In deze paragraaf gaan we na of er etnische verschillen zijn in het gebruik van opvoedingsondersteuning wanneer we hierbij rekening houden met een aantal factoren. Dit zijn factoren waarvan uit de literatuur bekend is dat deze invloed hebben op het gebruik van opvoedingsondersteuning en waarvan we weten dat deze verschillend zijn voor de herkomstgroepen. Het gaat hierbij om de opvoedbeleving van ouders, psychosociale problemen bij kinderen en diverse achtergrondkenmerken. Om eventuele etnische verschillen te constateren in het gebruik van opvoedingsondersteuning, is een regressieanalyse uitgevoerd waarin deze factoren zijn meegenomen (zie tabel 2.2). In de hiernavolgende tekst worden de resultaten van deze analyse besproken en wordt aandacht besteed aan de determinanten die in de analyse zijn meegenomen.

Tabel 2.2

Samenhang tussen het zoeken van hulp of advies bij de opvoeding en de opvoedbeleving van ouders, psychosociale problemen bij kinderen en diverse achtergrondkenmerken, 2007^{a,b} (gewogen (n = 1452))

etnische herkomst (autochtoon = referentiegroep)	Turks en Marokkaans* ↓
opvoedbeleving van ouders	positieve opvoedbeleving ↓
psychosociale problemen bij kinderen	meer psychosociale problemen ↑
leeftijd ouders	–
geslacht ouders	–
gezinsvorm	eenoudergezin ↑
opleidingsniveau ouders	hoog opleidingsniveau ↑
aantal kinderen	hoger kindertal* ↑
werk	–
financiële situatie	–
(on)voldoende sociale contacten	–

a De pijl geeft een significante relatie aan met het wel (↑) of niet (↓) gezocht hebben van hulp of advies bij de opvoeding, - geeft aan dat er geen significante relatie is, bij $p < 0,05$ resp. bij (*) $p < 0,10$.

b Voor de odds ratios zie tabel A.1 in bijlage A.

Bron: SCP (AVO'07) SCP-bewerking

Uit de regressieanalyse blijkt dat het gebruik van formele opvoedingsondersteuning samenhangt met de opvoedbeleving van ouders, psychosociale problemen bij kinderen en een aantal achtergrondkenmerken. Als er rekening wordt gehouden met deze typen determinanten, blijkt dat ouders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond

significant minder vaak hulp hebben gezocht bij de opvoeding dan (vergelijkbare) autochtoon Nederlandse ouders (zie tabel 2.2). Het relatief lage gebruik van opvoedingsondersteuning door Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders kan, met andere woorden, niet verklaard worden door verschillen in hun achtergrondkenmerken, opvoedbeleving en de aanwezigheid van psychosociale problemen bij hun kinderen. Bij deze ouders lijkt er dan ook sprake te zijn van onderconsumptie. Pels (interview) beaamt dat ouders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond onvoldoende gebruikmaken van opvoedingsondersteuning. Volgens haar maken zij relatief weinig gebruik van formele ondersteuning, terwijl er bij deze ouders meer onzekerheden leven en er vaker problemen voorkomen bij hun kinderen. De informele kring van Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders zou bovendien meestal onvoldoende toegerust zijn om hen adequaat te kunnen ondersteunen. In de rest van deze paragraaf worden de uitkomsten van de analyse nader toegelicht.

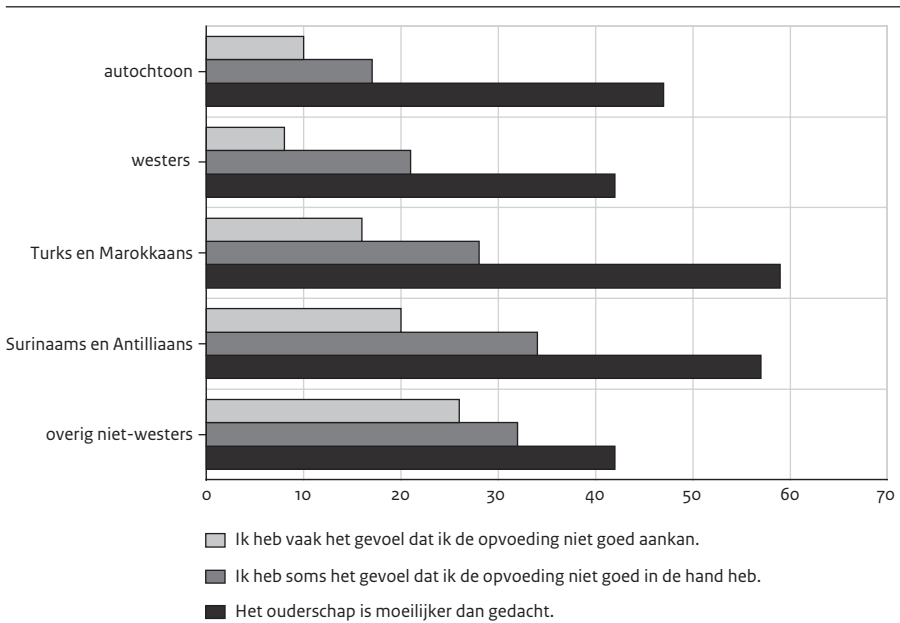
Opvoedbeleving van ouders

Een eerste determinant voor het gebruik van opvoedingsondersteuning is de wijze waarop ouders de opvoeding beleven. Ouders die een negatievere opvoedbeleving hebben, kunnen eerder geneigd zijn een beroep te doen op formele opvoedingsondersteuning. In het AVO is aan de hand van vijf stellingen nagegaan hoe ouders de opvoeding van hun kind(eren) beleven. De meeste ouders blijken tevreden te zijn over de opvoeding van hun kinderen (zie ook Zeijl 2005). In 2007 geldt dit voor 94% van de ouders met thuiswonende kinderen (4-17 jaar). Ook geven de meeste ouders (96%) aan dat zij merken goed in staat te zijn om voor hun kinderen te zorgen. Tegelijkertijd is bijna de helft van de ouders het (helemaal) eens met de stelling dat het ouderschap moeilijker is dan zij hadden gedacht. Ook heeft een op de vijf soms het gevoel de opvoeding niet goed in de hand te hebben. Ruim 11% heeft zelfs vaak het gevoel de opvoeding van de kinderen niet goed aan te kunnen. Nemen we de gemiddelde scores op de vijf stellingen samen, dan blijkt dat de bevraagde ouders de opvoeding over het algemeen positief ervaren.

Uit nadere analyses blijkt echter dat niet-westerse migrantenouders gemiddeld genomen een significant minder positieve opvoedbeleving hebben dan zowel autochtone Nederlanders als westerse migranten. Ouders met een overig niet-westerse of Surinaamse dan wel Antilliaanse achtergrond hebben de minst positieve opvoedbeleving. Deze ouders hebben ook relatief vaak hulp gezocht bij de opvoeding. Specifieker gezien (zie figuur 2.2) hebben de verschillende groepen niet-westerse migrantenouders vaker het gevoel de opvoeding niet goed aan te kunnen of in de hand te hebben dan autochtone Nederlanders en westerse migranten. Ook zijn zij het (m.u.v. overig niet-westerse migrantenouders) vaker (helemaal) eens met de stelling dat het ouderschap moeilijker is dan zij dachten. Niet-westerse migrantenouders zijn echter wel minstens zo tevreden over het verloop van de opvoeding als autochtoon Nederlandse ouders en geven ongeveer even vaak aan goed in staat te zijn voor hun kinderen te zorgen (niet in figuur).

Figuur 2.2

Aandeel ouders met thuiswonende kinderen (4-17 jaar) dat het (helemaal) eens is met stellingen over de beleving van de opvoeding, naar etnische herkomst, 2007 (gewogen, in procenten (n = 1528))



Bron: SCP (AVO'07) SCP-bewerking

Psychosociale problematiek bij kinderen

Ook wanneer hun kinderen psychosociale problemen vertonen, zullen ouders eerder geneigd zijn gebruik te maken van formele opvoedingsondersteuning. Om na te gaan in hoeverre deze problemen voorkomen bij kinderen, is ouders gevraagd de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in te vullen. Met deze vragenlijst kunnen vier typen problemen worden gemeten: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort en problemen met leeftijdsgenoten.¹

Tabel 2.3

Aandeel jeugdigen (4-17 jaar) met psychosociale problemen, naar etnische herkomst, 2007 (gewogen, in procenten)

	autochtoon (n = 1272)	westers (n = 119)	totaal niet- westers (n = 119)	niet-westers		
				Turks en Marokkaans	Surinaams en Antilliaans	overig niet- westers
totaal	11	11	19	15	24	17
emotionele problemen	14	18	19	16	22	18
gedragsproblemen	12	8	21	17	30	12
hyperactiviteit/ aandachtstekort problemen met leeftijdsgenoten	13	15	13	8	18	11
	15	19	28	26	33	23

Bron: SCP (AVO'07) SCP-bewerking

Uit het AVO blijkt dat psychosociale problematiek vaker voorkomt bij niet-westerse migrantenkinderen en -jongeren van 4 tot en met 17 jaar (19%) dan onder autochtoon Nederlandse jeugdigen (11%) (zie tabel 2.3). Anderen onderschrijven dit beeld (Bucx 2009; Pels, interview). Meer specifiek blijkt dat zowel gedragsproblemen als problemen in de relatie met leeftijdsgenoten significant vaker gerapporteerd worden door ouders van niet-westerse migranten jeugdigen. Van de niet-westerse migranten hebben Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jeugdigen gemiddeld het meeste last van psychosociale problemen en hun ouders hebben ook relatief vaak hulp gezocht bij de opvoeding. Turks- en Marokkaans-Nederlandse kinderen en jongeren vertonen daarentegen van de niet-westerse groepen gemiddeld de minste psychosociale problematiek en hun ouders hebben relatief weinig beroep gedaan op opvoedsteun. De gevonden verschillen tussen de niet-westerse groepen onderling zijn overigens niet in lijn met eerdere bevindingen (Bucx 2009). Mogelijk ligt dit aan het gebruik van andere informanten (ouderrapportages versus zelfrapportages) dan wel aan het feit dat de uitkomsten van onze studie betrekking hebben op kinderen van een bredere leeftijdscategorie (4-17 jaar versus 10-16 jaar).

Discrepantie tussen de mate van problemen en het gebruik van opvoedsteun
Uit het voorafgaande blijkt dat niet-westerse migrantenouders doorgaans een minder positieve opvoedbeleving hebben dan autochtone Nederlanders en bovendien meer psychosociale problemen ervaren bij hun kinderen. Dit geldt ook voor de Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders. Zij maken echter weinig gebruik van opvoedingsondersteuning. Wanneer we hun opvoedbeleving en psychosociale problemen bij hun kinderen in acht nemen – en daarbij ook rekening houden met diverse achtergrondkenmerken – maken zij zelfs significant minder gebruik van opvoedingsondersteuning dan autochtone Nederlanders (zie tabel 2.2). Hier lijkt dan ook sprake te zijn van een discrepantie: de mate waarin zich problemen voordoen bij Turkse en Marokkaanse

Nederlanders staat niet in verhouding tot hun (relatief lage) gebruik van formele opvoedingsondersteuning.

Achtergrondkenmerken

Uit de regressieanalyse blijkt dat het gebruik van opvoedingsondersteuning niet alleen verklaard wordt door de opvoedbeleving van ouders en psychosociale problemen bij kinderen, maar voor een klein deel ook door een aantal achtergrondfactoren: de gezinsvorm, het opleidingsniveau van de ouders en het kindertal (zie tabel 2.2). Deze factoren worden hier kort besproken.

In vergelijking met ouders uit tweeoudergezinnen hebben *alleenstaande ouders* vaker hulp of advies gezocht bij de opvoeding. Dit houdt wellicht verband met het feit dat alleenstaande ouders de steun van een partner missen en daardoor mogelijk meer aangewezen zijn op steun van anderen. Circa een kwart van de respondenten behoort tot een eenoudergezin. Niet-westerse migrantenouders zijn significant vaker alleenstaand dan zowel autochtoon Nederlandse als westerse migrantenouders. Ouders met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond staan het vaakst aan het hoofd van een eenoudergezin en zij rapporteren ook het vaakst hulp te hebben gezocht bij de opvoeding, zij het niet significant vaker dan autochtone Nederlanders. Ook Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders maken volgens de data van het AVO vaker deel uit van een eenoudergezin dan autochtone Nederlanders (zie ook Bucx 2009; Wobma en Portegijs 2011), maar zij maken niet vaker gebruik van opvoedingsondersteuning.

Net als de gezinsvorm speelt ook het opleidingsniveau van ouders een belangrijke rol bij het gebruik van opvoedingsondersteuning. Ouders met een hoog *opleidingsniveau* hebben vaker hulp of advies gezocht dan ouders die lager opgeleid zijn (zie ook Pels en Sproet 2008; Snijders 2006). Pels (interview) en Tuk (interview) onderschrijven dat het opleidingsniveau een belangrijke rol speelt bij het al dan niet gebruikmaken van opvoedingsondersteuning. Zo worden problemen bij kinderen vaak eerder herkend door hoger opgeleide ouders. Ook zouden hoger opgeleiden meer reflecteren op de opvoeding die zij hanteren en zouden zij zich er vaker van bewust zijn dat er verschillende mogelijkheden zijn om een kind goed op te voeden. Zij associëren het gebruik van opvoedingsondersteuning dan ook niet met het feit dat er per se iets mis is. Bovendien zouden ouders met een hoger opleidingsniveau veelal een breder netwerk hebben, waardoor zij eerder bij de juiste voorzieningen terechtkomen (Pels, interview). In onze studie zijn westerse migranten het hoogst opgeleid, gevolgd door overig niet-westerse migrantenouders en autochtone Nederlanders, en voor de eerste twee groepen geldt dat zij vaker dan gemiddeld hulp hebben gezocht. Ouders van Turkse en Marokkaanse herkomst zijn daarentegen gemiddeld het laagst opgeleid. Deze ouders hebben ook het minst gebruikgemaakt van opvoedingsondersteuning. Maar ook als we controleren voor hun lagere opleidingsniveau hebben ze minder vaak een beroep gedaan op opvoedingsondersteuning dan autochtoon Nederlandse ouders.

Tot slot blijkt dat naarmate het *kindertal* (0-17 jaar) toeneemt de bevraagde ouders vaker aangeven hulp of advies te hebben gezocht bij de opvoeding. Echter, ouders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond hebben het minst vaak gebruikgemaakt van opvoedingsondersteuning, terwijl zij gemiddeld het hoogste aantal kinderen hebben.

De regressieanalyse wijst erop dat zij na controle voor het aantal kinderen nog steeds minder vaak op zoek gaan naar hulp dan autochtone Nederlanders.

Overige factoren

Uit het voorafgaande blijkt dat het gebruik van opvoedingsondersteuning verklaard kan worden door de opvoedbeleving van ouders en psychosociale problemen bij kinderen, evenals door de gezinsvorm, het opleidingsniveau van ouders en het aantal kinderen in het gezin. Op basis van diverse bronnen was verwacht dat het gebruik van opvoedingsondersteuning mogelijk ook zou samenhangen met de volgende achtergrondfactoren: leeftijd van ouders (Van Bergen et al. 2005), geslacht van ouders (NJI 2010b), het al dan niet hebben van een betaalde baan (Dogan et al. 2005; Tan et al. 2008), de financiële situatie (Deković et al. 1997; Dogan et al. 2005) en sociale contacten (RMO/RVZ 2009). Een aantal hiervan blijkt echter (ook) vooral indirect een rol te spelen bij het gebruik van opvoedingsondersteuning. Een ongunstige financiële situatie en het beschikken over onvoldoende sociale contacten hangen bijvoorbeeld samen met opvoedproblemen (RMO 2008; Zeijl 2005), wat voor ouders aanleiding kan zijn tot het zoeken van hulp. Ook factoren als alleenstaand ouderschap, een lager opleidingsniveau van de ouders en een slechtere buurt en huisvesting kunnen overigens bijdragen aan problemen in de opvoeding (Van Egten et al. 2008; Van Lieshout et al. 2007; Zeijl 2005). Andere achtergrondfactoren die mogelijk (wel) direct verband houden met het gebruik van opvoedingsondersteuning, maar niet in deze studie onderzocht zijn, betreffen bijvoorbeeld de generatie waartoe ouders behoren en de mate waarin migrantenouders geïntegreerd zijn (Dogan et al. 2005; Kleijnen 2009a; Pels 1998; Stevens et al. 2007; Tan et al. 2008).

Uit de literatuur is bekend dat er naast achtergrondkenmerken en problemen in de opvoeding en bij kinderen nog andere determinanten zijn voor het gebruik van opvoedingsondersteuning. Deze factoren verklaren mogelijk wel waarom Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders weinig beroep doen op ondersteuning bij de opvoeding. Van belang zijn bijvoorbeeld de houding van ouders ten aanzien van het gebruik van opvoedsteun en de mate waarin ouders toegang hebben tot de voorzieningen. In de volgende twee paragrafen bespreken we de etnische verschillen op deze gebieden, waarbij we ons baseren op beschikbare literatuur en informatie afkomstig uit interviews. Het AVO bevat hierover geen geschikte informatie.

2.4 Houding ten aanzien van opvoedingsondersteuning

Problemen worden niet (h)erkend of niet ernstig genoeg geacht

Wanneer er zich problemen voordoen in de opvoeding of bij kinderen, kunnen ouders geneigd zijn gebruik te maken van opvoedingsondersteuning. Echter, niet-westerse migrantenouders – zeker de lager opgeleiden en de eerste generatie – signaleren deze problemen niet altijd of zijn niet bereid deze onder ogen te zien (Van den Berg et al. 2005; Pels, interview). Zij zouden veelal niet geneigd of in staat zijn om in psychologische termen naar hun kinderen te kijken en signaleren dan ook vaak niet tijdig dat er iets aan de hand is. Beginnende agressie bij een jongen of internaliserende problemen

bij een meisje worden bijvoorbeeld vaak niet als zodanig herkend: ouders denken dat de jongen gewoon een beetje wild is en dat het meisje een rustig kind is. Autochtoon Nederlandse ouders zouden daarentegen gemiddeld genomen meer 'geprotoprofessionaliseerd' zijn: zij zijn langzamerhand beter in staat in termen van professionals naar hun kinderen te kijken en zijn beter bekend met bepaalde stoornissen (Pels, interview). Als ouders al herkennen dat er bepaalde (kleine) problemen spelen in de opvoeding, is het niet voor iedere opvoeder vanzelfsprekend hiervoor op zoek te gaan naar hulp of advies. Sommige ouders vinden hun opvoedvragen bijvoorbeeld niet problematisch genoeg om er formele hulp voor in te winnen (Speetjens et al. 2009). Niet-westerse migrantenouders lijken vaker dan autochtoon Nederlandse ouders opvoedingssituaties pas als een echt probleem te zien en hulp te zoeken wanneer er sprake is van ernstige problematiek (Van Bergen et al. 2005). In tegenstelling tot autochtone Nederlanders zien niet-westerse migrantenouders een enkel opvoed- of psychosociaal probleem veelal niet als een probleem waar zij hulp voor moeten zoeken (Doelman-van Geest et al. 2010). Dat niet-westerse migrantenouders vaker problemen niet (h)erkennen of pas in een later stadium hulp wenselijk vinden, kan mede verklaren waarom zij relatief vaak gebruikmaken van tweedelijnszorgvoorzieningen.

Opvatting over de rol van ouders bij problemen

(H)erkennen dat er zich problemen voordoen bij (het opvoeden van) kinderen is stap één. Maar van mening zijn dat je als ouder een belangrijke, actieve rol kan spelen in het voorkómen of verminderen van problemen is minstens zo belangrijk voor de manier waarop ouders aankijken tegen het zoeken van hulp bij de opvoeding. Echter, vooral bij niet-westerse migrantenouders lijkt deze opvatting niet altijd vanzelfsprekend te zijn (Tuk, interview), met name als het gaat om Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders, de eerste generatie migrantenouders en lager opgeleiden (Pels, interview). De oorzaak van problemen bij kinderen wordt door deze ouders veelal niet gezocht in de eigen relaties tot het kind of in het eigen opvoedingsvermogen (Pels, interview). Zij schrijven de problemen bijvoorbeeld enkel toe aan de kinderen zelf of aan de omgeving, zoals de buurt en de school. Hoewel dat in sommige gevallen ook daadwerkelijk het geval kan zijn, onderschatten deze ouders hiermee vaak hun eigen rol bij de ontwikkeling van kinderen (Tuk, interview). Ouders die veel belang hechten aan religie zouden bovendien een beperking of probleem bij hun kind kunnen beschouwen als de wil van hun God (Arslan, interview; Tuk, interview). Door de oorzaak van problemen buiten zichzelf te leggen, denken de ouders minder snel aan hun eigen optreden en zullen zij minder snel geneigd zijn gebruik te maken van opvoedingsondersteuning (Tuk, interview).

Hulp zoeken is taboe

Dat formele opvoedingsondersteuning niet alle ouders bereikt, heeft ook te maken met het taboe dat er rust op het vragen van hulp bij de opvoeding. De gedachte die bij veel (met name lager opgeleide) ouders leeft, is dat je als ouder alleen hulp inschakelt wanneer er sprake is van een ernstig probleem en nog niet wanneer je een vraag hebt of je ergens zorgen over maakt. Vooral bij niet-westerse migrantenouders is het uitkomen voor opvoedproblemen of -vragen niet vanzelfsprekend (Speetjens et al. 2009; Tuk,

interview). Zij zijn het ook vaak niet gewend met buitenstaanders te praten over de opvoeding of problemen die spelen in de privésfeer (Van den Berg et al. 2005; Distelbrink 2009), waardoor zij zich mogelijk terughoudend opstellen tegenover formele ondersteuning.

Ook gevoelens van schaamte maken dat ouders liever niet met anderen over opvoedingsproblemen praten (Doelman-van Geest et al. 2010; RMO/RVZ 2009). Vooral niet-westerse migrantenouders zijn vanwege deze gevoelens weinig geneigd hun vuile was buiten te hangen (Stichting Alexander 2008; Tuk, interview). Dit wordt wel in verband gebracht met de zogenoemde schaamtecultuur die bij hen (vaker) heerst, met name in de Turks- en Marokkaans-Nederlandse gemeenschap (Dohle 2010; Frouws en Hollander 2009; Pels, interview).

Wantrouwen jegens hulpverlening

Wantrouwen jegens formele opvoedingsondersteuning kan er eveneens aan bijdragen dat ouders geen hulp zoeken bij een professional (Distelbrink 2009). Gesteld wordt dat niet-westerse migrantenouders meestal minder vertrouwen hebben in de bemoeienis van instanties dan autochtoon Nederlandse ouders (Van Eijck 2006). Dit zou met name gelden voor ouders van Turkse en Marokkaanse herkomst en meer in het algemeen voor lager opgeleide migranten (Pels, interview).

Het wantrouwen van de ouders kan onder meer gebaseerd zijn op negatieve ervaringen die zij hebben opgedaan met opvoedingsdeskundigen (Van Eijck 2006). In het verleden kunnen ouders bijvoorbeeld gestuit zijn op onbegrip of een gebrek aan respect (Kleijnen 2009a,b; Vos 2010). Ook negatieve ervaringen van anderen kunnen bijdragen aan het geringe vertrouwen dat de ouders hebben in reguliere hulpverlening. Als er (kleine) fouten worden gemaakt, doen er bijvoorbeeld al snel negatieve verhalen de ronde (Distelbrink 2009). Deze kunnen ouders ervan weerhouden om zelf advies of hulp te vragen (Naber et al. 2009).

Het wantrouwen kan tevens te maken hebben met het beeld dat een deel van de niet-westerse migranten heeft van formele opvoedingsondersteuning. Zo stelde Vollebergh (2002) dat sommige niet-westerse migrantenouders wellicht een negatiever, stereotiep beeld hebben van de manier waarop Nederlandse instellingen problemen aanpakken. Het idee bestaat dat voorzieningen nauwelijks kennis hebben van verschillende culturen, en migrantenouders zijn bang dat hulpverleners hen niet begrijpen (Distelbrink 2009; Kalthoff 2009; Naber et al. 2009), iets wat volgens Pels (interview) overigens niet geheel onterecht wordt gedacht. Ook zijn ze bang dat alles wat ze autochtoon Nederlandse beroepskrachten vertellen, geïnterpreteerd wordt als vreemd, problematisch of typisch 'allochtoon' (Kalthoff 2009; Tan et al. 2008). Deze ouders kunnen het idee hebben dat de manier waarop zij hun kinderen willen opvoeden, afgewezen wordt of niet gerespecteerd wordt door autochtoon Nederlandse beroepskrachten (Kalthoff 2009; Pels, interview). Sommige ouders zijn dan ook bang dat reguliere instanties hen (of hun kinderen) mogelijk willen veranderen (d.w.z. 'vernederlandsen'), omdat de manier waarop ze hun kinderen opvoeden afwijkt van de Nederlandse norm (Pels, interview; Tuk, interview). Veel migrantenouders zouden hun kinderen echter niet op dezelfde manier willen opvoeden als in veel Nederlandse gezinnen gebeurt. Ze vrezen dat hun eigen

opvoedingswaarden (bijvoorbeeld beleefd zijn, respect tonen en voor elkaar zorgen) onvoldoende gewaarborgd zullen zijn bij 'Nederlandse' opvoedingsondersteunende voorzieningen (Tuk, interview).

Tot slot kan het wantrouwen van ouders te maken hebben met de angst die sommigen hebben voor (verregaande) consequenties die het zoeken van hulp kan hebben (Kleijnen 2009b). Zo stapt een deel van de niet-westerse migrantenouders niet zelf af op hulpverlening uit angst dat hun kinderen afgenomen worden door hulpinstanties (Kouratovsky 2003; Pels, interview). Ook sommige autochtoon Nederlandse ouders zijn hier overigens bang voor (Dogan et al. 2005; Tuk, interview). De angst is echter wellicht groter onder migrantenouders, daar zij het idee kunnen hebben dat hun opvoedpraktijken meer afwijken van de norm en daardoor eerder afgekeurd worden (Tuk, interview). De angst voor het ingrijpen van instanties kan bij niet-westerse migrantenouders bovendien versterkt worden doordat zij in hun omgeving vooral geconfronteerd worden met gedwongen vormen van jeugdzorg (Doelman-van Geest et al. 2010). Juist in migrantengemeenschappen die al vaker te maken hebben gehad met (gedwongen) hulpverlening zou er weerstand zijn tegen een preventief aanbod (Tuk, interview).

2.5 (On)toegankelijkheid van opvoedingsondersteuning

Diverse auteurs wijzen erop dat de (on)toegankelijkheid van het aanbod van formele opvoedingsondersteuning zeker voor niet-westerse migrantenouders een probleem vormt (De Gruijter et al. 2009; Van Leeuwen 2010; Tan et al. 2008). In deze paragraaf besteden we aandacht aan diverse aspecten van ontoegankelijkheid. De ontoegankelijkheid van formele opvoedingsondersteuning heeft deels te maken met belemmeringen vanuit de bestaande voorzieningen, maar ook met belemmeringen vanuit de (migranten)ouders zelf.

2.5.1 Toegankelijkheidsbarrières aan de vraagkant

Onbekendheid met het aanbod

Dat ouders die behoefte hebben aan steun bij de opvoeding geen gebruikmaken van formele opvoedingsondersteuning, kan onder andere voortkomen uit het feit dat ze niet weten waar ze deze hulp kunnen krijgen (Snijders 2006). Hoewel dit ook onder autochtoon Nederlandse ouders voorkomt, blijken met name ouders met een migrantenachtergrond vaak onvoldoende op de hoogte te zijn van het aanbod op het gebied van opvoedingsondersteuning (Jerkovic 2010; Van Leeuwen 2010). Volgens Tuk (interview) weet een deel van de migrantenouders überhaupt niet dat ze professionele hulp kunnen krijgen bij opvoedproblemen (zie ook Doelman-van Geest et al. 2010). In hun land van herkomst zijn er immers geen vergelijkbare deskundigen bij wie ze terecht kunnen voor beroepsmatige adviezen op het gebied van de opvoeding van kinderen (Van Leeuwen 2010; Tuk, interview). Zeker mensen die pas kort in Nederland zijn, weten dan ook weinig van het bestaan van voorzieningen af. Als migrantenouders al weten dat ze hulp kunnen krijgen, is het voor hen bovendien vaak onduidelijk welke voorzieningen er precies zijn, wat de ondersteuningsmogelijkheden zijn en welke beroepskracht ze het

beste voor bepaalde problemen kunnen raadplegen (Kleijnen 2009b; Vos 2010). Dit zou verband kunnen houden met een onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal (Van den Dobbelsteen 2008; Kleijnen 2009b), maar mogelijk ook met het sociale netwerk van de ouders. Dit is vooral bij lager opgeleide migrantenouders en bij de eerste generatie onder hen doorgaans smaller. De kans is dan ook kleiner dat er personen tot het netwerk behoren die een professional kennen of die ouders de weg kunnen wijzen naar de juiste voorzieningen (Pels, interview).

Praktische belemmeringen

Praktische belemmeringen, zoals reisafstand en geld, kunnen ouders er eveneens van weerhouden deel te nemen aan opvoedingsondersteuning (Kleijnen 2009a,b). Dergelijke obstakels doen zich volgens Ince en Van den Berg (2009) vaker voor bij migrantenouders dan bij autochtoon Nederlandse ouders. Zo hebben migranten vaker te maken met een laag inkomen en met problemen op het gebied van vervoer. Deze obstakels hangen veelal samen met de minder gunstige sociaaleconomische positie van migrantengezinnen. Ook taalproblemen kunnen migrantenouders belemmeren bij het gebruik van opvoedingsondersteuning. Zo vormt het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal een groot obstakel in het contact met professionals. Migrantenouders kunnen vanwege een taalbarrière bijvoorbeeld bang zijn niet alles te kunnen volgen of verkeerd te worden begrepen (Van den Dobbelsteen 2008). Dit kan ook feitelijk het geval zijn. Bovendien komt uit onderzoek naar voren dat migrantenouders buiten de boot zouden kunnen vallen doordat zij de vragenlijsten niet begrijpen die voorafgaand aan sommige opvoedprogramma's moeten worden ingevuld (Bekkema 2007). Het blijkt dan ook dat migrantenouders die geen of slecht Nederlands spreken, weinig gebruikmaken van het aanbod van formele opvoedingsondersteuning (Van Leeuwen 2010; Tan et al. 2008).

Weerstand vanuit de omgeving

De (directe) omgeving van ouders kan er soms voor zorgen dat de toegang tot opvoedingsondersteunende voorzieningen beperkt wordt. Zo worden moeders in sommige niet-westerse migrantengezinnen geconfronteerd met weerstand van hun partner of familieleden om deel te nemen aan een vorm van opvoedingsondersteuning (Van den Berg et al. 2005; Pels, interview; Veen et al. 2003). Zij willen bijvoorbeeld niet dat de moeder überhaupt de deur uitgaat of met andere moeders op school aan activiteiten meedoet. Bovendien zien de partner en andere familieleden vaak het nut niet in van de opvoedingsondersteunde activiteiten (Veen et al. 2003). De weerstand zou groter kunnen zijn als het gaat om steun die geboden wordt door een Nederlandse organisatie (Kleijnen 2009a). Dit kan volgens Pels (interview) te maken hebben met de angst van de partner en familieleden dat de moeder verwesterd zou kunnen raken en haar kinderen 'verkeerd' gaat opvoeden. Het kan overigens ook voorkomen dat zowel de vader als de moeder in het gezin door familieleden worden tegengehouden om hulp te zoeken bij de opvoeding. Ouders kunnen naast weerstand vanuit hun directe omgeving bovendien te maken krijgen met (angst voor) weerstand vanuit de bredere gemeenschap. Dit zou met name bij de Turks-Nederlandse gemeenschap spelen en een remmende werking kunnen hebben op het zoeken naar hulp (Pels, interview).

2.5.2 Toegankelijkheidsbarrières aan de aanbodkant: kloof tussen vraag en aanbod

Ter verklaring van het relatief lage bereik van opvoedingsondersteuning onder niet-westerse migrantengezinnen wordt ook veelal gewezen op een kloof tussen de vraag van ouders en het reguliere aanbod van opvoedsteun. Dit lijkt voor een belangrijk deel te maken te hebben met het gebrek aan diversiteitsgevoeligheid bij de voorzieningen (Ince en Van den Berg 2009; Verwey-Jonker Instituut 2009). Reguliere organisaties zijn vaak onvoldoende afgestemd op cliënten met een niet-Nederlandse achtergrond (Ince en Van den Berg 2009). Veel instellingen zijn geneigd zich te richten op een groep die niet te ver afwijkt van het gemiddelde en besteden in hun beleid weinig aandacht aan culturele diversiteit (Bellaart 2006; Ince en Van den Berg 2009; Verwey-Jonker Instituut 2009). Zorginstanties worden dan ook veelal beschouwd als ‘witte’ organisaties, die niet bedoeld zijn voor migranten (Vos 2010). Instanties hoeven overigens ook niet te bewijzen dat ze voldoende migrantenouders bereiken en er zijn geen consequenties verbonden aan een eventueel laag bereik. Hierdoor worden ze dan ook niet gestimuleerd om in hun beleid meer rekening te houden met diversiteit (Pels, interview). Het gebrek aan diversiteitgevoeligheid bij organisaties is op verschillende gebieden terug te zien: het initiatief om hulp te zoeken, het aanbod en het personeel. Deze aspecten worden nu toegelicht.

Initiatief om hulp te zoeken ligt bij de ouder

Vaak wordt er bij het aanbod van opvoedingsondersteuning uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid van de ouders. Van hen wordt verwacht dat ze zelf het initiatief nemen tot het zoeken van hulp. Echter, voor veel migrantenouders kan dit een probleem vormen (Doelman-van Geest et al. 2010). Zij lijken namelijk minder geneigd te zijn uit zichzelf hulp te zoeken (door factoren als taalproblemen, een grotere onbekendheid met het aanbod en een meer afwijzende houding ten aanzien van formele opvoedingsondersteuning; zie § 2.4 en § 2.5.1).

Aanbod sluit onvoldoende aan bij behoeften

Bij het aanbod van opvoedingsondersteuning wordt er vaak weinig rekening gehouden met de culturele diversiteit in Nederland (Van den Berg 2010; Pels, interview). Zo wordt de invloed van culturele factoren nauwelijks in acht genomen bij de ontwikkeling van opvoedingsondersteunende programma's (Tan et al. 2008). Veel gebruikte methodieken zijn vanuit een westers perspectief ontwikkeld. Niet alleen is de effectiviteit van deze interventies vaak niet bewezen bij niet-westerse migrantenouders, ook inhoudelijk gezien sluiten ze vaak onvoldoende aan bij deze groep (Pels et al. 2009). De inhoud van interventies is namelijk dikwijls toegesneden op een brede, doorsnee groep, terwijl de normen en waarden van migrantenouders ten aanzien van het opvoeden van kinderen kunnen afwijken van het gemiddelde (Van den Berg 2010; Stichting Alexander 2008). Sommige migrantenouders beschouwen fysieke straf (slaan) bijvoorbeeld niet als iets dat verkeerd is, waardoor ze niet snel geneigd zijn deel te nemen aan een opvoedcursus waarin dit wel als ‘fout’ wordt gezien (Distelbrink 2009). De vaardigheden waar bestaand aanbod van uitgaat, zoals belonen, negeren en overleggen, zouden ook niet altijd

aansluiten bij de belevingswereld van niet-westerse migranten (Distelbrink 2009; Pels, interview).

Bovendien wordt er in het aanbod vaak weinig gehoor gegeven aan specifieke vragen die migrantenouders hebben over het opvoeden van hun kinderen (in de Nederlandse samenleving). Het gaat hierbij bijvoorbeeld om vragen omtrent discriminatie en stigmatisering, morele en religieuze opvoeding, en het rijmen van de eigen normen en waarden met de in Nederland geldende permissiviteit ten aanzien van vrouwen en jongeren, maar ook om vragen over gezagsverhoudingen en de opvoeding van pubers (Pels et al. 2009; Pels, interview; Verwey-Jonker Instituut 2009). Laatstgenoemde vragen komen ook geregeld voor bij autochtoon Nederlandse ouders, maar kunnen ingewikkelder zijn bij veel migrantenouders. Dit komt bijvoorbeeld doordat de ontwikkeling naar nieuwe opvoedstijlen in deze migrantengezinnen vrij snel gaat en doordat migrantenouders hun kinderen opvoeden in een samenleving waar buitenshuis veelal andere opvattingen gelden (Naber et al. 2009; Pels et al. 2009; Pels, interview).

Naast de inhoud van het aanbod sluit ook de manier waarop opvoedingsondersteuning wordt aangeboden vaak niet aan bij de behoeften van niet-westerse migrantenouders. Zo wordt de reguliere steun dikwijls aangeboden in de vorm van een cursus en is het aanbod eenzijdig gericht op het overdragen van informatie. Migrantenouders geven echter (overigens net als veel autochtone Nederlanders) de voorkeur aan meer informele en laagdrempelige uitwisselingen met deskundigen en met name met andere ouders (Pels et al. 2009).

Professionals onvoldoende toegerust

Om de kloof tussen vraag en aanbod te verkleinen, is het van belang dat professionals voldoende sensitiviteit kunnen opbrengen ten aanzien van de (culturele) achtergrond van ouders (Verwey-Jonker Instituut 2009). Uit onderzoek naar ondersteuningsprogramma's blijkt echter dat er weinig of zelfs geen eisen worden gesteld aan de competenties van uitvoerders om met diverse doelgroepen te werken. Beroepskrachten die opvoedingsondersteuning bieden, zijn dan ook vaak onvoldoende cultuursensitief in hun houding, kennis en vaardigheden (Van den Berg 2010; Pels, interview). Vooral 'witte', beginnende professionals zouden dikwijls minder competent zijn in het omgaan met migranten (Vos 2010). Dit houdt waarschijnlijk verband met het feit dat er weinig aandacht wordt besteed aan culturele diversiteit in de opleidingen voor professionals die werkzaam zijn in het veld van opvoedingsondersteuning (Pels, interview). Beroepskrachten met een migrantenachtergrond zijn daarentegen veelal beter toegerust om migrantenouders te begrijpen en komen bovendien makkelijker binnen bij migrantengezinnen (Bekkema 2007). Vaak zijn er bij instanties echter maar weinig professionals in dienst die een niet-autochtoon Nederlandse achtergrond hebben (Vos 2010).

Aanbod vanuit eigen kring als alternatief?

Zoals we zojuist hebben laten zien, is er sprake van een duidelijke kloof tussen de vraag van migrantenouders en het reguliere aanbod. Als alternatief is er de laatste jaren dan ook een opkomst van laagdrempelige *bottom-up*-initiatieven vanuit de eigen kring, die beter aansluiten bij de behoeften en wensen van migrantenouders. Hierbij kan

bijvoorbeeld gedacht worden aan opvoedingsondersteunende activiteiten die aangeboden worden door migrantenzelforganisaties (Kleijnen 2009a,b; Pels et al. 2009). Dergelijke organisaties hebben vaak een groter bereik dan de meeste reguliere instanties (Pels, interview). Echter, de continuïteit van de activiteiten en de link met het reguliere aanbod zijn niet vanzelfsprekend (De Gruijter et al. 2009; Pels et al. 2009). Ook ontbreekt er vaak een duidelijke beschrijving van de methodiek, wat het lastiger maakt om het aanbod op te nemen in het reguliere aanbod dan wel hiermee te verbinden. Bovendien is de deskundigheid binnen migrantenorganisaties niet altijd toereikend om goede ondersteuning te bieden (Distelbrink 2009).

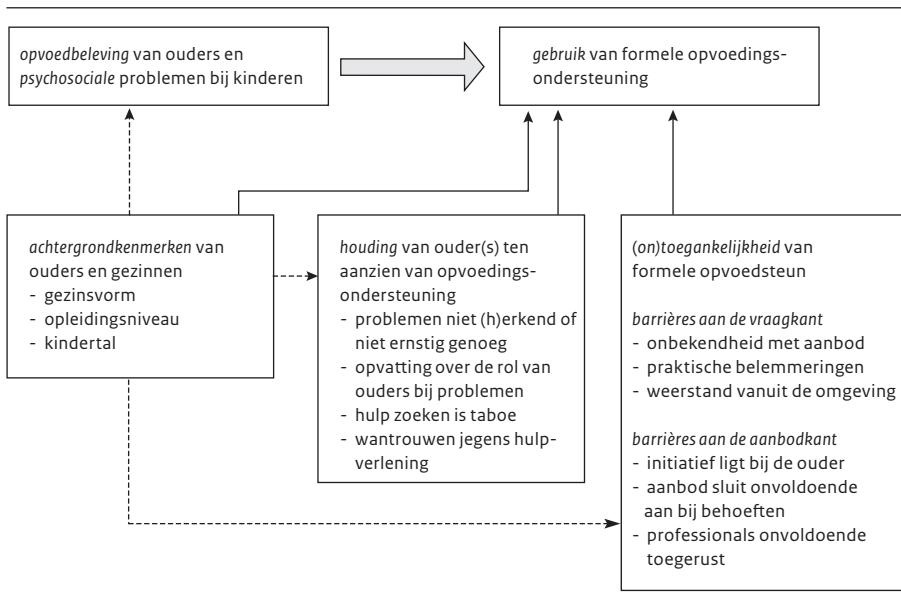
2.6 Conclusies

Ouders die problemen ervaren in de opvoeding of bij hun kinderen kunnen een beroep doen op formele opvoedingsondersteuning. De nulmeting van de monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid wees op etnische verschillen in het zoeken van hulp of advies bij de opvoeding. In het huidige onderzoek is hier nader op ingegaan aan de hand van kwantitatieve data-analyses (AVO), een literatuurstudie en informatie verstrekt door deskundigen. De nadruk lag hierbij op het verklaren van verschillen tussen ouders van diverse herkomst in het gebruik van formele opvoedingsondersteuning. Hierbij moet opgemerkt worden dat de steekproef van het AVO zijn beperkingen kent, aangezien deze alleen ouders omvat die de Nederlandse taal beheersen. De gevonden verschillen in het gebruik van opvoedingsondersteuning tussen autochtone Nederlanders en niet-westerse migranten kunnen dus in werkelijkheid groter zijn. In het hiernavolgende worden de verklarende factoren in een model samengevat (zie figuur 2.3), en worden de belangrijkste conclusies weergegeven.

Opvoedingsondersteuning: determinanten en etnische verschillen in gebruik
Belangrijke determinanten voor het gebruik van opvoedingsondersteuning zijn de wijze waarop ouders de opvoeding beleven en psychosociale problemen bij kinderen. Niet-westerse migrantenouders hebben een significant minder positieve opvoedbeleving dan autochtone Nederlanders en zij rapporteren meer psychosociale problematiek bij hun kinderen. Naast problemen in de opvoeding en bij kinderen zijn een hoog opleidingsniveau van ouders, alleenstaand ouderschap en een hoog kindertal ook gerelateerd aan het gebruik van opvoedingsondersteuning. Wanneer gecontroleerd wordt voor deze determinanten blijkt dat Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders met thuiswonende kinderen (0-17 jaar) het afgelopen jaar significant minder gebruik hebben gemaakt van opvoedingsondersteuning dan autochtone Nederlanders (resp. 18% en 22%). Dit duidt op ondergebruik, waarbij de (relatief lage) mate waarin deze ouders een beroep doen op formele ondersteuning niet in verhouding staat tot hetgeen we verwachten op basis van hun kenmerken.

Figuur 2.3

Verklarende factoren voor (etnische verschillen in) het gebruik van formele opvoedingsondersteuning



Waarom wordt een deel van de ouders minder goed bereikt?

Naast diverse achtergrondkenmerken, de opvoedbeleving van ouders en psychosociale problemen bij kinderen, spelen ook andere factoren een belangrijke rol bij het gebruik van opvoedingsondersteuning. Zo draagt een combinatie van houdings- en (on)toegankelijkheidsfactoren eraan bij dat niet-westerse migrantenouders (en dan met name Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders) weinig beroep doen op formele opvoedingsondersteuning. Zij staan bijvoorbeeld doorgaans minder positief tegenover het zoeken van hulp dan de overige ouders. Zo is het voor hen vaak niet vanzelfsprekend om uit te komen voor problemen in de opvoeding. Schaamte is hierbij een belangrijke factor. Daarnaast heeft een deel van de migrantenouders de opvatting dat zij zelf weinig invloed hebben op het voorkómen of verminderen van problemen. Sommige ouders (h)erkennen de problemen niet of vinden hun opvoedvragen niet problematisch genoeg om hiervoor op zoek te gaan naar formele hulp. Ook wantrouwen jegens formele opvoedingsondersteuning kan eraan bijdragen dat migranten geen hulp zoeken bij een beroepskracht. Zij vrezen bijvoorbeeld dat hun kinderen afgepakt zullen worden. Daar komt bij dat er een kloof is tussen de vraag van niet-westerse migrantenouders en het aanbod van voorzieningen op het gebied van opvoedingsondersteuning. Het initiatief om hulp te zoeken ligt bijvoorbeeld te veel bij de ouders zelf. Daarnaast is het aanbod veelal niet effectief bewezen voor ouders met een niet-westerse achtergrond en sluit het vaak onvoldoende aan bij de behoeften en wensen van deze ouders. Bovendien zijn professionals dikwijls onvoldoende toegerust om niet-westerse migrantenouders te kunnen

ondersteunen bij de opvoeding. Samen met onbekendheid met het aanbod, praktische belemmeringen en weerstand vanuit de omgeving, maakt dit dat niet-westerse migrantenouders (en dan vooral Turkse en Marokkaanse Nederlanders) relatief weinig gebruikmaken van het reguliere aanbod.

Gewicht van de verklarende factoren

Er blijken al met al veel verschillende factoren een rol te spelen bij het verklaren van (etnische verschillen in) het gebruik van formele opvoedingsondersteuning. Het gaat veelal om een combinatie van factoren die ervoor zorgt dat sommige ouders relatief vaak of juist weinig hulp zoeken bij de opvoeding.

Vermoedelijk zijn er wel factoren te onderscheiden die zwaarder wegen dan andere. Van de onderzochte achtergrondkenmerken lijkt bijvoorbeeld vooral het opleidingsniveau van de ouders erg belangrijk. Dit is namelijk direct gerelateerd aan het gebruik van opvoedingsondersteuning en het hangt tevens samen met opvoedproblemen. Bovendien speelt het opleidingsniveau van ouders een rol bij hun houding ten aanzien van het gebruik van opvoedingsondersteunende voorzieningen, en bij de (on)toegankelijkheid ervan. Een achtergrondkenmerk dat in het bijzonder voor migrantenouders van belang lijkt te zijn, is de generatie waartoe zij behoren. Deze factor hangt bijvoorbeeld in sterke mate samen met hun opleidingsniveau, maar ook met hun houding ten aanzien van opvoedingsondersteuning en is dan ook mogelijk gerelateerd aan het gebruik van formele opvoedsteun.

Naast achtergrondkenmerken spelen de houding van ouders ten aanzien van opvoedingsondersteuning en de (on)toegankelijkheid van de voorzieningen een belangrijke rol. Welke van deze twee factoren uiteindelijk de doorslag geeft bij het al dan niet een beroep doen op opvoedingsondersteuning is lastig aan te geven. Dit kan namelijk ook verschillen per etnische groep. Ouders van Surinaamse herkomst lijken bijvoorbeeld een positievere houding te hebben ten aanzien van formele opvoedingsondersteuning dan Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders. Om gebruik te maken van opvoedingsondersteuning is het voor Surinaams-Nederlandse ouders dan ook vooral van belang dat zij bijvoorbeeld bekend zijn met de voorzieningen en geen praktische belemmeringen ervaren. Hoewel deze factoren tevens bij ouders met een Turkse of Marokkaanse achtergrond van belang zijn, speelt bij hen (ook) vooral hun houding ten aanzien van opvoedsteun een belangrijke rol: vanwege hun minder positieve houding zijn zij sowieso minder snel geneigd een beroep te doen op formele opvoedingsondersteuning.

Noot

- 1 In deze paragraaf werken we bij de weergave van de resultaten van de SDQ met zogeheten afkappunten. Dit zijn scores die een tweedeling aangeven en waarboven een kind meer problemen vertoont dan zijn of haar leeftijdgenoten. Wegens gebrek aan Nederlandse afkappunten voor 4-17-jarige kinderen, is in navolging van eerder onderzoek van het SCP (Stevens et al. 2009) gebruikgemaakt van de Amerikaanse afkappunten. Door met afkappunten te werken kunnen etnische verschillen in psychosociale problematiek bij kinderen zichtbaar worden gemaakt (Dorsselaer et al. 2007).

3 Speciale onderwijsvoorzieningen

Ellen Kleijnen en Angela van den Broek

3.1 Gespecialiseerd onderwijs voor 'speciale' kinderen

In Nederland neemt het grootste deel van de jeugd onder de 18 jaar deel aan een vorm van onderwijs. Veel kinderen beginnen hun schoolloopbaan op het moment dat ze op 4-jarige leeftijd naar een reguliere basisschool gaan. Gemiddeld acht jaar later verlaten zij het basisonderwijs om vervolgens hun schoolloopbaan voort te zetten in het voortgezet onderwijs, mogelijk gevolgd door scholing in het middelbaar beroepsonderwijs dan wel hoger onderwijs. Deze schoolloopbaan is echter voor een deel van de jeugd in Nederland niet zo vanzelfsprekend (CBS 2008b). Hoewel het met de meerderheid van de kinderen en jongeren goed gaat in het onderwijs, ervaart een kleiner deel problemen op school (Van Dijk et al. 2007). Zij hebben meer behoefte aan ondersteuning en zorg dan het reguliere onderwijs kan bieden (CBS 2008b). In Nederland is er voor deze hulpbehoevende jeugd een uitgebreid systeem van speciale onderwijsvoorzieningen, bestaande uit het speciaal basisonderwijs, het speciaal onderwijs, het voortgezet speciaal onderwijs, het leerwegondersteunend onderwijs, het praktijkonderwijs en het zogenoemde 'rugzakje'. Van de 11-jarige kinderen maakt circa 8% gebruik van een van deze voorzieningen en in leerjaar 3 van het voortgezet onderwijs (op ongeveer 15-jarige leeftijd) bedraagt dit percentage zelfs 17% (Herweijer 2008; Turkenburg en Vogels 2009).

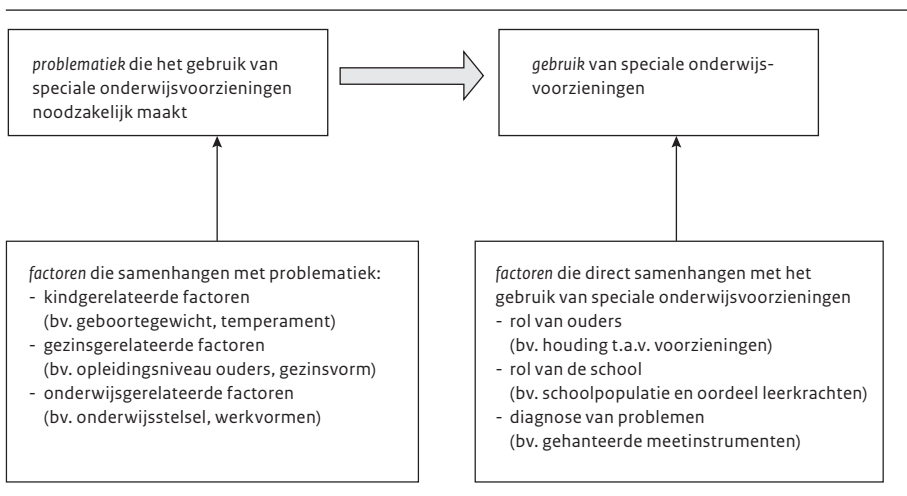
Er zijn aanwijzingen dat migrantenjeugdigen relatief vaak gebruikmaken van bepaalde speciale onderwijsvoorzieningen, zoals het speciaal basisonderwijs, het (voortgezet) speciaal onderwijs, het leerwegondersteunend onderwijs en het praktijkonderwijs. Tegelijkertijd lijkt een deel van de migrantenjeugd juist onvoldoende bereikt te worden door andere vormen van speciale onderwijszorg, zoals cluster 4 (bedoeld voor leerlingen met ernstige gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen) van het (voortgezet) speciaal onderwijs en het rugzakje (Smeets et al. 2009; Vermaas et al. 2009). Zowel het relatief hoge als het relatief lage gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen kan voor migrantenjeugdigen problematisch zijn indien het verband houdt met een verminderde toegang tot de voor hen meest geschikte vorm van onderwijs. Dit is het geval wanneer zij ten onrechte juist wel of juist niet participeren in een bepaalde speciale onderwijsvoorziening. Hierdoor kunnen de onderwijsmogelijkheden van migrantenleerlingen beperkt worden (Bollmer et al. 2007; Strand en Lindsay 2009). Bovendien zou eventuele (al dan niet onterechte) deelname aan een speciale onderwijsvoorziening ongunstige gevolgen kunnen hebben. Leerlingen lopen namelijk het risico om dit type onderwijs te verlaten zonder perspectief op maatschappelijke participatie: immers, speciale onderwijsvoorzieningen, met name het (voortgezet) speciaal onderwijs, leiden maar weinig jeugdigen naar het vervolgonderwijs of naar de arbeidsmarkt. Hier zou overigens vermoedelijk wel verandering in kunnen komen door het nieuwe beleid 'passend onderwijs' (TK 2009/2010a). Bovendien zou dit beleid er vanaf augustus 2012 idealiter voor moeten

zorgen dat kinderen die extra ondersteuning nodig hebben, verzekerd zijn van een passende onderwijsplek en passend onderwijs (OCW 2010a).

Met ons onderzoek wordt getracht meer inzicht te krijgen in (verklaringen voor) etnische verschillen in het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen (zie figuur 3.1). In de nulmeting van de monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid (zie De Jong et al. 2010a,b) worden cijfers gepresenteerd met betrekking tot deelname aan het leerwegondersteunend onderwijs. Beschrijvende statistieken van andere speciale onderwijsvoorzieningen zijn hierin niet weergegeven. In deze verdiepende studie zal daarentegen aandacht besteed worden aan alle vormen van speciale onderwijszorg. Hierbij staan we ten eerste stil bij het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Welke verschillen zijn er tussen migrantenjeugdigen en autochtoon Nederlandse kinderen en jongeren? Vervolgens wordt ingegaan op problemen en beperkingen die het gebruik van een speciale onderwijsvoorziening noodzakelijk maken. Ook hier wordt gekeken naar verschillen tussen jeugdigen van diverse etnische herkomst. Deze verschillen trachten we vervolgens te verklaren aan de hand van kindgerelateerde, gezinsgerelateerde en onderwijsgerelateerde factoren. Kunnen etnische verschillen in het vóórkomen van problemen en beperkingen verklaard worden door bijvoorbeeld het geboortegewicht van kinderen, het opleidingsniveau van de ouders en/of de gehanteerde werkvormen in het onderwijs? Hierna worden factoren besproken die direct van invloed zijn op het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen en daarmee kunnen bijdragen aan etnische verschillen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de belangrijkste conclusies.

Figuur 3.1

Verklaringen voor (etnische verschillen in) het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen



Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen beperken we ons noodgedwongen grotendeels tot een presentatie van wat hierover op grond van literatuur bekend dan wel aannemelijk is. Er zijn namelijk geen databestanden beschikbaar met daarin zowel

het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen als mogelijk verklarende factoren hiervoor. Vanwege een gebrek aan data om te toetsen in hoeverre verschillende determinanten de etnische verschillen in het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen kunnen verklaren, kunnen we geen uitspraken doen over het relatieve gewicht van de determinanten. Wel wordt door middel van deze literatuurstudie duidelijk welke factoren zouden kunnen bijdragen aan etnische verschillen in het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Ter aanvulling op de literatuurstudie wordt informatie gepresenteerd die afkomstig is van interviews met deskundigen (dhr. Arslan, programamanager Onderwijs bij FORUM; en dhr. Tuk, senior onderzoeker bij Pharos). Een groot gedeelte van de geraadpleegde literatuur heeft specifiek betrekking op de Nederlandse situatie. Op punten waar die literatuur tekortschiet maken we gebruik van internationale literatuur, mits deze gegevens bevat die hoogstwaarschijnlijk ook geldig zijn voor een westers land als Nederland. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer gekeken wordt naar het verband tussen bepaalde kind- en gezinsgerelateerde factoren en de kans op problematiek bij kinderen.

3.2 Gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen

In Nederland kunnen de volgende soorten speciale onderwijsvoorzieningen onderscheiden worden:

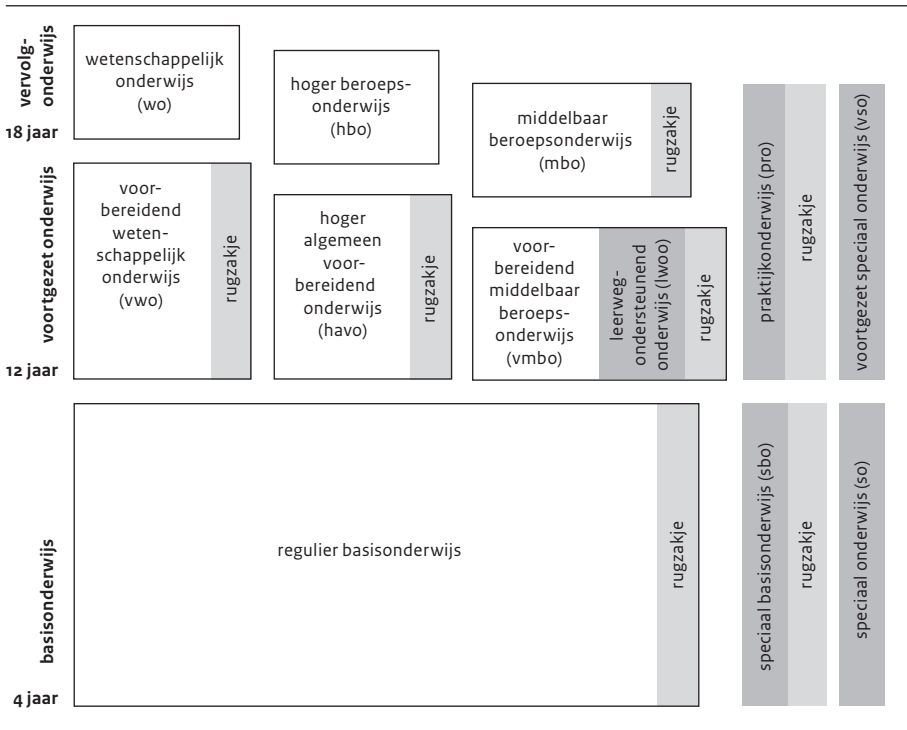
- speciaal basisonderwijs (sbo)
- speciaal onderwijs (so)
- voortgezet speciaal onderwijs (vso)
- leerwegondersteunend onderwijs (lwoo)
- praktijkonderwijs (pro)
- rugzakje

Om deze vormen van speciale onderwijszorg in een bredere context te kunnen plaatsen, is in figuur 3.2 het Nederlandse onderwijsstelsel schematisch weergegeven. Het reguliere onderwijs is in de witte kaders weergegeven en de speciale onderwijsvoorzieningen zijn met grijs tinten weergegeven.

Alle speciale onderwijsvoorzieningen, inclusief – waar mogelijk – etnische verschillen in het gebruik hiervan, worden in deze paragraaf kort beschreven. Theoretisch gezien zijn het duidelijk van elkaar onderscheiden vormen van speciale onderwijsvoorzieningen, met ieder een eigen doelgroep. Een kanttekening hierbij is dat het niet gegarandeerd is dat leerlingen ook altijd op de voor hen meest geschikte plek belanden. Zo kan het in praktijk voorkomen dat leerlingen gebruikmaken van een speciale onderwijsvoorziening waar zij, gezien hun problematiek, eigenlijk niet thuishoren (zie verder § 3.5).

Figuur 3.2

Schematisch overzicht van het Nederlandse onderwijsstelsel



Bron: 50tien (2010); Eurydice 2010;TK (2004/2005); SCP-bewerking

3.2.1 Speciaal basisonderwijs

Het speciaal basisonderwijs (sbo) is bedoeld voor leerlingen die het niet redden op een reguliere basisschool omdat zij meer hulp nodig hebben dan het reguliere onderwijs kan bieden. Het gaat vaak om leerlingen met een benedengemiddelde intelligentie of om kinderen die kampen met leerachterstanden dan wel sociaal-emotionele problemen (wsns Vught e.o. 2010). Kinderen met een handicap, zoals een lichamelijke beperking, behoren echter niet tot de doelgroep van het sbo. Wanneer ouders en de leerkracht van een reguliere basisschool menen dat een leerling beter af is in het sbo, kunnen ouders (of verzorgers) hun kind aanmelden bij een Permanente Commissie Leerlingenzorg. Die beoordeelt of het inderdaad noodzakelijk is dat het kind geplaatst wordt in het sbo (Eurydice 2010).

Uit gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) komt naar voren dat ruim 44.000 kinderen in het schooljaar 2008/'09 naar het sbo gingen. Het CBS maakt hierbij echter geen onderscheid tussen (niet-)westerse migrantenleerlingen en autochtoon Nederlandse leerlingen. Om toch zicht te krijgen op de deelname

van migrantenkinderen aan het sbo zijn we genoodzaakt gebruik te maken van de registraties van de zogeheten cumi-leerlingen.¹ Hieruit blijkt dat 19% van de sbo-leerlingen in het jaar 2008/09 tot de groep cumi-leerlingen werd gerekend. Dit percentage is beduidend hoger dan het aandeel cumi-leerlingen in het reguliere basisonderwijs (12%) (CBS StatLine, januari 2010).

Specifieker gezien geldt voor alle grote minderheidsgroepen, te weten leerlingen met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse of Antilliaanse achtergrond, dat hun aandeel in het sbo in 2008/09 relatief gezien groter was dan in het reguliere basisonderwijs (zie tabel 3.1). Dit geldt het sterkst voor Antilliaans-Nederlandse leerlingen, gevolgd door leerlingen van Turkse herkomst. Leerlingen uit etnische minderheden maken dus naar verhouding meer gebruik van het sbo dan van het reguliere basisonderwijs (Smeets et al. 2009).

Tabel 3.1

Aandeel leerlingen in het reguliere basisonderwijs en speciaal basisonderwijs, naar etnische herkomst, schooljaar 2008/09 (in procenten)

	aandeel leerlingen in het reguliere basisonderwijs	aandeel leerlingen in het speciaal basisonderwijs (sbo)
autochtoon	87,6	81,0
Turks	2,9	4,4
Marokkaans	2,9	4,2
Surinaams	1,6	2,4
Antilliaans	0,6	1,8
overige (cumi-)leerlingen	4,4	6,1
totaal	100	100

Bron: Telgegevens CFI (uit Smeets et al. 2009)

3.2.2 Speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs

Scholen voor speciaal onderwijs (so) en voortgezet speciaal onderwijs (vso) zijn scholen voor respectievelijk primair en secundair onderwijs die bestemd zijn voor leerlingen met een of meerdere beperkingen. Het gaat hierbij dus uitdrukkelijk om leerlingen met een handicap of stoornis. Leerlingen in het so gaan veelal na hun twaalfde naar het vso, waar ze maximaal tot hun twintigste kunnen blijven (OCW 2010b). Het so en vso zijn onderverdeeld in vier clusters die elk bedoeld zijn voor kinderen met een bepaald soort problematiek:

- cluster 1: scholen voor kinderen met visuele beperkingen;
- cluster 2: scholen voor kinderen met auditieve en communicatieve beperkingen;
- cluster 3: scholen voor kinderen met verstandelijke en lichamelijke beperkingen;
- cluster 4: scholen voor kinderen met ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problemen.

Wanneer een kind vanwege een beperking niet naar een reguliere school kan gaan of is vastgelopen in het regulier onderwijs, kan hij of zij aangemeld worden bij een Regionaal Expertise Centrum van een bepaald cluster. De verantwoordelijkheid voor het aanmelden van een kind ligt bij de ouders (of verzorgers). Een Commissie voor Indicatiestelling, bestaande uit onafhankelijke deskundigen, beslist vervolgens of het kind in aanmerking komt voor het (v)so. Een positieve beschikking betekent dat de leerling in kwestie aangemeld kan worden bij een school voor (voortgezet) speciaal onderwijs (Eurydice 2010; Woudenberg 2009).

De scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs telden in 2008/'09 ruim 66.000 leerlingen: circa 34.500 daarvan gingen naar het so en ruim 31.700 naar het vso (zie tabel 3.2). In dit schooljaar bestond de leerlingpopulatie van zowel het so als het vso voor 17% uit cumi-leerlingen. Het aandeel cumi-leerlingen is daarmee hoger dan in het reguliere basisonderwijs (12%) en bijna gelijk aan het aandeel cumi-leerlingen in het gehele voortgezet onderwijs (16%) (CBS StatLine, januari 2010; CBS 2010).

In tabel 3.2 is voor het jaar 2008/'09 het aandeel cumi-leerlingen weergegeven per cluster van zowel het so als het vso (bv. cumi-leerlingen maakten 26% uit van het totaal aantal leerlingen in cluster 2 van het so). Het blijkt dat een relatief groot deel van de leerlingen in cluster 1 (visuele beperking) van het vso tot de groep cumi-leerlingen werd gerekend: 32% tegenover 17% in het gehele vso, en 16% in het gehele voortgezet onderwijs (niet in tabel). Het aandeel cumi-leerlingen in cluster 1 van het so wijkt weinig af van het gemiddelde aandeel cumi-leerlingen in het totale so, maar is wel hoger dan in het reguliere basisonderwijs. In het cluster 2-onderwijs (auditieve of communicatieve beperking) en cluster 3 (verstandelijke of lichamelijke beperking) van het (v)so waren verhoudingsgewijs ook veel cumi-leerlingen te vinden: hun aandeel in deze clusters is hoger dan in zowel het totale (v)so als in het reguliere basisonderwijs en het gehele voortgezet onderwijs. Daarentegen was in cluster 4 (ernstige gedragsproblemen of psychiatrische stoornis) van het so en vso het aandeel leerlingen uit culturele minderheidsgroeperingen relatief laag. Mogelijk heeft een deel van de niet-westerse migrantenjongeren met gedragsproblematiek het onderwijs voortijdig verlaten, waardoor zij (ten onrechte) niet in cluster 4 van het vso te vinden zijn. Andere verklaringen kunnen bijvoorbeeld gezocht worden in de gebrekkige signalering van gedragsproblemen bij migrantenkinderen en in de attitude van migrantenouders. Deze en andere verklarende factoren worden verderop in dit hoofdstuk besproken (in § 3.5).

Tabel 3.2

Totaal aantal leerlingen en het aandeel cumi-leerlingen in het speciaal en voortgezet speciaal onderwijs, per cluster, schooljaar 2008/'09 (in absolute aantallen en procenten)

	speciaal onderwijs (so)		voortgezet speciaal onderwijs (vso)	
	totaal aantal leerlingen	% cumi-leerlingen van het totaal aantal leerlingen per cluster	totaal aantal leerlingen	% cumi-leerlingen van het totaal aantal leerlingen per cluster
cluster 1 (visuele beperkingen)	512	16	247	32
cluster 2 (auditieve en communicatieve beperkingen)	6.907	26	2.181	25
cluster 3 (verstandelijke en lichamelijke beperkingen)	14.887	20	12.307	19
cluster 4 (gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen)	12.234	10	16.989	14
totaal	34.540	17	31.724	17

Bron: CBS StatLine, januari 2010

Kijken we naar hoe de cumi-leerlingen van diverse herkomst in het schooljaar 2008/'09 over de vier clusters verdeeld zijn, dan vallen eveneens diverse zaken op (zie tabel 3.3).² Zo zat van de Turks-Nederlandse leerlingen in het (v)so een relatief groot aandeel in het cluster 2-onderwijs: bijna twee keer zo vaak als gemiddeld het geval was voor alle leerlingen in het (v)so. Voor cluster 3 geldt dat leerlingen van Antilliaanse herkomst hier minder vaak dan gemiddeld te vinden waren, terwijl de andere herkomstgroepen hier juist vaker dan gemiddeld gebruik van maakten. Wat het cluster 4-onderwijs betreft, valt op dat vooral Turks-Nederlandse leerlingen hier relatief weinig deel aan namen, gevolgd door kinderen en jongeren met een overig niet-westerse of Marokkaanse achtergrond. Antilliaans-Nederlandse leerlingen zaten daarentegen relatief vaak in dit cluster.

Tabel 3.3

Verdeling van (migranten)leerlingen over de vier clusters van het speciaal en voortgezet speciaal onderwijs, naar etnische herkomst, schooljaar 2008/09 (in procenten)

	totaal ^a	Turks	Marokkaans	Surinaams	Antilliaans	overig niet-westers
cluster 1 (visuele beperkingen)	1	0,9	0,5	0,3	0,2	0,3
cluster 2 (auditiële en communicatieve beperkingen)	14	27	19	13	16	24
cluster 3 (verstandelijke en lichamelijke beperkingen)	41	53	49	47	32	45
cluster 4 (gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen)	44	20	32	39	52	31
totaal	100	100	100	100	100	100

a In deze kolom wordt voor het totaal aantal leerlingen in het (v)so aangegeven hoe zij over de verschillende clusters verdeeld zijn. Het gaat hierbij dus om zowel niet-westerse migrantenleerlingen als autochtoon Nederlandse en westerse migrantenleerlingen.

Bron: CBS StatLine, januari 2010; Telgegevens CFI (uit Smeets et al. 2009)

3.2.3 Leerwegondersteunend onderwijs en praktijkonderwijs

Het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) en praktijkonderwijs (pro) zijn in tegenstelling tot het voortgezet speciaal onderwijs niet bedoeld voor leerlingen met een handicap, maar voor jongeren die moeite hebben met leren en hierbij extra ondersteuning nodig hebben. Bij het lwoo, dat deel uitmaakt van het vmbo, gaat het vaak om leerlingen met een intelligentiequotiënt (IQ) tussen 75 en 90 die bovendien een leerachterstand³ hebben op minstens twee van de volgende domeinen: begrijpend lezen, technisch lezen, spellen en inzichtelijk rekenen. Indien leerlingen een hoger IQ (91-120) hebben, moet er bij hen naast leerachterstanden ook sprake zijn van sociaal-emotionele problematiek om toegelaten te kunnen worden tot het lwoo (De Jong et al. 2010a; Raad van State 2003). De doelgroep van het lwoo bestaat kortweg uit vmbo-leerlingen die extra begeleiding nodig hebben om een diploma te kunnen halen. Voor wie een vmbo-diploma echter niet haalbaar is en voor wie vanwege een lager IQ (60-75) en grotere leerachterstanden⁴ nog meer begeleiding gewenst is, bestaat er een apart voortgezet onderwijstype: het praktijkonderwijs (Hessing-Wagner 2006; o c w 2010c; Raad van State 2003). Deze vorm van onderwijs leidt rechtstreeks op voor de arbeidsmarkt, onder meer door het aanbieden van beroepsgerichte vakken (o c w 2009a,b). Leerlingen mogen deelnemen aan het pro tot en met het schooljaar waarin zij 20 jaar worden (o c w 2009c).

Het initiatief om een leerling aan te melden voor het lwoo of pro ligt bij de school. Wanneer scholen oordelen dat het voor een leerling beter is deel te nemen aan het lwoo of pro, regelen zij een aanvraag bij een Regionale Verwijzingscommissie Voortgezet Onderwijs. Deze commissie stelt vervolgens vast of een leerling al dan niet in aanmerking komt voor het lwoo of pro (Hessing-Wagner 2006).

Van de 934.970 scholieren die in het jaar 2008/09 voortgezet onderwijs volgden, waren er ruim 125.000 aangewezen op extra zorg in de vorm van lwoo (ruim 10%) of pro (circa 3%) (ocw 2009d; CBS StatLine, januari 2010). De nulmeting van De Jong et al. (2010b) wijst op etnische verschillen in deelname aan het lwoo. Zo blijkt dat 21% van de autochtoon Nederlandse vmbo-leerlingen (leerjaar 3 en 4) lwoo volgde, tegenover 30% van de niet-westerse migrantenleerlingen. Scholieren van Turkse, Marokkaanse en Antilliaanse herkomst namen het vaakst deel aan het lwoo. Surinaams-Nederlandse jongeren waren daarentegen van de niet-westerse migranten het minst vaak in het lwoo te vinden (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4

Totaal aantal leerlingen in het vmbo en het aandeel vmbo-leerlingen dat leerwegondersteunend onderwijs volgt, naar etnische herkomst, schooljaar 2008/09, leerjaar 3-4 (in absolute aantallen en procenten)

	totaal aantal vmbo-leerlingen in leerjaar 3-4	% vmbo-leerlingen dat in leerjaar 3-4 leerwegondersteunend onderwijs volgt
autochtoon	161.132	21
westers	12.125	22
niet-westers	38.690	30
Turks	10.240	32
Marokkaans	8.790	32
Surinaams	6.593	27
Antilliaans	2.744	31
overig niet-westers	10.323	29

Bron: CBS StatLine, januari 2010; De Jong et al. 2010b

Wat betreft het praktijkonderwijs zijn ook verschillen gevonden tussen leerlingen van diverse etnische herkomst (zie tabel 3.5). Van het totaal aantal autochtoon Nederlandse leerlingen in het voortgezet onderwijs nam in het jaar 2008/09 ruim 2% deel aan pro. Van de westerse migranten zat een nagenoeg vergelijkbaar aandeel in het praktijkonderwijs, terwijl dit onder de niet-westerse migranten voor ruim 6% gold. Wederom zijn het jongeren van Turkse en Marokkaanse komaf die relatief vaak deelnamen aan het pro. Scholieren met een Antilliaanse achtergrond waren het vaakst in het pro te vinden: bijna 10%. Leerlingen van Surinaamse en overig niet-westerse herkomst zaten daarentegen naar verhouding minder vaak in het pro.

Tabel 3.5

Totaal aantal leerlingen in het voortgezet onderwijs en het aandeel leerlingen dat praktijkonderwijs (pro) volgt, naar etnische herkomst, schooljaar 2008/'09 (in absolute aantallen en procenten)

	totaal aantal leerlingen in het voortgezet onderwijs	% pro-leerlingen van het totaal aantal leerlingen in voortgezet onderwijs
autochtoon	734.739	2,3
westers	59.788	2,4
niet-westers	137.190	6,2
Turks	31.024	7,5
Marokkaans	26.857	7,2
Surinaams	23.086	5,2
Antilliaans	10.275	9,7
overig niet-westers	45.948	4,3

Bron: CBS StatLine, januari 2010

3.2.4 Het 'rugzakje'

Met ingang van 1 augustus 2003 is de wettelijke regeling van leerlinggebonden financiering (lgf) in werking getreden. Deze regeling heeft als doel de schoolkeuzevrijheid te vergroten en de integratie van leerlingen met een handicap of stoornis te bevorderen (Bronneman-Helmers 2007). De lgf-regeling biedt ouders van een kind met een beperking namelijk de mogelijkheid om te kiezen voor plaatsing in het (voortgezet) speciaal onderwijs of voor plaatsing in het overwegend reguliere onderwijs met behulp van een leerlinggebonden budget, ook wel 'rugzakje' genoemd. Het rugzakje is een budget voor scholen om een leerling met een beperking in het (reguliere) basis- of voortgezet onderwijs dan wel in het mbo te voorzien van extra hulp (zie figuur 3.2). Om in aanmerking te komen voor een rugzakje moeten ouders een indicatie voor lgf aanvragen bij een Regionaal Expertise Centrum. Uiteindelijk stelt een Commissie voor Indicatiestelling vast of een kind recht heeft op een rugzakje (Eurydice 2010; Woudenberg 2009). Uit kerncijfers van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (ocw 2009d) blijkt dat een klein aandeel van het totaal aantal leerlingen in het schooljaar 2008/'09, met een rugzakje in het reguliere onderwijs of sbo zat. In het primair onderwijs gold dit voor 18.600 leerlingen (ruim 1%) en in het voortgezet onderwijs was dit voor ruim 17.000 leerlingen (bijna 2%) het geval. Hoewel we niet over exacte landelijke cijfers beschikken, wijst literatuur erop dat autochtoon Nederlandse leerlingen naar verhouding meer gebruikmaken van het rugzakje dan migrantenleerlingen (Smeets et al. 2007; Vermaas et al. 2009).

3.2.5 Aandeel migrantenleerlingen in speciale onderwijsvoorzieningen

De etnische verschillen in het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen zijn samenvattend weergegeven in tabel 3.6. Hierin is aangegeven in welke voorzieningen het

aandeel migrantenleerlingen relatief hoog dan wel laag is. In de paragrafen 3.3-3.5 wordt ingegaan op mogelijke verklaringen voor het relatief hoge en lage aandeel migrantenleerlingen in speciale onderwijsvoorzieningen. Het gaat hierbij deels om verklarende factoren die direct van invloed zijn op het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Ook komen er factoren aan bod die indirect de kans verhogen op plaatsing in een speciale onderwijsvoorziening, daar deze kunnen bijdragen aan het vóórkomen van problemen en beperkingen bij kinderen en jongeren (zie figuur 3.1).

Tabel 3.6

Aandeel migrantenleerlingen in speciale onderwijsvoorzieningen

relatief hoog aandeel	relatief laag aandeel
speciaal basisonderwijs	speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs
speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs	cluster 4 (gedragsproblematiek en psychiatrische stoornissen)
cluster 1 (visuele beperkingen)	rugzakje
cluster 2 (auditieve en communicatieve beperkingen)	
cluster 3 (lichamelijke en verstandelijke beperkingen)	
leerwegondersteunend onderwijs	
praktijkonderwijs	

3.3 Problemen en beperkingen die het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen noodzakelijk kunnen maken

In hoeverre hangen de etnische verschillen in het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen samen met verschillen in problemen en beperkingen waarvan bekend is dat zij een hogere kans geven op deelname aan speciale onderwijsvoorzieningen? Belangrijke determinanten voor het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen zijn: een benedengemiddelde intelligentie, leerachterstanden, sociaal-emotionele problemen, beperkingen en gedragsproblemen (zie § 3.2). In deze paragraaf bespreken we wat er bekend is over verschillen tussen jeugdigen van diverse herkomst in het vóórkomen van de genoemde soorten problematiek.

3.3.1 Intelligentieniveau

Vergeleken met autochtoon Nederlandse kinderen en jongeren scoren niet-westerse migrantenjeugdigen gemiddeld vaak lager op intelligentietesten. Uit een landelijk onderzoek onder bijna 11.000 leerlingen naar de Nederlandse Intelligentietest voor Onderwijsniveau (N10) bleek bijvoorbeeld dat niet-westerse migranten gemiddeld ruim elf punten lager scoorden op deze intelligentietest dan de autochtoon Nederlandse jeugd (Van Dijk en Tellegen 2004). Onderzoek toont aan dat het intelligentieniveau,

zoals gemeten wordt met intelligentietesten, deels erfelijk bepaald is (Resing en Drenth 2007). Wel moet in acht worden genomen dat er bij testen die intelligentie behoren te meten, sprake kan zijn van een culturele bias (zie ook § 3.5.3), waardoor de scores mogelijk een onderschatting zijn van de intelligentie van (volwassenen en) jeugdigen uit culturele minderheidsgroeperingen. De zojuist genoemde NIO is bijvoorbeeld een test die afhankelijk is van kennis van de Nederlandse taal, waardoor kinderen en jongeren voor wie dit niet de moedertaal is mogelijk in het nadeel zijn (Van Dijk en Tellegen 2004; Rietveld 2009). Desalniettemin zou de gemiddeld lagere IQ-score van niet-westerse migrantenjeugdigen kunnen bijdragen aan het feit dat zij (wellicht deels ten onrechte) relatief vaker dan autochtoon Nederlandse scholieren gebruikmaken van het sbo, lwoo en pro.

3.3.2 Leerachterstanden

Ook een leerachterstand verhoogt de kans op plaatsing in het sbo, lwoo danwel pro (zie § 3.2) en deze problematiek komt vaker voor bij migrantenjeugdigen. Het *Jaarrapport Integratie 2009* van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) meldt bijvoorbeeld dat veel niet-westerse migrantenkinderen hun schoolloopbaan beginnen met een grote achterstand. De zogeheten aanvangsachterstand in taal blijkt aanzienlijk te zijn onder migrantenleerlingen van niet-westerse afkomst en ook op het onderdeel rekenen verschillen migrantenkleuters in negatieve zin duidelijk van hun autochtoon Nederlandse leeftijdsgenootjes (Gijsberts en Herweijer 2009). De achterstanden waarmee veel migrantenleerlingen beginnen, blijven vaak tijdens de gehele basisschoolperiode zichtbaar: een relatief groot aantal migrantenkinderen wordt op de basisschool gerekend tot de 10% laagst presterende leerlingen op het gebied van taal en rekenen (Smeets et al. 2007). De lage prestaties van basisschoolleerlingen met een niet-westerse afkomst vergroten hun kans op verwijzing naar het sbo (Smeets et al. 2009).

Ondanks dat hun onderwijsprestaties door de tijd genomen verbeterd zijn, hebben niet-westerse migrantenleerlingen ook aan het einde van de basisschool nog steeds een grote achterstand ten opzichte van (vergelijkbare) autochtoon Nederlandse leerlingen. Dit geldt met name op het gebied van taal, maar ook, zij het in mindere mate, op het gebied van rekenen. De achterstand die migrantenleerlingen in groep 8 hebben, uit zich onder meer in de gemiddeld lagere scores op de Cito Eindtoets Basisonderwijs (Gijsberts en Herweijer 2009). Uit een rapport van de Inspectie van het Onderwijs (2007) is gebleken dat het prestatieniveau van autochtoon Nederlandse en migrantenleerlingen de belangrijkste factor is bij het bepalen van het advies voor het voortgezet onderwijs. Bij de overgang naar het voortgezet onderwijs leiden de leerachterstanden onder migrantenkinderen dan ook tot een relatief grote groep migrantenleerlingen die een advies krijgt voor de onderwijstypen lwoo en pro (Smeets et al. 2009).

Niet alleen zijn er verschillen in schoolprestaties tussen niet-westerse migranten en autochtone Nederlanders, ook tussen migrantengroeperingen onderling bestaan er verschillen. Zo presteren kinderen van Turkse en Antilliaanse herkomst bij aanvang van het basisonderwijs enigszins lager op het gebied van taal en rekenen dan Marokkaans-Nederlandse en vooral Surinaams-Nederlandse kinderen. Aan het einde van

de basisschool scoren kinderen met een Turkse achtergrond wederom het laagst op het gebied van taal en laten Antilliaans-Nederlandse leerlingen de laagste scores zien op het gebied van rekenen. Kijken we naar de scores van niet-westerse migrantenleerlingen op de Cito Eindtoets Basisonderwijs, dan blijkt dat Surinaams-Nederlandse leerlingen het beste presteren. Leerlingen van Antilliaanse afkomst behalen daarentegen de laagste Cito-scores en zitten ook het vaakst in het pro (Gijsberts en Herweijer 2009).

3.3.3 Sociaal-emotionele problemen

Een andere belangrijke factor die de kans op een verwijzing naar een speciale onderwijsvoorziening verhoogt, is sociaal-emotionele problematiek, ook wel 'internaliserend probleemgedrag' genoemd. Deze problematiek heeft onder meer betrekking op faalangst, een negatief zelfbeeld, geringe prestatiemotivatie en emotionele instabiliteit (Raad van State 2003; WSNS Vught e.o. 2010). Vollebergh gaf in 2002 tijdens haar oratie aan dat internaliserend probleemgedrag vaker voorkomt bij migrantenjongeren. Ander onderzoek bevestigt dit beeld. Gebaseerd op ouderrapportages constateerden Crone et al. (2005) namelijk dat sociaal-emotionele problemen zich vaker voordoen bij kinderen met een Turkse, Marokkaanse of andere niet-westerse achtergrond dan bij autochtoon Nederlandse kinderen. Ook Pels (interview)⁵ geeft aan dat migrantenjeugdigen vaker last hebben van sociaal-emotionele problemen. Kijken we daarentegen naar de uitkomsten van het HBSO-onderzoek (Health Behaviour in School-aged Children) onder jongeren van 10 tot en met 16 jaar, dan valt op dat niet-westerse migrantenjongeren ongeveer even vaak als autochtoon Nederlandse jongeren aangeven last te hebben van internaliserende problematiek (Van Dorsselaer et al. 2007). Echter, psychosomatische klachten (bv. slaapproblemen, hoofdpijn en buikpijn) – vaak een indicatie voor psychische problemen zoals sociaal-emotionele problematiek – worden wel vaker gerapporteerd door de bevraagde niet-westerse jeugd (Bucx 2009; zie ook hoofdstuk 4). Aangezien de beschikbare bronnen niet een geheel eenduidig beeld opleveren, is het lastig een stellige conclusie te trekken over de mate waarin etnische verschillen in het gebruik van het sbo en lwoo zijn terug te leiden tot etnische verschillen in sociaal-emotionele problematiek. De meeste bronnen wijzen echter wel in die richting.

3.3.4 Beperkingen en gedragsproblemen

Zoals al bleek uit paragraaf 3.2 geven diverse beperkingen en gedragsproblemen aanleiding tot het gebruik van het (voortgezet) speciaal onderwijs. Zo is deelname aan cluster 1, 2 of 3 van het (v)so gepast wanneer kinderen vanwege visuele, auditieve, communicatieve, verstandelijke of lichamelijke beperkingen extra ondersteuning nodig hebben dan het reguliere onderwijs kan bieden (Eurydice 2010). Dergelijke beperkingen doen zich mogelijk naar verhouding wat vaker voor bij leerlingen uit culturele minderheidsgroeperingen dan bij autochtoon Nederlandse leerlingen, waardoor zij vaker van deze clusters gebruikmaken. Het risico op een aangeboren aandoening is voor kinderen met een niet-westerse achtergrond namelijk 11% hoger dan voor autochtoon Nederlandse kinderen. Vooral kinderen van ouders met een Turkse of Marokkaanse

achtergrond lopen een verhoogd risico (Anthony et al. 2003; Waelput en Achterberg 2007).

Het hoge aandeel cumi-leerlingen in het cluster 2-onderwijs kan niet alleen in verband gebracht worden met een vermoedelijk grotere prevalentie van beperkingen, maar ook met het vaker voorkomen van communicatiestoornissen. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat spraakontwikkelingsstoornissen vaker voorkomen bij migrantenkinderen dan bij autochtoon Nederlandse kinderen (GGD Fryslân 2009). Het zou echter ook kunnen voorkomen dat een deel van de migrantenleerlingen ten onrechte in cluster 2 belandt vanwege een ernstige taalachterstand. Dit komt immers relatief vaak voor bij deze leerlingen (zie § 3.3.2) en is wat betreft de indicatiestelling voor cluster 2-onderwijs moeilijk te onderscheiden van taal- of spraakmoeilijkheden (een stoornis) (Smeets et al. 2009). Niet alleen hebben niet-westerse migrantenjeugdigen meer kans op beperkingen, tevens vertonen zij vaker gedragsproblematiek, een belangrijke determinant voor een verwijzing naar het cluster 4-onderwijs. Het NBSO-onderzoek van 2005 (Van Dorsselaer et al. 2007) laat bijvoorbeeld zien dat 21% van de bevroegde niet-westerse migrantenjongeren gedragsproblemen rapporteerde, tegenover 14% van de jongeren met een autochtoon Nederlandse achtergrond. Ook jeugdcriminaliteitscijfers wijzen op meer gedragsproblemen onder migrantenjongeren (Ince en van der Pijl 2009; Noije en Wittebrood 2009). Hoewel jeugdigen van niet-westerse afkomst vaker gedragsproblemen vertonen dan de autochtoon Nederlandse jeugd, zitten zij naar verhouding weinig in cluster 4 van het (v)so. Van de migrantenjongeren lijken vooral Turkse en Marokkaanse Nederlanders weinig gebruik te maken van cluster 4-onderwijs: zij rapporteren relatief veel gedragsproblemen – respectievelijk 25% en 21% (De Jong et al. 2010b) – terwijl hun aandeel in het cluster 4-onderwijs beduidend lager is dan gemiddeld (zie tabel 3.3).

3.4 Mogelijke verklaringen voor problemen en beperkingen: kind, gezin en school

De vorige paragraaf wijst op verschillen tussen kinderen en jongeren van diverse herkomst wat betreft het vóórkomen van problemen en beperkingen. Jeugdigen van niet-westerse herkomst kampen bijvoorbeeld vaker met leerachterstanden, sociaal-emotionele problemen en gedragsproblemen, en de kans op een beperking is bij hen groter. Welke factoren spelen hierbij een verklarende rol? Voor het beantwoorden van deze vraag moeten we ons niet alleen concentreren op factoren die gelegen zijn in het kind zelf, ook omgevingsfactoren zouden in acht genomen moeten worden. De omgeving waarin kinderen opgroeien heeft namelijk invloed op hun ontwikkeling en gedrag. Twee contexten die een zeer belangrijke rol spelen in het leven van kinderen en jongeren zijn het gezin en de school (Bronfenbrenner 1977; Bucx 2009; Eldering 2006). In deze paragraaf zal dan ook achtereenvolgens aandacht worden besteed aan kindgerelateerde, gezinsgerelateerde en onderwijsgerelateerde factoren. Gekeken wordt naar het verband tussen deze factoren en problemen en beperkingen die de kans op het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen vergroten. Het gaat hierbij dus om factoren die verklaringen kunnen vormen voor etnische verschillen in het vóórkomen van problemen en beperkingen (zie figuur 3.1).

3.4.1 Kindgerelateerde factoren

Geboortegewicht en vroeggeboorte

Vroeggeboorte en een laag geboortegewicht komen – mogelijk onder meer vanwege een betere prenatale zorg – minder vaak voor bij autochtone Nederlanders dan bij migranten (CBS 2009b; SMO 2006). Vroeggeboorte, en het daarmee gepaarde lage geboortegewicht, kunnen een nadelig effect hebben op de ontwikkeling van een kind. Zo hangt het onder meer samen met sociaal-emotionele problemen en verstandelijke, lichamelijke, visuele en auditieve beperkingen (Van Baar et al. 2000). In lijn hiermee hebben kinderen met een laag geboortegewicht en te vroeg geboren kinderen een verhoogde kans om doorverwezen te worden naar onderzoek dat gericht is op het constateren van beperkingen en achterstanden (Delgado en Scott 2006), een voortraject van een verwijzing naar een vorm van speciale onderwijszorg (Smeets 2007). Verder laat longitudinaal onderzoek van D'Angio et al. (2002) zien dat bijna een derde van de te vroeg geboren kinderen (in de leeftijd van 4-10 jaar en 12-15 jaar) die zij onderzochten, gebruik bleek te maken van een speciale onderwijsvoorziening. Bovendien kreeg een aanzienlijk deel van de te vroeg geboren kinderen extra ondersteuning in het reguliere onderwijs.

Temperament

Uit onderzoek van De Boo en Kolk (2007) onder kinderen (9-13 jaar) met een autochtoon Nederlandse, Turkse, Marokkaanse of gemengde etnische achtergrond, is gebleken dat het temperament van kinderen samenhangt met psychosociale problematiek. Vooral kinderen die hoger scoorden op 'negatieve affectiviteit' (bv. treurigheid en geërgerdheid), een van de dimensies van temperament, rapporteerden meer agressief gedrag en depressieve gevoelens. Hetzelfde gold voor kinderen die een lagere score behaalden op de dimensie zelfcontrole (bv. het focussen van aandacht). De onderzoekers constateerden dat Turks- en Marokkaans-Nederlandse kinderen significant hoger scoorden op de dimensie negatieve affectiviteit dan autochtoon Nederlandse kinderen. Autochtoon Nederlandse kinderen scoorden daarentegen lager op de dimensie zelfcontrole dan leeftijdsgenoten met een Marokkaanse achtergrond.

3.4.2 Gezinsgerelateerde factoren

Opleidingsniveau van ouders

Hoewel het opleidingsniveau van niet-westerse migranten de afgelopen twee decennia is gestegen, zijn niet-westerse migrantenouders gemiddeld nog steeds beduidend lager opgeleid dan autochtoon Nederlandse ouders. Relatief veel niet-westerse migranten hebben geen of alleen lager onderwijs gevolgd, iets wat onder autochtone Nederlanders zelden voorkomt. Van de niet-westerse migranten zijn degenen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond gemiddeld het laagst opgeleid (Gijsberts en Herweijer 2009). Een laag opleidingsniveau van ouders hangt samen met problemen bij kinderen die aanleiding geven tot deelname aan een vorm van speciale onderwijszorg. Zo is bij kinderen van laagopgeleide ouders vaak al bij aanvang van het basisonderwijs sprake van een cognitieve achterstand (Vedder en Klopogge 2001). Ook wijst onderzoek op een positief

verband tussen de taal- en rekenprestaties van kinderen en het opleidingsniveau van hun ouders (Smeets et al. 2007; Vermaas et al. 2009). Bovendien blijkt dat een laag opleidingsniveau van de moeder samenhangt met een verhoogde kans op leerproblemen, geestelijke beperkingen en emotionele problemen bij haar kinderen (Mason et al. 1999; Smeets et al. 2009).

Verschillende factoren dragen bij aan een grotere kans op ongunstige kinduitkomsten bij lager opgeleide ouders. Een laag opleidingsniveau hangt bijvoorbeeld samen met armoede (Gesthuizen 2005) en de daarmee gepaard gaande risico's voor de ontwikkeling van een kind. Tevens is het opleidingsniveau van ouders veelal gerelateerd aan de opvoeding die zij hanteren. Bij laagopgeleide ouders komen volgens Rijken en Harms (2002) vaker opvoedingsstijlen voor die het risico op een problematische schoolloopbaan vergroten. Daarnaast zijn hoger opgeleide ouders beter in staat om een stimulerende omgeving te creëren voor hun kinderen. Kinderen uit deze gezinnen worden als gevolg hiervan beter voorbereid op het basisonderwijs dan kinderen van lager opgeleide ouders (Mutsaers 2008a). Vooral lager opgeleide migrantenouders zouden zich minder vaak bezighouden met het actief stimuleren van de cognitieve ontwikkeling van hun kinderen (Pels 1998). Ook zouden laagopgeleide migrantenouders niet of minder goed in staat zijn hun kinderen tijdens hun schoolloopbaan te ondersteunen en te helpen bij hun huiswerk (Herweijer 2008; Pels et al. 2009; Riemersma en Maslowski 2007).

Alleenstaand ouderschap

Alleenstaand ouderschap blijkt een belangrijke determinant te zijn voor het ontstaan van gedragsproblemen (Eldering 2006; Rijken en Harms 2002). Kinderen van alleenstaande ouders laten tevens meer emotionele problemen zien (O'Conner et al. 2001) en presteren slechter op school (Dykstra 2000; Herweijer 2009). Dat alleenstaand ouderschap een ongunstige uitwerking kan hebben op de ontwikkeling van kinderen, heeft met verschillende factoren te maken. Zo heeft een alleenstaande ouder geen partner met wie de zorg voor kinderen en werk kan worden gedeeld, wat een grotere taakbelasting met zich meebrengt en kan resulteren in opvoedproblemen (Bucx 2009). Verder bestaat er een negatieve associatie tussen alleenstaand ouderschap en de geestelijke gezondheid van ouders. Zo kwam uit het promotieonderzoek van Meertens (2004) naar voren dat depressieve klachten vaker voorkomen bij ouders die deel uitmaken van een eenoudergezin. Ouderlijke depressie vormt op zijn beurt een risico voor negatieve kinduitkomsten. Een van de belangrijkste verklaringen hiervoor is dat depressieve ouders eerder tekort zouden schieten qua opvoedingspraktijken: ze kunnen minder geneigd zijn om responsief gedrag te vertonen en het gedrag van hun kinderen in de gaten te houden (Dunn et al. 1998). Ook vertoont alleenstaand ouderschap een duidelijke samenhang met financiële problemen (Josten et al. 2009), wat gerelateerd kan zijn aan een ongunstigere ontwikkeling van kinderen.

Het aandeel eenoudergezinnen is bij niet-westerse migranten aanzienlijk hoger dan bij de autochtoon Nederlandse bevolking (Agtmaal-Wobma en Nicolaas 2009). Vooral onder Antilliaans- en Surinaams-Nederlandse gezinnen is het aandeel eenouderhuishoudens hoog (Bucx 2009). Echter, bij deze Caribische herkomstgroepen, waar alleenstaand ouderschap van oudsher gangbaar is, lijkt dit niet vanzelfsprekend problematisch te

zijn. Door onder andere de steun die bijvoorbeeld Creools-Surinaamse alleenstaande moeders van hun familie ontvangen bij het opvoeden van hun kinderen en de geringe mate waarin alleenstaand ouderschap gestigmatiseerd wordt in eigen kring, staat de opvoeding minder onder druk. Er zijn aanwijzingen dat hun kinderen dan ook minder negatieve effecten van het opgroeien in een eenoudergezin ondervinden dan gemiddeld. Dit wil overigens niet zeggen dat er helemaal geen opvoed- of opgroeioproblemen zijn in eenoudergezinnen in deze etnische groepen. Een deel van de moeders valt het alleenstaand ouderschap wel degelijk zwaar (Distelbrink 2000; Pels et al. 2009).

Bloedverwante huwelijken

Zoals eerder al ter sprake kwam (zie § 3.3.4), hebben kinderen met een niet-westerse achtergrond een grotere kans op een aangeboren aandoening dan autochtoon Nederlandse kinderen. Dit kan ten dele in verband worden gebracht met het relatief hoge aandeel niet-westerse migrantenkinderen dat voortkomt uit huwelijken tussen bloedverwanten (consanguïteit); een verschijnsel dat zich met name in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap relatief vaak voordoet. Uit Rotterdams onderzoek onder bijna 7700 moeders is bijvoorbeeld gebleken dat bijna een kwart van de Turks- en Marokkaans-Nederlandse vrouwen getrouwd is met een familielid (neef, achterneef of andere bloedverwant), tegenover slechts 0,1% van de autochtoon Nederlandse moeders. Bij kinderen van de bloedverwante niet-westerse migrantenouders is sprake van een groter risico op (genetisch) aangeboren aandoeningen, zoals gehoorproblemen en visuele of verstandelijke beperkingen (Waelput en Achterberg 2007). Consanguïteit verhoogt de kans op het krijgen van een kind met een handicap of stoornis met (ten minste) een factor twee (Eldering 2002; Tadmouri 2004).

Tienermoederschap

Tienerzwangerschappen komen in Nederland betrekkelijk weinig voor (zie ook hoofdstuk 5). Het percentage tienermoeders is echter veel hoger onder meisjes met een niet-westerse achtergrond dan onder autochtoon Nederlandse meisjes. Tienergeboorten komen het vaakst voor bij meisjes van Antilliaanse en Surinaamse herkomst (Bucx 2009). Kinderen van tienermoeders lopen een verhoogd risico om emotionele en gedragsproblematiek te ontwikkelen (Schrijvers en Schoemaker 2008). Hoewel jong ouderschap niet altijd ongunstige gevolgen hoeft te hebben voor de kindontwikkeling, hangt het wel vaak samen met factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan van problemen bij kinderen (NJI 2010c). Zo hebben kinderen van tienermoeders een hogere kans om te vroeg geboren te worden en op te groeien in eenoudergezinnen (Herweijer 2008; Van Lee et al. 2009). Verder kunnen tienermoeders het ouderschap vaak moeilijk combineren met hun opleiding, waardoor zij hun opleiding dikwijls niet afmaken en terugvallen op een uitkering. Hierdoor hangt jong ouderschap vermoedelijk niet alleen samen met een lager opleidingsniveau van de moeder, maar ook met een ongunstige financiële situatie (Van Lee et al. 2009; NJI 2010c). Daarnaast is het risico op tekortkomingen in ouderschapscompetenties groter onder tienermoeders (NJI 2010c). Bovendien kunnen tienermoeders volgens Van Lee et al. (2009) sneller ten prooi vallen aan psychosociale problematiek als eenzaamheid en depressie, wat eveneens nadelige gevolgen kan heb-

ben voor de opvoeding (Dunn et al. 1998).

Armoede

Armoede hangt eveneens samen met een verhoogde kans op problematiek die een vorm van speciale onderwijszorg vereist, zoals psychische problemen en lagere schoolprestaties (Artiles en Bal 2008; Bryant en Maxwell 1997; Landrum 2000; Snel et al. 2001). Deze negatieve impact lijkt grotendeels toegeschreven te kunnen worden aan andere factoren die vaak met armoede gepaard gaan en een negatieve invloed kunnen uitoefenen op de gezondheid en ontwikkeling van kinderen (Rouse en Fantuzzo 2009), zoals een laag geboortegewicht en vroeggeboorte (Artiles et al. 2002; Donovan en Cross 2002), alleenstaand ouderschap, tienermoederschap en een lager opleidingsniveau van ouders (Gesthuizen 2005; Josten et al. 2009). Ook kan armoede in verband worden gebracht met bepaalde tekortkomingen in de opvoeding, waarbij ouders zich minder sensitief en ondersteunend opstellen tegenover hun kinderen (Bryant en Maxwell 1997; Eldering 2006). Dit kan onder meer het gevolg zijn van de stress die ouders kunnen ervaren vanwege hun ongunstige financiële situatie. Stress kan ook een negatieve impact hebben op het psychisch welzijn van ouders (Van Geenen 2007). Zo is uit onderzoek een verband naar voren gekomen tussen ongunstige economische omstandigheden en depressieve klachten bij ouders (Meertens 2004). Depressieve ouders zijn ook geneigd minder gunstige opvoedingsgedragingen te vertonen (Dunn et al. 1998), die op hun beurt weer een nadelige weerslag kunnen hebben op bijvoorbeeld het sociaal-emotioneel functioneren van kinderen (Eldering 2006). Bovendien kan de stress die gepaard gaat met armoede volgens Mutsaers (2008b) kindermishandeling (met name verwaarlozing) bevorderen. Onderzoek toont aan dat kindermishandeling weer gerelateerd is aan ongunstige school-, emotionele en gedragsuitkomsten bij kinderen (Rouse en Fantuzzo 2009; Wolzak en Ten Berge 2008). Tot slot lijken kinderen die in een minder goede financiële situatie opgroeien minder goed voorbereid te worden op school (Skiba et al. 2005). Bucx (2009) wijst op etnische verschillen in het aandeel jeugdigen (0-18 jaar) dat opgroeit in een arm gezin. 'Arm' wordt hierbij gedefinieerd als het hebben van een inkomen dat even hoog is als of minder hoog is dan de minimumgrenzen die in de bijstand en de AOW gehanteerd worden. Kinderen en jongeren met een niet-westerse achtergrond lopen een verhoogd risico om blootgesteld te worden aan armoede en de daarmee gepaarde ongunstige factoren. Vooral het aandeel Marokkaans-Nederlandse en overig niet-westerse migrantenjeugdigen dat opgroeit in armoede is groot: circa 20%. Van de kinderen en jongeren met een Turkse of Antilliaanse achtergrond is respectievelijk ongeveer 16% en bijna 13% afkomstig uit een arm gezin. Het percentage Surinaams-Nederlandse jeugdigen dat met armoede in het gezin te maken heeft, komt met 10% het dichtst in de buurt van de autochtoon Nederlandse jeugd, waarvan 5% opgroeit in een arm gezin (Bucx 2009). De zojuist gepresenteerde armoedegegevens hebben betrekking op het jaar 2007. Verwacht wordt dat deze percentages in de afgelopen jaren gestegen zijn vanwege de economische recessie. Dit lijkt sterker te gelden voor niet-westerse migranten (Bucx 2009; Dagevos 2009).

Gezinsklimaat

Het relatief hoge percentage kinderen uit etnische minderheden in speciale onderwijsvoorzieningen kan mogelijk ook deels verklaard worden vanuit het 'gezinsklimaat' (d.w.z. opvoedingswaarden, opvoedingsgedrag, aansluiting tussen school en gezin, en de thuis gebezigde taal). Zoals in de volgende alinea's duidelijk zal worden, komt er namelijk op dit gebied bij migranten doorgaans een minder gunstig beeld naar voren dan bij autochtone Nederlanders. Echter moet hierbij uitdrukkelijk in acht worden genomen dat er onder de migrantenbevolking (net als onder de autochtoon Nederlandse bevolking) een grote diversiteit bestaat en dat dit beeld dus zeker niet voor de hele populatie opgaat. Het gezinsklimaat is bijvoorbeeld gerelateerd aan het opleidingsniveau van (migranten)ouders (Van Leeuwen 2010; Pels et al. 2009).

Opvoedingswaarden

Etnische verschillen in opvoedingswaarden blijken zich te concentreren op de waarden autonomie en conformiteit. Autonomie, waarbij zelfstandigheid en zelfbepaling centraal staan, wordt veelal belangrijk geacht door ouders in westerse landen als Nederland. Conformiteit, waarbij de nadruk ligt op aanpassing aan door de omgeving gestelde eisen, wordt daarentegen doorgaans meer onderschreven door ouders afkomstig uit niet-westerse samenlevingen. Ook na migratie naar Nederland blijft conformiteit een relatief belangrijke opvoedingswaarde voor ouders met een niet-westerse achtergrond (Pels 2004; Pels et al. 2009). Autonomie als opvoedingswaarde is wel in opkomst onder de jongere generatie en hoger opgeleide migranten, maar toch blijven ook hoog opgeleide Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders conformiteit meer benadrukken dan Surinaams-, Antilliaans- en autochtoon Nederlandse ouders (Pels et al. 2009). De opvoeding in migrantengezinnen waarin veel belang gehecht wordt aan conformisme, creëert volgens Elbers (2002) eigenschappen bij kinderen die haaks staan op hetgeen in het Nederlandse onderwijs waardevol wordt gevonden, zoals ontdekkend leren en zelfstandig werken. Dat er in niet-westerse migrantengezinnen gewoonlijk meer nadruk ligt op conformisme en er minder ruimte is voor autonomie en exploratie zien we ook terug in de interacties tussen ouders en hun kinderen. Zo blijkt uit onderzoek naar het voorleesgedrag van Turks-, Surinaams- en autochtoon Nederlandse ouders dat er in de migrantengezinnen sprake is van een minder responsief instructieklimaat: zij houden strikter vast aan de tekst, richten hun instructies vooral op het nazeggen dan wel aanvullen van tekstdelen, leggen minder uit rond het verhaal en brengen de tekst minder in verband met de leefwereld van hun kinderen (Bus et al. 2000; Pels et al. 2009). Responsiviteit van de ouders wordt echter wel gezien als determinant voor een gunstige kindontwikkeling (Juffer 1994).

Opvoedingsgedrag

Opvoedingsgedrag wordt veelal uitgesplitst naar drie dimensies: controle, steun en toezicht houden. Migrantenouders verschillen gemiddeld genomen van autochtoon Nederlandse ouders in de manier waarop zij het gedrag van hun kinderen reguleren, ook wel *controle* genoemd. Bij 'autoritaire controle' gaat het om het gebruik van machtsmiddelen als dreigen, waarschuwen of straffen. 'Autoritatieve controle' heeft daarentegen

betrekking op methoden als redeneren, uitleg geven en het maken van afspraken. In lijn met het grotere belang dat zij hechten aan conformiteit, is er bij migrantenouders gemiddeld sprake van een meer autoritaire controle van hun kinderen. Hierbij moet opgemerkt worden dat ook autoritatieve vormen van controle in toenemende mate optreden naast het gebruik van autoritaire vormen, wat onder meer te maken kan hebben met een verschil in generatie en opleidingsniveau (Van Leeuwen 2010; Pels et al. 2009). Hoewel een autoritaire opvoedstijl veelal als problematisch wordt beschouwd voor de ontwikkeling van kinderen, hoeft dit bij migrantengezinnen niet per se het geval te zijn. Dit komt doordat autoritaire controle in deze gezinnen vaak gepaard gaat met door ouders geboden *steun*, waarbij zij hun kind veiligheid en warmte bieden, en hen responsief en begripvol bejegenen en begeleiden. Autoritaire controle vormt pas een risico voor (migranten)kinderen wanneer deze ouderlijke steun ontbreekt (Pels et al. 2009). Een andere belangrijke opvoedingspraktijk is het houden van *toezicht* over hetgeen kinderen doen, waar ze dit doen en met wie. Uit onderzoek blijkt dat migrantenouders met een niet-westerse achtergrond gemiddeld minder toezicht uitoefenen op hun kinderen dan autochtoon Nederlandse ouders (Oosterwegel et al. 2003; Pels et al. 2009). Een gebrek aan ouderlijk toezicht kan geassocieerd worden met negatieve ontwikkelingsuitkomsten bij kinderen, zoals gedragsstoornissen, criminaliteit, emotionele problemen en lagere schoolprestaties (DiClemente et al. 2001; Kim en Ge 2000; Pettit et al. 2001).

Aansluiting school en gezin

Idealiter beschikken kinderen bij aanvang van het basisonderwijs over basale kennis en vaardigheden die nodig zijn om goed mee te komen op school. Van huis uit zijn echter niet alle kinderen adequaat toegerust. De door de school vereiste kennis en vaardigheden zijn bij migrantenkinderen volgens Van der Ploeg (2003a) vaak beneden peil. Het gaat hier bijvoorbeeld om de woordenschat van kinderen, hun kennis van de wereld, de samenleving en de betekenis van woorden, en om cognitieve vaardigheden die nodig zijn om zich leerstof eigen te maken en deze te verwerken (bv. werken met abstracte begrippen, hoofd- en bijzaken onderscheiden, en overeenkomsten en verschillen herkennen) (Tesser et al. 1999). Gesteld wordt dan ook dat er sprake is van een discrepantie tussen de vaardigheden die veel migrantenkinderen thuis hebben aangeleerd en de competenties die op school worden verondersteld en gevraagd. Vanwege deze zogenoemde mismatch is een deel van de niet-westerse migrantenkinderen niet goed voorbereid op de eisen die de school stelt (Elbers 2002). De achterstanden waarmee veel migrantenkinderen hun schoolloopbaan beginnen, halen ze vaak niet meer in en dit verhoogt de kans op plaatsing in een vorm van speciale onderwijszorg (zie § 3.3.2).

Verder zijn ouders uit niet-westerse samenlevingen meestal van mening dat het ontwikkelen van de schoolse intelligentie bij kinderen een taak van de school is. Zij voelen zich dan ook vaak minder verantwoordelijk voor het actief stimuleren van de cognitieve ontwikkeling van hun kinderen (Eldering 2006; Herweijer 2009). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat dit onder meer afhankelijk is van het opleidingsniveau van de ouders: hoger opgeleide niet-westerse migrantenouders weten vaak beter wat er van hen verwacht wordt qua betrokkenheid bij school en zien het cognitief stimuleren van hun kinderen eerder als de verantwoordelijkheid van zowel de school als de ouders. Zij vertonen

dan ook meer onderwijsondersteunend en ontwikkelingsstimulerend gedrag (Pels 1998; Pels et al. 2009). Zoals gezegd zijn migrantenouders echter nog veelal laagopgeleid, met name in bepaalde groepen.

In migrantengezinnen lijkt het voor kinderen dus doorgaans minder goed mogelijk te zijn om zich de elementaire kennis en vaardigheden eigen te maken die van hen worden verwacht in het Nederlandse onderwijs. Een positieve ontwikkeling die hier aandacht verdient, is dat niet-westerse migrantenouders (vooral van Turkse en Marokkaanse herkomst) hun jonge kinderen wel relatief vaak laten deelnemen aan programma's voor voor- en vroegschoolse educatie (vve), die gericht zijn op ontwikkelingsstimulering. Gehoopt wordt dat dit kan bijdragen aan het terugdringen van de aanvangsachterstanden van niet-westerse migrantenkinderen in het primair onderwijs (Gijsberts en Herweijer 2009).

Taal

Wanneer er in gezinnen geen of nauwelijks Nederlands wordt gesproken, kan dit een ongunstige uitwerking hebben op de schoolprestaties van kinderen (Van der Ploeg 2003b). Uit onderzoek van Tesser en Iedema (2001) is gebleken dat een deel van de leerachterstand van leerlingen van Turkse en Marokkaanse afkomst verklaard kan worden door de thuis gebezigde taal en de slechte beheersing van de Nederlandse taal door de ouders. Hetzelfde geldt voor Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse kinderen, zij het in mindere mate. Hoewel het gebruik van de eigen herkomsttaal in de gezinscontext de afgelopen jaren is afgenomen onder gezinnen van Turke en Marokkaanse herkomst, bedienen de ouders zich onderling toch nog grotendeels van de 'eigen taal'. Bovendien spreekt ruim een vijfde van de Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders nooit Nederlands met hun kinderen (Dagevos en Gijsberts 2009). Indien ouders de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, is het overigens wel gunstiger voor de ontwikkeling van hun kinderen als zij in hun moedertaal communiceren in plaats van in het (gebrekkig) Nederlands (MEE Zuid-Holland Noord 2009; Stellingwerf en Visser 2008).

3.4.3 Onderwijsgerelateerde factoren

Onderwijsstelsel

In studies wordt erop gewezen dat de wijze waarop een onderwijssysteem is ingericht, van invloed kan zijn op de schoolprestaties van leerlingen. In een aantal landen, waaronder Nederland, is er in het secundair onderwijs gekozen voor een zogeheten gestratificeerde opzet, ook wel *early tracking* systeem genoemd (Driessen 2007; Herweijer 2008). Hierbij worden leerlingen al bij het begin van het voortgezet onderwijs verdeeld over verschillende onderwijsniveaus, waardoor er sprake is van homogene schooltypen en klassen. Decennia lang is er in Nederland echter al een discussie gaande of er gewacht moet worden met het selecteren van de leerlingen totdat zij ouder zijn (Driessen 2007; Herweijer 2009).

Een belangrijk argument vóór het uitstellen van het selectiemoment is dat het vroeg selecteren van leerlingen zou kunnen leiden tot een schoolkeuze die niet aansluit bij de capaciteiten van de desbetreffende kinderen (Herweijer 2009). Door nog een

aantal jaar te wachten met het selecteren van leerlingen zou een betere inschatting gemaakt kunnen worden van het niveau en de talenten van kinderen (Onderwijsraad 2010). Vooral de groep leerlingen uit lagere sociaaleconomische milieus, waartoe veel migrantenjongeren behoren, zouden benadeeld worden door een early tracking systeem (Herweijer 2008, 2009). Zij hebben bijvoorbeeld een grotere kans om lager ingeschat te worden (Onderwijsraad 2010) en een gestratificeerd systeem kan bovendien negatieve gevolgen hebben voor hun prestaties in het voortgezet onderwijs (Driessen 2007; Hanushek en Wößmann 2006).

Niet iedereen is voorstander van het uitstellen van het selectiemoment. Zo komt de Onderwijsraad (2010) in een adviesrapport tot de conclusie dat er onvoldoende aanwijzingen zijn dat het uitstellen van het selectiemoment tot een verbetering leidt van de schoolprestaties van alle leerlingen. Bepaalde groepen leerlingen zouden zelfs eerder nadeel ondervinden van een verschuiving van het keuzemoment. Bovendien presteert Nederland met het huidige onderwijssysteem in vergelijking met andere landen redelijk. Echter, ook de Onderwijsraad (2010) erkent dat het Nederlandse onderwijsstelsel leerlingen uit gezinnen met een lage sociaaleconomische status (waaronder veel migranten) geringere kansen biedt. Dit probleem zou volgens de raad echter niet aangepakt moeten worden door het selectiemoment voor alle leerlingen uit te stellen.

Werkvormen

Behalve door het onderwijssysteem kunnen migranten ook benadeeld worden door de werkvormen die veelal op scholen worden gehanteerd (Vermaas et al. 2009). Zo stelt Dronkers (2007) dat de onderwijsachterstand van migrantenleerlingen onder meer gevoed wordt door de invoering van 'zachte' didactische werkvormen in het reguliere onderwijs. In plaats van op het gestructureerd en klassikaal aanbieden van lesstof wordt hierbij de nadruk gelegd op het zich zelfstandig ontplooiende kind. Hierbij wordt een beroep gedaan op het zelfsturend vermogen en de communicatieve en sociale vaardigheden van leerlingen. Deze onderwijsmethode zou de ongelijkheid in onderwijskansen moeten verkleinen. Echter, bij migrantenleerlingen ontbreken vaker de door de school vereiste vaardigheden en culturele en impliciete kennis die nodig zijn om zichzelf te kunnen ontplooien, waardoor zij juist op een achterstand worden gezet. De meer 'zachte' werkvormen in het reguliere onderwijs zouden volgens Vermaas et al. (2009) dan ook een verklaring kunnen vormen voor het hoge aandeel migranten dat gebruikmaakt van speciale onderwijsvoorzieningen.

De leerkracht: vooroordelen, verwachtingen en attitude ten aanzien van migrantenleerlingen

Vooroordelen van leerkrachten zouden ook kunnen bijdragen aan etnische verschillen in problemen die een hogere kans geven op deelname aan een speciale onderwijsvoorziening. Onderzoek van Stoep (2008) toont bijvoorbeeld aan dat taalachterstanden van jonge leerlingen in het basisonderwijs versterkt kunnen worden door vooroordelen van leerkrachten. Zo wordt de aandacht voor schrijven en lezen aangepast aan waar het kind in de ogen van de leerkracht aan toe is. Deze beoordeling blijkt met name gebaseerd te zijn op verwachtingen die de leerkracht heeft van de betrokkenheid van ouders bij

school. De ideeën van leerkrachten hierover zijn echter vaak stereotiep. Volgens Stoep hebben zij immers dikwijls het idee dat migrantenouders zich weinig bezighouden met hun kinderen wat taal en rekenen betreft en dat het dan ook geen zin heeft hen te betrekken bij het stimuleren van de beginnende geletterdheid van hun kinderen. Ook verwachtingen van leerkrachten en hun attitude tegenover niet-westerse migrantenleerlingen kunnen een negatieve uitwerking hebben op de prestaties van deze kinderen. Zo is uit het proefschrift van Van Ewijk (2009) naar voren gekomen dat leraren lagere verwachtingen hadden van 11-jarige niet-westerse migrantenleerlingen dan van vergelijkbare autochtoon Nederlandse leerlingen. Daarnaast hadden leerkrachten ongunstigere attitudes ten aanzien van etnische minderheden in het algemeen. Deze attitudes en de lagere verwachtingen kunnen een (onbedoelde) negatieve invloed hebben op de gedragingen van leraren tegenover migrantenleerlingen, wat er toe kan leiden dat deze leerlingen slechter gaan presteren. De resultaten van Van Ewijk (2009) worden ondersteund door psychologisch onderzoek dat erop wijst dat een leerling daadwerkelijk slechter gaat presteren als een leerkracht ongefundeerd lage verwachtingen van deze leerling heeft (Jussim en Harber 2005). Doordat leraren lagere verwachtingen hebben van (migranten)achterstandsleerlingen, kunnen zij volgens Driessen et al. (2002) bovendien het niveau van het leerstofaanbod verlagen voor deze leerlingen.

3.5 Factoren die direct samenhangen met het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen

In de vorige paragraaf is ingegaan op mogelijke verklaringen voor etnische verschillen in het vóórkomen van problemen en beperkingen die het gebruik van een vorm van speciale onderwijszorg noodzakelijk maken. In deze paragraaf worden factoren besproken die direct van invloed kunnen zijn op het daadwerkelijke gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Deze hebben achtereenvolgens te maken met de rol van ouders, de rol van de school en de diagnose van problemen bij kinderen.

3.5.1 Rol van ouders

Opleidingsniveau van ouders

Zoals eerder genoemd hebben migrantenouders gemiddeld genomen een beduidend lager opleidingsniveau dan autochtone Nederlanders. Het opleidingsniveau van ouders hangt niet alleen samen met problemen en beperkingen (zie § 3.4.2), maar is tevens direct van invloed op het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Zo lijken hoger opgeleide ouders zich er meer van bewust dat het ongunstig is voor de ontwikkeling van een kind als het niet de juiste ondersteuning krijgt. Zij zien er dan ook meer op toe dat hun kind passende zorg krijgt (Arslan, interview). Dit vraagt bovendien om bepaalde vaardigheden die bij hoger opgeleiden vaak beter ontwikkeld zijn, zoals het verzamelen en verwerken van informatie en vervolgens het ondernemen van stappen. Daarnaast zijn ouders met een hoger opleidingsniveau vaak mondiger (Tuk, interview). Mogelijk juist hierdoor geldt voor leerlingen met 'een rugzakje' dat zij relatief vaak hoogopgeleide ouders hebben: deze ouders weten wellicht vaker vast te houden aan hun wens om hun

kind in het reguliere onderwijs te houden (Smeets et al. 2009; Vermaas en Van der Pluijm 2004).

Onbekendheid met het aanbod

Het landelijk beleid is zodanig ingericht dat de inbreng van ouders van cruciaal belang is bij de toeleiding van hun kinderen naar speciale onderwijsvoorzieningen. De verantwoordelijkheid wordt steeds meer bij hen gelegd (Smeets et al. 2009; Vermaas et al. 2009). Het is derhalve van belang dat ouders kennis hebben van het Nederlandse onderwijssysteem. Migrantenouders weten echter veelal niet hoe het onderwijs in Nederland georganiseerd is (Tuk, interview). Arslan (interview) geeft dan ook aan dat migrantenouders vaak niet weten dat hun kind in bepaalde gevallen recht heeft op het gebruik van een speciale onderwijsvoorziening. Bovendien weten ze volgens hem niet wat de verschillen zijn tussen de diverse soorten voorzieningen voor kinderen met een beperking. Het gebrek aan kennis van deze voorzieningen, zoals speciale onderwijszorg, hangt vaak samen met het feit dat migranten dergelijke voorzieningen niet kennen vanuit hun land van herkomst (Nelissen en Morée 2001). Door de grotere onbekendheid met het aanbod kan het zijn dat speciale onderwijsvoorzieningen minder benut worden door migrantenleerlingen dan noodzakelijk is (Smeets et al. 2009).

Ouders ervaren procedures als hoogdrempelig

Ouders spelen een belangrijke rol bij het aanvragen van een indicatie voor hun kind voor speciale onderwijszorg. Ondanks dat zij hierbij hulp kunnen ontvangen van scholen, behandelaars en hulpverleners van Regionale Expertise Centra (Vergeer et al. 2007), wordt deze procedure volgens Van Dijk et al. (2007) door ouders veelal als langdurig en vooral complex ervaren. De procedure vormt volgens deze auteurs voor migrantenouders een hogere drempel dan voor (de gemiddeld hoger opgeleide) autochtoon Nederlandse ouders. Dit wordt ondersteund door onderzoek waaruit naar voren is gekomen dat migrantenouders vaak voortijdig afhaken vanwege het complexe indicatiestellingstraject (Vermaas et al. 2009). Vooral wanneer er veel papierwerk bij komt kijken, vormt dit een barrière voor veel migrantenouders (Arslan, interview). Door de ingewikkelde aanvraagprocedure kan het dus zo zijn dat migrantenkinderen minder gebruikmaken van speciale onderwijsvoorzieningen dan noodzakelijk is. Dit is in lijn met de bewering van Van Dijk et al. (2007) dat migrantenleerlingen nog onvoldoende bereikt worden door speciale onderwijszorg.

Anders dan voor de meeste andere speciale onderwijsvoorzieningen geldt voor het rugzakje dat migrantenleerlingen hier in verhouding weinig gebruik van maken (zie § 3.2.5). Dit kan ten dele in verband gebracht worden met de aanvraag- en plaatsingsprocedure van het rugzakje, die in vergelijking met de andere voorzieningen het meest hoogdrempelig lijken te zijn. Zo worden de procedure en de noodzakelijke eigen inbreng volgens Hessing-Wagner (2006) door ouders ervaren als onoverzichtelijk, ingewikkeld en belastend. Migrantenouders zouden het rugzakje relatief weinig benutten, daar ouders zich voor het aanvragen ervan een weg moeten banen door een oerwoud van instanties, iets wat met name voor migranten een drempel vormt (Vermaas et al. 2009). Ook het daadwerkelijk geplaatst krijgen van een kind met een rugzakje blijkt niet gemakkelijk te zijn

(Bronneman-Helmers 2007). Walraven en Andriessen (2004) constateerden in hun onderzoek bijvoorbeeld dat een groot deel van de bevroegde ouders (40%) twee, drie of zelfs vier scholen af moest gaan voordat het kind in het gewenste type onderwijs geplaatst kon worden. Ouders moeten vaak 'shoppen' met hun kind en een zekere 'strijd' leveren om hem of haar met een rugzakje in het reguliere onderwijs geplaatst te kunnen krijgen. Het plaatsen van een kind in het reguliere onderwijs zal overigens vanaf augustus 2012 mogelijk makkelijker worden door invoering van het nieuwe beleid 'passend onderwijs'. Hierdoor krijgen scholen namelijk een zorgplicht, wat inhoudt dat schoolbesturen verplicht zijn om te zorgen voor een passend onderwijsaanbod voor alle bij de school aangemelde en ingeschreven leerlingen die behoefte hebben aan extra ondersteuning (TK 2009/2010b).

Taalbarrière

Wanneer migrantenouders de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheersen, kan dit diverse moeilijkheden opleveren. Zo is het voor hen lastiger om met leerkrachten te communiceren, en komt het dikwijls voor dat de boodschap van de leerkracht niet goed overkomt wanneer er met ouders wordt gesproken over (problemen bij) hun kind. Vooral wanneer de leerkracht vaktermen en moeilijke formuleringen gebruikt, begrijpen ouders weinig van wat er gezegd wordt. Ook belemmert de taalbarrière sommige migrantenouders om vragen te stellen, waardoor ze geen duidelijk beeld krijgen van de situatie. De taalbarrière kan soms zelfs leiden tot ernstige misverstanden, waarbij ouders bijvoorbeeld toestemming geven voor het uitvoeren van onderzoek bij hun kind zonder dat zij zich dit realiseren. Een conflict tussen ouders en scholen kan hiervan het gevolg zijn. De taalbarrière maakt het kort gezegd voor scholen moeilijker om samen met ouders te zoeken naar de juiste voorzieningen voor een kind dat extra ondersteuning nodig heeft (Arslan, interview).

Verder kan een taalbarrière mogelijk bijdragen aan de eerdergenoemde gebrekkige kennis van migranten over het onderwijssysteem (zie eerder in deze paragraaf). Ouders die het Nederlands niet of nauwelijks beheersen, zijn immers van anderen afhankelijk om erachter te komen wat de onderwijsmogelijkheden voor kinderen met beperkingen zijn (Nelissen en Morée 2001). Ook de procedures omtrent het plaatsen van een kind in een vorm van speciale onderwijszorg worden nog hoogdrempeliger vanwege een taalbarrière.

Houding van ouders ten aanzien van speciale onderwijsvoorzieningen

Zoals we hebben laten zien spelen ouders een belangrijke rol bij de toeleiding naar een speciale onderwijsvoorziening; zij moeten dan ook doorgaans positief staan tegenover een verwijzing naar een vorm van speciale onderwijszorg om een kind daar te kunnen plaatsen. Alhoewel zowel autochtoon Nederlandse ouders als migrantenouders een (emotionele) drempel ervaren om hun kind naar speciale onderwijsvoorzieningen te laten gaan, lijkt de weerstand groter te zijn onder niet-westerse migranten (Ghaemina 2007; Smeets et al. 2009).

Dit verschil kan onder meer in verband worden gebracht met de ondersignalering van problemen door niet-westerse migrantenouders. Zo herkennen zij gedragsstoornissen

vaak niet als zodanig. Migranten hebben meestal een ander beeld van normaal en abnormaal gedrag en zijn veelal niet bekend met gedragsstoornissen. Ze signaleren deze stoornissen dan ook vaak niet (Pels, interview; Vermaas et al. 2009; Zwirs 2006). Daarnaast vertonen migrantenkinderen thuis vaak minder problematisch gedrag dan buitenshuis. Dit kan mogelijk worden toegeschreven aan de vaak grotere discipline in hun gezinscontext, waardoor gedragsproblemen van migrantenkinderen thuis minder zichtbaar zijn dan op school. Migrantenouders zouden zich daardoor veelal minder kunnen vinden in de diagnose van de school en zich hiertegen verzetten (Ghaemina 2007; Vermaas et al. 2009; Zwirs 2006). Onderwijsexpert Arslan (interview) bevestigt dat het lastig is ouders ervan te overtuigen dat hun kind een gedragsstoornis heeft wanneer het kind zich thuis anders gedraagt dan op school. De ondersignalering van gedragsstoornissen door migrantenouders kan eraan bijdragen dat migrantenkinderen relatief weinig te vinden zijn in cluster 4 (ernstige gedragsproblemen) van het (voortgezet) speciaal onderwijs (Smeets et al. 2009).

De hiervoor genoemde gevoelens van weerstand kunnen ten dele in verband worden gebracht met de gebrekkige informatieoverdracht en communicatie vanuit de school en hulpverlening. (Arslan, interview; Vermaas et al. 2009). Zo wordt er met migrantenouders vaak weinig of laat gecommuniceerd over de problemen van hun kind. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat migrantenouders vaak (te) laat op de hoogte gesteld worden van het feit dat hun kind in een zorgtraject zit; dikwijls horen zij pas laat dat hun kind naar een andere school moet. Een deel van de ouders vindt dan ook dat er onvoldoende begrip wordt getoond voor hun eigen waarnemingen en opvattingen, en dat er vanuit de school onvoldoende met hen wordt overlegd. Bovendien worden migrantenouders vaak niet duidelijk geïnformeerd over speciale onderwijsvoorzieningen en wat het inhoudt als een kind eenmaal in een verwijzingsprocedure verwickeld is. Dit kan ook bijdragen aan het verzet of wantrouwen van ouders (Arslan, interview; Ghaemina 2007; Vermaas et al. 2009). Aan de andere kant is het ook denkbaar dat migrantenouders niet altijd op de hoogte zijn van de situatie doordat zij doorgaans door scholen moeilijker te bereiken zijn en zelf minder betrokken zijn bij school (Herweijer 2009).

Een deel van de migrantenouders verzet zich niet alleen wanneer zij de problematiek bij hun kinderen niet herkennen; ook als zij dat wel doen, lijken ze minder geneigd in te stemmen met een verwijzing naar een speciale onderwijsvoorziening. Schaamte is een van de belangrijkste factoren die hieraan bijdragen (Arslan, interview; Tuk, interview). Niet-westerse migrantenouders (vooral vaders) schamen zich vaker dan autochtone Nederlanders voor hun kind met beperking, en kunnen het moeilijker accepteren dat hun kind anders is (Nelissen en Morée 2001; Smeets et al. 2009). Schaamte werkt dan ook niet zelden als een soort rem om naar buiten te treden met de problemen van een kind (Tuk, interview). Volgens Arslan (interview) houden sommige migrantenouders hun kind zelfs liever thuis dan dat hun kind geassocieerd wordt met bijvoorbeeld gedragsproblemen en een label krijgt opgeplakt; de sociale omgeving mag niks van de problemen weten. Met name bij ouders van Turkse en Marokkaanse afkomst zouden eer- en schaamtegevoelens een rol spelen bij de weerstand die zij bieden tegen een verwijzing naar een speciale onderwijsvoorziening (Smeets et al. 2009).

Kijken we in meer detail naar de houding van niet-westerse migrantenouders, dan valt op dat zij minder moeite lijken te hebben met het speciaal basisonderwijs dan met het (voortgezet) speciaal onderwijs. Wat het sbo betreft hoeft de problematiek van het kind namelijk niet benoemd te worden, terwijl dit bij het (v)so wel het geval is (Vermaas et al. 2009). Verder worden auditieve problemen en ernstige spraak- of taalmoeilijkheden (cluster 2) het meest door migrantenouders geaccepteerd, terwijl zij psychiatrische en gedragsproblemen (cluster 4) minder acceptabel vinden (Smeets et al. 2009; Vermaas et al. 2009). Een gevoel van schaamte over psychische problemen zou hieraan ten grondslag kunnen liggen (Buitelaar en Yildirim 2006; Crijnen en Verhulst 2001; Tuk, interview). Aangezien dergelijke gevoelens vaker zouden spelen bij Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders, kan dit mede verklaren waarom juist leerlingen van Turkse en Marokkaanse herkomst relatief weinig gebruikmaken van het cluster 4-onderwijs (zie tabel 3.3). Verder zouden migrantenouders een verwijzing naar cluster 1, 2 en 3 eerder aanvaarden dan een verwijzing naar cluster 4, omdat problemen als een visuele, auditieve of lichamelijke beperking voor hen duidelijker en zichtbaarder zijn dan gedragsproblematiek (cluster 4) (Arslan, interview). Migrantenouders lijken al met al minder positief te staan tegenover het (v)so en dan met name het cluster 4-onderwijs in vergelijking tot het sbo en het cluster 2-onderwijs. Dit zou deels kunnen verklaren waarom niet-westerse migrantenleerlingen relatief weinig in cluster 4 van het (v)so te vinden zijn. Verder heeft een deel van de niet-westerse migrantenouders een negatief beeld van speciale onderwijsvoorzieningen. Zo bestaat onder sommigen het idee dat een school voor speciale onderwijszorg bedoeld is voor ‘gekken’ of voor kinderen die in de war zijn (Arslan, interview; Tuk, interview). Sommigen zijn (niet geheel ten onrechte) bang dat de kansen op een gedegen opleiding verminderen als hun kind deelneemt aan een vorm van speciale onderwijszorg (Tuk, interview). Migrantenouders hechten vaak veel waarde aan schoolsucces en hebben hoge verwachtingen van hun kind, waardoor ze zich eerder verzetten tegen een dergelijke verwijzing (Vermaas et al. 2009). Uit onderzoek van Driessen (2005) blijkt dat – volgens hun kinderen – circa twee derde van de Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders hoge verwachtingen heeft, tegenover ongeveer een derde van de autochtone Nederlanders. Niet alleen maken ouders zich druk om het niveau van speciale onderwijsvoorzieningen, ook hebben sommigen een negatief beeld van de mate waarin speciale onderwijsvoorzieningen (met name die in het voortgezet onderwijs) in staat zijn hun kinderen te beschermen. Ouders horen bijvoorbeeld verhalen over seksueel misbruik en ‘loverboys’ die het gemunt hebben op kwetsbare meisjes die op scholen voor speciale onderwijszorg zitten. Deze scholen zouden er onvoldoende in slagen om de meisjes te beschermen. Vooral niet-westerse migranten zouden zich hier bewust van zijn, daar in hun cultuur de bescherming van meisjes in de puberale fase meer centraal staat. Deze ouders verzetten zich dan ook vaker in geval van een verwijzing naar een dergelijke school (Arslan, interview). De doorgaans meer afwijzende houding van niet-westerse migrantenouders kan er al met al voor zorgen dat de verwijzing naar (bepaalde vormen van) speciale onderwijszorg stagneert, waardoor hun kinderen (mogelijk) niet de meest passende vorm van onderwijs ontvangen.

3.5.2 Rol van de school

Schoolpopulatie

De schoolpopulatie speelt mogelijk ook een rol bij het ontstaan van etnische verschillen in het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Volgens Van Lomwel (2006) heeft een basisschool minder 'rugzakleerlingen' naarmate de schoolpopulatie voor een groter deel bestaat uit (vooral migranten) achterstandsleerlingen. Volgens deze auteur impliceert dit dat scholen met veel achterstandsleerlingen de ondersteuning van geïndiceerde kinderen er niet bij kunnen hebben en hen daardoor eerder doorverwijzen. Verder constateren Smeets et al. (2007) een significante relatie tussen de samenstelling van de leerlingenpopulatie en het aantal zorgleerlingen: op basisscholen waar meer dan de helft van de leerlingen hoger opgeleide ouders heeft, is – naar het oordeel van leerkrachten – het laagste percentage zorgleerlingen te vinden. Opvallend laag is echter ook het aandeel zorgleerlingen op basisscholen waar meer dan 50% van de populatie laagopgeleide ouders heeft en van Turkse of Marokkaanse komaf is. Volgens Vermaas et al. (2009) kan dit in verband worden gebracht met de schoolprestaties van medeleerlingen. Zorgleerlingen zouden namelijk eerder opvallen in klassen waar goed gepresteerd wordt dan in klassen waarin andere leerlingen ook laag presteren. Bovendien is de kans dat een zorgleerling doorverwezen wordt naar een speciale onderwijsvoorziening groter naarmate het klasgemiddelde hoger is. Aangezien Turks- en Marokkaans-Nederlandse leerlingen vaker in klassen zitten met gemiddeld lagere prestaties, worden zij minder snel als zorgleerling gezien of naar het speciaal (basis)onderwijs verwezen dan leerlingen met vergelijkbare prestaties die in een klas zitten waarin gemiddeld beter gepresteerd wordt (Vermaas et al. 2009).

Oordeel van leerkrachten

Coutinho et al. (2002) wijzen erop dat culturele oordelen van leerkrachten kunnen bijdragen aan de relatief hoge kans voor migrantenleerlingen in de Verenigde Staten om doorverwezen te worden naar een speciale onderwijsvoorziening. Scholieren uit etnische minderheden die geen beperking hebben, maar zich wel ietwat anders gedragen of anders leren dan kinderen uit de autochtone middenklasse, zouden namelijk door leerkrachten in de Verenigde Staten vaak ten onrechte worden doorverwezen. In deze gevallen zouden verschillen in gedrag en leerbehoeften geïnterpreteerd kunnen worden als een beperking in plaats van dat ze beschouwd worden als een cultureel verschil. Leerkrachten zouden culturele verschillen soms ten onrechte aanzien voor emotionele problemen of leerproblemen (Coutinho et al. 2002). Ook taalachterstanden zouden in sommige gevallen aangezien worden voor leerproblemen (Artiles et al. 2004; Klingner en Harry 2006). Het is vanuit de literatuur niet bekend of ook in Nederland culturele oordelen van leerkrachten een rol spelen bij het hoge gebruik van de meeste speciale onderwijsvoorzieningen door migrantenleerlingen.

Onderwijsexpert Arslan (interview) heeft wel de indruk dat een deel van de migrantenkinderen in Nederland niet de juiste vorm van onderwijs krijgt vanwege een gebrek aan professionele kennis bij leerkrachten. Het is voor hen vooral erg lastig te bepalen wanneer zij het gedrag van een migrantenleerling zouden moeten interpreteren als een

gedragsstoornis. Het is bijvoorbeeld niet altijd duidelijk of er daadwerkelijk sprake is van een stoornis of juist van een opvoedingsproblematiek, of dat een kind bepaald gedrag vertoont vanwege bijvoorbeeld leerproblemen (Arslan, interview). Ook andere problemen dan gedragsproblematiek worden volgens Tuk (interview) niet altijd correct waargenomen door leerkrachten en (hun) diagnostische instrumenten zouden tevens tekortschieten (zie ook § 3.5.3). Een onjuist oordeel van leerkrachten kan ertoe bijdragen dat migrantenleerlingen ten onrechte worden uitgesloten van speciale onderwijszorg dan wel onterecht juist wel gebruikmaken van een speciale onderwijsvoorziening (Arslan, interview).

Opstelling van leerkrachten en de school

Bij het verwijzen van kinderen naar speciale onderwijsvoorzieningen speelt niet alleen de attitude van ouders een belangrijke rol, ook de opstelling van de school en de betrokken leerkracht(en) zijn van belang. Uit onderzoek van Smeets et al. (2007) is naar voren gekomen dat leraren met name leerlingen met gedragsproblemen als belastend ervaren voor de andere leerlingen. Meer dan een kwart van de ondervraagde leerkrachten is zelfs van mening dat deze kinderen niet in het reguliere onderwijs thuishoren. Het zou dan ook aannemelijk zijn dat kinderen met gedragsproblemen regelmatig worden doorverwezen naar het cluster 4-onderwijs, dat voor deze leerlingen bedoeld is. Echter is het vaak een lastige opgave om vooral migrantenouders te laten instemmen met een verwijzing naar met name cluster 4 van het (v)so (zie § 3.5.1).⁶ Er zijn dan ook scholen die ervoor kiezen om migrantenkinderen met gedragsproblemen – eventueel met een rugzak – te verwijzen naar het sbo of naar een voor migrantenouders meer acceptabele cluster van het (v)so: cluster 2, dat bedoeld is voor kinderen met auditieve en communicatieve beperkingen (Vermaas et al. 2009). De criteria om te kunnen deelnemen aan het speciaal basisonderwijs en cluster 2-onderwijs zijn overigens minder hard of onduidelijker dan die van andere clusters van het speciaal onderwijs, wat het voor leerkrachten ook makkelijker maakt (migranten)kinderen naar het sbo en cluster 2 te verwijzen (Smeets et al. 2009).⁷

De houding van leerkrachten en scholen zou ook in verband kunnen worden gebracht met het relatief grote aandeel niet-westerse migrantenleerlingen in het lwoo en het pro. Ten eerste concluderen Karsten et al. (2008) dat scholen bepaalde (achterstands)leerlingen simpelweg de extra begeleiding gunnen die zij zullen krijgen in het lwoo en het pro. Ten tweede zouden basisscholen in Nederland mogelijk steeds vaker (migranten)leerlingen verwijzen naar het lwoo en pro vanwege een groeiende aandacht voor de resultaten van scholen. Dit wordt afgemeten aan de hand van de scores die behaald zijn op de Cito-toets. Het is voor scholen dan ook niet gunstig om veel laagpresterende leerlingen, waartoe een relatief groot aantal migrantenkinderen behoort, in huis te hebben. Dit kan uitmonden in strategisch gedrag van basisscholen, waarbij scholen besluiten om leerlingen die een lage score behaald hebben op de Entreetoets in groep 7 niet te laten deelnemen aan de Cito Eindtoets Basisonderwijs (Vermaas et al. 2009). In lijn hiermee blijkt uit onderzoek van Karsten et al. (2008) dat leerlingen met een lwoo-verwijzing in 2005 significant minder vaak hebben deelgenomen aan de Cito Eindtoets dan leerlingen zonder een lwoo-verwijzing. Doordat een deel van de (migranten)leerlingen niet aan

de Cito-toets deelneemt, komen zij vaker in het lwoo en het pro terecht (Vermaas et al. 2009). Niet alleen basisscholen, maar ook scholen voor voortgezet onderwijs kunnen strategisch gedrag vertonen. Vmbo-scholen hebben immers een financieel belang bij een lwoo-indicatie en kunnen zich dan ook positief opstellen tegenover een verwijzing naar het lwoo (Inspectie van het Onderwijs 2007; Vermaas et al. 2009).

De houding van scholen en leerkrachten draagt dus waarschijnlijk bij aan een relatief hoog aantal verwijzingen van migranten naar bepaalde speciale onderwijsvoorzieningen, maar lijkt er soms ook voor te zorgen dat migrantenleerlingen (ten onrechte) juist niet verwezen worden. Zo heeft Arslan (interview) het idee dat scholen in sommige gevallen bewust afzien van een procedure omtrent een verwijzing naar een speciale onderwijsvoorziening. Op het moment dat leerkrachten het gevoel hebben dat ouders niet willen meewerken, zouden zij minder geneigd zijn een verwijzingsprocedure in gang te zetten. Scholen zouden het in dat geval namelijk te ingewikkeld en tijdrovend vinden om tot een zorgdossier en een actieplan voor het kind te komen. Vooral wanneer het gaat om lager opgeleide ouders en ouders die de Nederlandse taal slecht beheersen, zouden scholen het eerder laten afweten en worden er vaak geen zorgplannen opgesteld, aldus Arslan (interview).

3.5.3 Diagnose van problemen

Meet- en toetsinstrumenten: culturele bias en ethnocentrisme

Meetinstrumenten die gebruikt worden om leerlingen te testen, spelen een belangrijke rol bij een verwijzing naar een vorm van speciale onderwijszorg. Wanneer deze meetinstrumenten onvoldoende ‘cultuurvrij’ zijn, kan niet worden gewaarborgd dat bij niet-westerse migrantenleerlingen de juiste diagnose gesteld wordt (Arslan, interview). Momenteel zijn de instrumenten doorgaans alleen gebaseerd op westerse theoretische uitgangspunten. De validiteit en betrouwbaarheid ervan zijn ook veelal enkel onderzocht bij autochtone Nederlanders. Het is daarom niet vanzelfsprekend dat de bewezen validiteit, betrouwbaarheid en normering van testen ook geldt voor kinderen en jongeren met een niet-autochtoon Nederlandse achtergrond (Rietveld 2009).

De belangrijkste oorzaak hiervan is (culturele) bias, ook wel ‘partijdigheid’ of ‘vertekening’ genoemd. Het meetproces werkt daardoor anders voor verschillende herkomstgroepen en de testcores hebben een andere betekenis voor de verschillende groepen (Rietveld 2009; Vermaas et al. 2009). Een van de onderscheiden soorten partijdigheid is de itembias. Een voorbeeld hiervan is dat een verhaalsoem bij migrantenleerlingen meer hun taalvaardigheid kan meten in plaats van de bedoelde rekenvaardigheid (Rietveld 2009). Uit onderzoek van Van Schilt-Mol (2007) is gebleken dat itembias ook in de Cito Eindtoets Basisonderwijs voorkomt: van de 240 geanalyseerde opgaven bevatten er 21 een bias in het nadeel van Turks- en Marokkaans-Nederlandse leerlingen. Ook de capaciteitentoets (IQ-test) die gebruik wordt om leerlingen voor het lwoo en pro te selecteren, is volgens Karsten et al. (2008) zeer waarschijnlijk negatief gebiast voor leerlingen die een andere taal dan het Nederlands als moedertaal hebben.

Naast een culturele bias kan zich volgens Rietveld (2009) ook ethnocentrisme in een test voordoen. Hiervan is sprake indien items zodanig geformuleerd zijn dat de domi-

nante cultuur voorgesteld wordt als superieur of universeel. Hierbij wordt geen rekening gehouden met het feit dat degene die de vragen beantwoordt, kan behoren tot een etnische minderheid. De gestelde vragen kunnen dan ook als lastiger of minder acceptabel worden ervaren door leerlingen van niet-autochtoon Nederlandse afkomst. Vanwege het eventuele ethnocentrisme en de eventuele bias in testen kunnen migrantenleerlingen mogelijk benadeeld of verkeerd beoordeeld worden en daardoor wellicht (ten onrechte) een indicatie ontvangen voor een bepaalde vorm van speciale onderwijszorg (Arslan, interview; Rietveld 2009).

Problemen met diagnose van gedragsstoornissen bij migranten

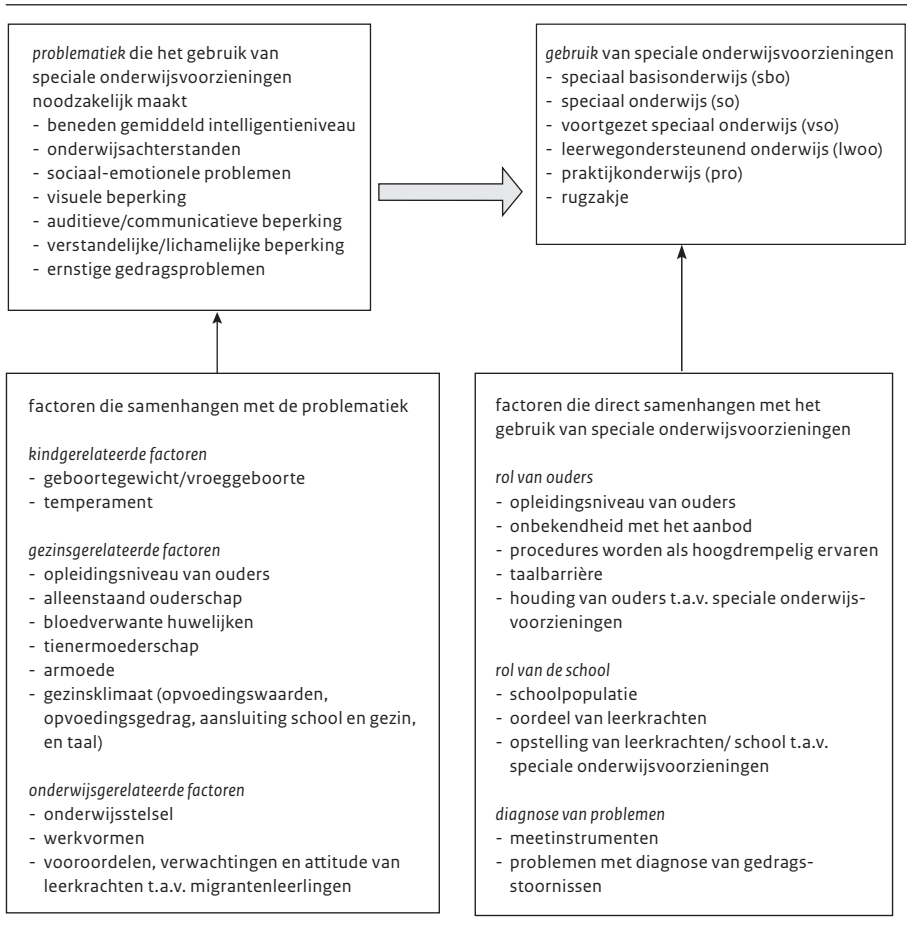
Er zijn indicaties dat gedragsstoornissen bij migrantenleerlingen relatief vaak niet gediagnosticeerd worden (Vermaas et al. 2009). Zoals in paragraaf 3.3.4 is aangegeven, komen gedragsproblemen vaker voor bij migrantenjeugdigen dan bij autochtoon Nederlandse jeugdigen. Onderzoek van Zwirs (2006) toont echter aan dat dergelijke problemen bij migrantenleerlingen 70% tot 80% minder vaak gediagnosticeerd worden. Dit heeft enerzijds te maken met de ouders van de kinderen. Bij migrantenouders is er onder andere sprake van ondersignalering van gedragsproblemen en van schaamtegevoelens (Zwirs 2006). Hierdoor gaan ze mogelijk niet op zoek naar hulp wanneer hun kind gedragsproblemen vertoont. Dit lijkt ondersteund te worden door het gegeven dat relatief veel migrantenkinderen en -jongeren met problemen laat worden bereikt door hulpverlening en dan ook vaak terecht komen in zware vormen van jeugdhulpverlening en justitiële inrichtingen (Bucx 2009). Anderzijds spelen ook professionals een rol. Zo zouden hulpverleners door onjuiste of onvolledige informatie niet tot de juiste diagnose kunnen komen (Zwirs 2006). Zoals eerder gezegd (zie § 3.4.1), lijkt het ook voor leerkrachten lastig om te bepalen of er bij een leerling met een migrantenachtergrond sprake is van een gedragsstoornis. De geringere diagnose van gedragsstoornissen bij migrantenkinderen kan deels verklaren waarom zij relatief weinig in het cluster 4-onderwijs belanden, dat bestemd is voor kinderen met gedragsproblematiek.

3.6 Conclusies

Kinderen en jongeren die behoefte hebben aan meer ondersteuning en zorg dan het reguliere onderwijs hen kan bieden, kunnen in Nederland gebruikmaken van verschillende speciale onderwijsvoorzieningen, namelijk het speciaal basisonderwijs (sbo), het speciaal onderwijs (so), het voortgezet speciaal onderwijs (vso), het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo), het praktijkonderwijs (pro) en het zogenoemde 'rugzakje'. In dit onderzoek is nader ingegaan op etnische verschillen in het gebruik van deze speciale onderwijsvoorzieningen. De nadruk lag hierbij op het verklaren van deze verschillen. In figuur 3.3 wordt een model gepresenteerd waarin de verklarende factoren zijn weergegeven. Vervolgens worden de belangrijkste conclusies weergegeven. Bij dit alles moet opgemerkt worden dat, gezien de aard van deze studie (literatuuronderzoek aangevuld met interviewgegevens), voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de gegevens.

Figuur 3.3

Verklarende factoren voor (etnische verschillen in) het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen



Gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen

Dit hoofdstuk laat zien dat er etnische verschillen zijn met betrekking tot het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Zo blijken migrantenleerlingen onder meer relatief vaak gebruik te maken van het speciaal basisonderwijs (sbo). Uit cijfers blijkt namelijk dat 19% van de sbo-leerlingen tot de groep zogeheten cumi-leerlingen behoort (gegevens van het schooljaar 2008/09), wat beduidend hoger is dan het aandeel cumi-leerlingen in het reguliere basisonderwijs (12%). Ook het aandeel cumi-leerlingen dat in het speciaal onderwijs (so) zit, is hoger dan in het reguliere basisonderwijs. De cijfers duiden erop dat migrantenleerlingen relatief vaak behoren tot de groep leerlingen met een visuele, auditieve/communicatieve, of verstandelijke/lichamelijke beperking; oftewel respectievelijk cluster 1, 2 en 3 van het (voortgezet) speciaal onderwijs ((v)so). Bovendien

maken leerlingen met een niet-westerse achtergrond aanzienlijk meer gebruik van het leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) en het praktijkonderwijs (pro) dan autochtoon Nederlandse leerlingen. Tegelijkertijd blijkt een deel van de migrantenjeugdigen juist onvoldoende bereikt te worden door bepaalde speciale onderwijsvoorzieningen. Zo is het aandeel leerlingen uit culturele minderheidsgroepen relatief laag in cluster 4 (gedragsstoornissen en psychiatrische problemen) van zowel het so als het vso. Ook maken migrantenleerlingen minder gebruik van het rugzakje dan autochtoon Nederlandse leerlingen.

Problemen en beperkingen bij kinderen

Het relatief hoge aandeel migrantenleerlingen in het sbo, het lwoo, het pro en de eerste drie clusters van het (v)so lijkt onder andere in verband te kunnen worden gebracht met etnische verschillen in de mate waarin het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen noodzakelijk is. Dergelijke problemen lijken namelijk vaker voor te komen bij migrantenjeugdigen dan bij de autochtoon Nederlandse jeugd. Het gaat hierbij om een lagere score op intelligentietesten, onderwijsachterstanden, sociaal-emotionele problemen, en visuele, auditieve, lichamelijke en verstandelijke beperkingen. Kijken we echter naar het rugzakje (beperkingen) en cluster 4 (gedragsproblematiek) van het (v)so, dan valt op dat migrantenleerlingen minder gebruikmaken van deze voorzieningen dan op basis van het (relatief veel) vóórkomen van beperkingen en gedragsproblemen mag worden verwacht.

Dit onderzoek geeft aanwijzingen dat kind-, gezins- en onderwijsgerelateerde factoren mede een verklaring kunnen vormen voor etnische verschillen in het vóórkomen van problemen en beperkingen die het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen noodzakelijk kunnen maken. Zo komt een laag geboortegewicht vaker voor bij migranten dan bij autochtone Nederlanders. Hetzelfde geldt voor ongunstige gezinsgerelateerde factoren als een laag opleidingsniveau van ouders, alleenstaand ouderschap, bloedverwante huwelijken, tienermoederschap, armoede en een minder gunstig gezinsklimaat (bestaande uit vaak andere dan de in Nederland meer gebruikelijke opvoedingswaarden en -praktijken, een discrepantie tussen de door de school vereiste competenties en hetgeen in het gezin is aangeleerd, en het weinig of niet beheersen en gebruiken van de Nederlandse taal in de gezinscontext). Overigens is er vaak sprake van samenhang tussen deze factoren; het (gemiddeld lagere) opleidingsniveau van migrantenouders speelt bijvoorbeeld een rol bij hun opvoedingspraktijken en mate van armoede. Daarnaast zouden onderwijsgerelateerde factoren zoals het Nederlandse onderwijsstelsel en de in het reguliere onderwijs gehanteerde werkvormen bij migrantenkinderen kunnen zorgen voor een verhoogde kans op problematiek. Dit gaat ook op voor de attitude, verwachtingen en vooroordelen van leerkrachten ten aanzien van migrantenleerlingen.

Factoren die direct samenhangen met het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen

In dit onderzoek zijn diverse factoren aan het licht gekomen die – net als problemen en beperkingen bij kinderen – direct van invloed kunnen zijn op het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Zo blijkt het opleidingsniveau van ouders een belangrijke rol

te spelen: kinderen van hoger opgeleiden lijken vaker passende ondersteuning te krijgen en vaker gebruik te maken van het rugzakje. Dit geldt vaker voor kinderen van autochtone Nederlanders dan voor kinderen van migranten, het aandeel hoger opgeleiden in de eerstgenoemde groep is immers hoger. Migrantenjeugdigen maken wellicht ook minder vaak gebruik van speciale onderwijszorg omdat hun ouders vaker niet bekend zijn met speciale onderwijsvoorzieningen en de procedure omtrent een verwijzing naar een dergelijke voorziening vaak als hoogdrempelig ervaren. Ook een taalbarrière levert voor migranten vaak meer moeilijkheden op en kan eraan bijdragen dat migrantenleerlingen geen passende ondersteuning krijgen. Daarnaast lijken niet-westerse migrantenouders zich vaker te verzetten tegen een verwijzing naar een speciale onderwijsvoorziening, vooral als het cluster 4-onderwijs (gedragsproblemen) betreft. Ze signaleren gedragsproblematiek veelal niet en zouden zich vaker schamen voor dergelijke problemen. Er zijn dan ook scholen die ervoor kiezen om migrantenkinderen met gedragsproblemen te verwijzen naar een voor hun ouders meer acceptabel cluster van het (v)so, te weten cluster 2, of naar het sbo.

De opstelling van leerkrachten en scholen zou ook kunnen bijdragen aan het hoge percentage migrantenleerlingen in het lwoo en pro. Zo zouden sommige basisscholen, vanwege de groeiende aandacht voor hun resultaten, laagpresterende (migranten)leerlingen niet laten deelnemen aan de Cito Eindtoets Basisonderwijs, waardoor zij vaker in het lwoo en pro terecht komen. Ook vmbo-scholen zouden positief kunnen staan tegenover een verwijzing naar het lwoo vanwege het financiële belang dat zij daarbij hebben. Daarnaast zijn er mogelijk scholen die bewust juist afzien van een verwijzing naar een speciale onderwijsvoorziening: wanneer zij het gevoel hebben dat ouders niet willen meewerken, zouden zij minder geneigd zijn een verwijzingsprocedure in gang te zetten. Het kan eveneens voorkomen dat leerkrachten onbewust ten onrechte (niet) verwijzen. Afhankelijk van de schoolpopulatie vallen sommige zorgleerlingen namelijk minder op bij leerkrachten en het lijkt voor leerkrachten vaak lastig te zijn om het gedrag van met name migrantenleerlingen juist te interpreteren en problemen te herkennen. Tot slot worden gedragsstoornissen bij migrantenleerlingen minder vaak gediagnosticeerd en kennen meetinstrumenten die gehanteerd worden om leerlingen te testen een zekere culturele (westerse) bias. Hierdoor kunnen leerlingen uit een culturele minderheid verkeerd beoordeeld worden.

Gewicht van verklarende factoren

Zoals uit deze conclusies blijkt, is er een scala aan factoren te onderscheiden die (indirect) gerelateerd lijken te zijn aan het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Deze aspecten zouden dan ook van belang zijn bij het verklaren van etnische verschillen in deelname aan speciale onderwijsvoorzieningen. Zoals in figuur 3.3 is weergegeven gaat van een deel van de factoren een direct effect uit op het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Ook zijn er factoren die indirect gerelateerd zijn aan het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen, daar zij de kans verhogen op problematiek die deelname aan een vorm van speciale onderwijszorg noodzakelijk maakt. Een combinatie van de in figuur 3.3 gepresenteerde determinanten lijkt een rol te spelen bij het relatief hoge aandeel migrantenleerlingen in het speciaal basisonderwijs, leerwegondersteunend

onderwijs, praktijkonderwijs en cluster 1, 2 en 3 van het (voortgezet) speciaal onderwijs, alsmede bij het relatief lage aandeel migrantenkinderen in de groep leerlingen met een rugzakje en in cluster 4 van het (voortgezet) speciaal onderwijs.

Hoewel dit onderzoek dus veel informatie verschaft over de factoren die lijken bij te dragen aan etnische verschillen in het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen, kunnen we vanwege de aard van de studie (literatuurstudie en interviewgegevens) geen stellige uitspraken doen over de mate waarin verschillende determinanten bepalend zijn. Bovendien is er vaak sprake van een samenhang tussen verschillende factoren. Voorbeelden hiervan zijn het verband tussen alleenstaand ouderschap en armoede, en de relatie tussen het opleidingsniveau van ouders en hun opvoedingsgedrag. Dit maakt het ook lastig te zeggen welke factoren meer en welke minder bepalend zijn voor het vóórkomen van problematiek bij kinderen of voor het daadwerkelijke gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen.

Op basis van literatuur kan overigens wel enigszins gehypothetiseerd worden over welke factoren hiervoor in meer of mindere mate van belang zijn. Zo zijn er aanwijzingen dat het opleidingsniveau van ouders een factor is die veel gewicht in de schaal legt. Van de gezinsgerelateerde factoren zou het opleidingsniveau van de ouders namelijk het sterkst samenhangen met het schoolsucces van kinderen (Mutsaers 2008a). Deze invloed van het opleidingsniveau lijkt groter te zijn dan die van factoren als armoede (Rouse en Fantuzzo 2009) en anderstaligheid (Mutsaers 2008a). Bovendien is het opleidingsniveau van ouders tevens direct gerelateerd aan het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen door kinderen.

Migrantenleerlingen nog onvoldoende bereikt?

Dit onderzoek wijst op veel factoren op het niveau van het kind en de gezinssituatie die 'terecht' direct dan wel indirect de kans verhogen op plaatsing in een speciale onderwijsvoorziening, zoals problemen en beperkingen, een laag geboortegewicht, en een laag opleidingsniveau van ouders. Bij migrantenkinderen lijken veel van dergelijke factoren vaker aanwezig te zijn dan bij autochtoon Nederlandse kinderen, waardoor migranten theoretisch gezien vaker gebruik zouden moeten maken van speciale onderwijsvoorzieningen. De kans op problematiek zou bij migrantenleerlingen bovendien verhoogd kunnen worden door de inrichting van het Nederlandse onderwijsstelsel, evenals door de op school gehanteerde werkvormen en de attitude, vooroordelen en verwachtingen van leerkrachten ten aanzien van migrantenleerlingen. Daarnaast zijn er meerdere factoren die ervoor kunnen zorgen dat migrantenjeugdigen minder gebruikmaken van speciale onderwijsvoorzieningen dan gepast zou zijn, zoals de schoolpopulatie (indien deze voor meer dan 50% bestaat uit leerlingen met laagopgeleide Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders), een taalbarrière, onbekendheid met het aanbod onder ouders, gevoelens van weerstand bij ouders, hoogdrempelige procedures omtrent de indicatiestelling voor speciale onderwijszorg, en problemen met de diagnose van gedragsproblemen bij migrantenjeugdigen.

Al met al zijn er dus veel factoren die 'terecht' leiden tot een hoge deelname van migrantenleerlingen aan speciale onderwijsvoorzieningen, en is er bovendien een aantal factoren die ervoor kunnen zorgen dat migrantenleerlingen juist minder dan

noodzakelijk gebruikmaken van speciale onderwijsvoorzieningen. Het lijkt er dan ook op dat een deel van de migrantenleerlingen niet bereikt wordt. Anderen beamen dit (Arslan, interview; Van Dijk et al. 2007). Vooral bij het cluster 4-onderwijs en het rugzakje lijkt er sprake te zijn van (relatief) ondergebruik.

We moeten ons echter afvragen of een groter bereik van migrantenkinderen door speciale onderwijsvoorzieningen in alle gevallen een wenselijke situatie is. Bepaalde voorzieningen bieden immers beduidend minder perspectief op maatschappelijke participatie (zie § 3.1). Een positieve ontwikkeling is wel dat dit in de toekomst vermoedelijk verbeterd zal worden met het nieuwe beleid ‘passend onderwijs’. Desalniettemin lijkt het beter om – indien mogelijk – te voorkomen dat (migranten)leerlingen gebruik moeten maken van speciale onderwijsvoorzieningen. Toch zal een vorm van speciale onderwijszorg voor bepaalde (migranten)kinderen en -jongeren noodzakelijk blijven vanwege de problemen of beperkingen waar zij mee kampen. In dat geval is het vooral zaak dat erop toegezien wordt dat deze leerlingen in de voor hen meest passende speciale onderwijsvoorziening belanden.

Immers, dit onderzoek wijst niet alleen in de richting van ondergebruik, ook lijken migrantenleerlingen niet altijd op de juiste plek terecht te komen. Een deel van de migrantenleerlingen met gedragsproblemen belandt bijvoorbeeld in een andere speciale onderwijsvoorziening dan het cluster 4-onderwijs, waar zij gezien hun problematiek eigenlijk thuishoren. Dit kan onder andere te maken hebben met de doorgaans meer afwijzende houding van migrantenouders ten aanzien van speciale onderwijsvoorzieningen (vooral het cluster 4-onderwijs), de gebruikte meetinstrumenten, en de opstelling van leerkrachten en scholen. Laatstgenoemde en enkele andere factoren kunnen er overigens ook voor zorgen dat sommige migrantenleerlingen ten onrechte gebruikmaken van een speciale onderwijsvoorziening. Hier moet eveneens voor gewaakt worden.

Noten

- 1 Een cumi-leerling is volgens het CBS (januari 2010) een leerling behorend tot een culturele minderheid, door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap gedefinieerd als een leerling die aan één van de onderstaande voorwaarden voldoet:
 - Hij/zij behoort tot een Molukse bevolkingsgroep.
 - Ten minste één van de ouders/voogden is afkomstig uit Griekenland, Italië, (voormalig) Joegoslavië, Kaapverdië, Marokko, Portugal, Spanje, Tunesië of Turkije.
 - Ten minste één van de ouders/voogden is afkomstig uit Suriname, Aruba of de Nederlandse Antillen.
 - Ten minste één van de ouders/voogden is afkomstig uit een ander, niet-Engelstalig land buiten Europa, met uitzondering van Indonesië.
 - Ten minste één van de ouders/voogden is door de minister van Justitie als vreemdeling toegelaten op grond van artikel 15 van de Vreemdelingenwet.
- 2 Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar waaruit blijkt hoe groot het aandeel Turks-Nederlandse leerlingen (Marokkaans-Nederlandse leerlingen, etc.) per cluster van het (v)so is ten opzichte van het totaal aantal Turks-Nederlandse (etc.) leerlingen in het gehele basis- en voortgezet onderwijs. Om

toch enigszins een beeld te schetsen van verschillen tussen leerlingen van diverse herkomst, worden cijfers gepresenteerd met betrekking tot de verdeling van cumi-leerlingen van diverse herkomst over de vier clusters.

- 3 De leerachterstand van een leerling wordt bepaald aan de hand van de formule: $1 - (DLE/DL)$. Het didactische leeftijdsequivalent (DLE) geeft het niveau weer dat een kind op een bepaald moment heeft bereikt. De didactische leeftijd (DL) van kinderen betreft het aantal maanden dat een leerling onderwijs heeft gevolgd. Een leerling komt in aanmerking voor het lwoo bij een leerachterstand tussen 0,25 en 0,5 (Raad van State 2003).
- 4 Om toegelaten te kunnen worden tot het pro moet de leerling een leerachterstand van ten minste 0,5 hebben (Raad van State 2003).
- 5 Uit het gesprek met prof. dr. Pels over formele opvoedingsondersteuning is tevens enige informatie naar voren gekomen over onderwerpen die gerelateerd zijn aan het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Prof. dr. Pels is senior onderzoeker bij het Verwey-Jonker Instituut en bijzonder hoogleraar aan de faculteit der Psychologie en Pedagogiek van de Vrije Universiteit te Amsterdam.
- 6 Per augustus 2008 kunnen scholen overigens ook zelf bij een Commissie voor Indicatiestelling (Cvi) een verzoek indienen tot indicatiestelling voor cluster 4 voor leerlingen met ernstige gedragsproblemen. Het bevoegd gezag van de school mag pas een indicatie aanvragen op het moment dat de ouders/verzorgers de (ernst van de) problematiek niet (willen) inzien en daardoor het aanvragen van een indicatie voor hun kind weigeren. Indien de Cvi een indicatie afgeeft, kunnen ouders hier wel bezwaar tegen maken (wec-Raad 2008).
- 7 Per 1 augustus 2010 is de omvang van het rugzakje in het sbo in financiële zin verminderd, wat het wellicht lastiger maakt om kinderen die gedragsproblemen vertonen met een rugzakje in dit type onderwijs te plaatsen (po-Raad 2010).

4 De huisarts

Angela van den Broek en Ellen Kleijnen

4.1 Ongezonde kinderen hebben minder kansen

Over het algemeen is de gezondheid van kinderen en jongeren in Nederland heel goed, en de meeste jeugdigen voelen zich ook gezond (Danhan 2007; Jeugd en Gezin 2009). Slechts een klein deel krijgt te maken met een chronische ziekte of handicap (Jeugd en Gezin 2009). Kinderen en jongeren die fysiek en mentaal gezond zijn, hebben op dit vlak geen belemmering om volwaardig te participeren in de maatschappij, en zij zullen een betere kans hebben om talenten te ontwikkelen en aan de maatschappij bij te dragen (De Jong et al. 2010a). Jeugdigen met gezondheidsklachten en -aandoeningen kunnen terecht bij de huisarts, het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsvragen. De huisarts kan deze klachten zelf behandelen of de patiënt doorverwijzen naar een specialist.

Ondanks dat de huisarts een zeer toegankelijke voorziening is, en iedereen er gebruik van kan maken, bestaan er toch verschillen in het gebruik ervan. Uit de nulmeting van de monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid blijkt dat niet-westerse migrantenjongeren in 2008 iets meer gebruik hebben gemaakt van de huisarts dan de autochtoon Nederlandse jongeren, respectievelijk 71% en 68% (De Jong et al. 2010a,b). Tegelijkertijd hebben migrantenjeugdigen gemiddeld een minder goede gezondheid dan autochtoon Nederlandse kinderen en jongeren (Danhan 2007; Van Vliet et al. 2009). Op basis van deze gegevens zou men kunnen verwachten dat het etnische verschil in het gebruik van de huisarts groter zou zijn.

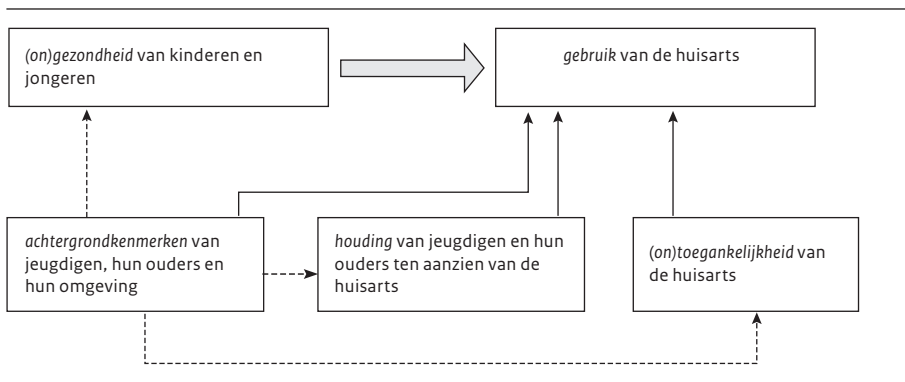
In deze verdiepingsstudie gaan we nader in op de verschillen in het gebruik van de huisarts door kinderen en jongeren van diverse herkomst (zie figuur 4.1). Bestaande onderzoeken en literatuur op dit gebied zijn meestal gebaseerd op volwassenen. We gaan er in dit onderzoek vanuit dat deze informatie over volwassenen doorgaans ook geldt voor jeugdigen: het huisartsenbezoek van kinderen en jongeren wordt immers grotendeels door hun ouders bepaald. Tevens wordt in eerdere onderzoeken weinig onderscheid gemaakt naar etnische herkomst, terwijl er wellicht verschillen bestaan in het gebruik van de huisarts.

De huisarts vervult een spilfunctie voor andere medische voorzieningen en zou dus door iedereen gebruikt moeten (kunnen) worden. Allereerst gaan we nader in op etnische verschillen in het gebruik van de huisarts: welke kinderen en jongeren maken er het meest gebruik van, en welke jeugdigen het minst? De belangrijkste reden om gebruik te maken van de huisarts is (on)gezondheid. We gaan dan ook na of er etnische verschillen bestaan in de gezondheid van de jeugdigen. Vervolgens gaan we op zoek naar verklaringen voor de etnische verschillen in het gebruik van de huisarts. In hoeverre zijn deze verschillen toe te schrijven aan gezondheidsverschillen? Spelen er daarnaast bepaalde achtergrondkenmerken (zoals onderwijsniveau en sociaaleconomische status) een rol? Ook komen culturele verschillen in hulpzoekgedrag aan bod. Denken migranten anders over ziekte en gezondheid, en over de huisarts? Tot slot komt de (on)toegankelijkheid van de

huisarts aan bod: in hoeverre lopen migranten tegen andere belemmeringen aan dan autochtone Nederlanders? We sluiten het hoofdstuk af met de belangrijkste conclusies. Om antwoord te geven op deze onderzoeksvragen zijn verschillende bronnen gebruikt. De huisartsenregistratie (CBS StatLine, mei 2010) is geraadpleegd om het gebruik van de huisarts door de verschillende etnische groepen zo waarheidsgetrouw mogelijk weer te geven. Wegens het ontbreken van een geschikt databestand was het niet mogelijk kwantitatieve analyses uit te voeren, waardoor mogelijke verklaringen voor etnische verschillen grotendeels gebaseerd zijn op een verdiepende literatuurstudie. Voor aanvullende achtergrondinformatie hebben we interviews gehouden met een aantal experts (drs. Singels en mevr. Alakay, resp. coördinator programma Zorg en projectmedewerker bij het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie; en dhr. Tuk, senior adviseur bij Pharos).

Figuur 4.1

Verklaringen voor (etnische verschillen in) het gebruik van de huisarts



4.2 Gebruik van de huisarts

Huisartsen vormen de spil van de eerstelijnszorg; zij zijn het eerste aanspreekpunt van mensen met vragen en/of problemen ten aanzien van gezondheid en ziekte. Ondanks dat elke inwoner van Nederland, als het goed is, zijn eigen huisarts heeft, bestaan er toch etnische verschillen in het contact met de huisarts. Zorgvragende migranten gaan er vaker naartoe dan autochtone zorgvragers, hun consulten duren korter, er vinden minder therapeutische gesprekken plaats en er worden vaker medicijnen voorgeschreven (Danhan 2007). Vooral bij migranten van Turkse en Marokkaanse afkomst is er sprake van grootgebruik van de huisarts (CBS StatLine, mei 2010; Van Vliet et al. 2009). Deze bevindingen zijn gebaseerd op gegevens van volwassenen, maar aangezien het huisartsenbezoek van kinderen en jongeren grotendeels door hun ouders wordt bepaald, werken deze resultaten mogelijk door in het huisartsengebruik door jeugdigen.

Etnische verschillen in huisartsencontact

Geregistreerde huisartsencontacten (tabel 4.1) laten zien dat de meeste kinderen en jongeren in 2008 minstens eenmaal contact hebben gehad met de huisarts (gemiddeld 70%). Het aandeel Turks-Nederlandse jeugdigen dat ten minste één keer contact heeft gehad met de huisarts is het grootst (73%), en het aandeel westerse migrantenkinderen en -jongeren het kleinst (69%); de verschillen zijn echter klein (CBS StatLine, mei 2010). Wanneer we onderscheid maken naar leeftijd blijken in de categorie van 0 tot 15 jaar de autochtoon Nederlandse jeugdigen het minst gebruik te hebben gemaakt van de huisarts, en de Turks-Nederlandse jeugdigen het meest (tabel 4.1). In de leeftijd van 15 tot 25 jaar zijn het de westerse en overig niet-westerse migrantenjongeren die het minst gebruik hebben gemaakt van de huisarts. De Surinaams-Nederlandse jongeren hebben daarentegen het meest gebruikgemaakt van de huisarts, al gaat het wederom om kleine verschillen. In deze leeftijdscategorie is er overigens wel een groot sekseverschil zichtbaar: ongeacht de etnische achtergrond rapporteren meisjes meer contact met de huisarts dan jongens. Deze bevinding houdt mogelijk verband met menstruatieklachten, anticonceptiegebruik en (in mindere mate) zwangerschappen (zie ook hoofdstuk 5). De genoemde verschillen in het percentage jeugdigen dat ten minste één keer contact heeft gehad met de huisarts zijn dus klein. Er zijn echter aanwijzingen dat er ook etnische verschillen bestaan in de contactfrequentie (niet in tabel) (Devillé et al. 2006; Singels en Alakay, interview). Turks-Nederlandse jeugdigen hadden een hoger aantal contacten met de huisarts in 2008, in vergelijking met autochtoon Nederlandse jeugdigen. Het gaat hier om respectievelijk gemiddeld 2,8 en 2,4 contacten; bij volwassenen loopt het aantal contacten meer uiteen (CBS 2010; CBS StatLine, juli 2010). Ook uit de interviews met deskundigen komt naar voren dat niet-westerse migranten, en dan vooral migranten van Turkse herkomst, frequenter een bezoek brengen aan de huisarts (Singels en Alakay, interview; Tuk, interview).

Het is lastig om op basis van deze gegevens van onder- of overconsumptie te spreken. Het gebruik van de huisarts hangt namelijk nauw samen met de gezondheid van de jeugdigen. Er bestaat een complexe verhouding tussen het veelvuldig gebruikmaken van de huisarts terwijl er 'niets' aan de hand is, en het niet gebruikmaken van de huisarts terwijl dit wel verstandig zou zijn. Voordat we gaan kijken welke factoren bijdragen aan de verschillen in het gebruik van de huisartsenzorg, kijken we dan ook eerst naar eventuele gezondheidsverschillen tussen de etnische groepen. Hiermee rekening houdend kijken we nogmaals naar verschillen in het huisartsengebruik en proberen we deze verschillen te verklaren aan de hand van bepaalde achtergrondkenmerken, verschillen in de houding ten aanzien van ziekten, gezondheid en de huisarts, en ten slotte de (on)toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

Tabel 4.1

Door de huisarts geregistreerde contacten^a, naar leeftijd en etnische herkomst, 2008
(in procenten)

	jeugdigen van 0-14 jaar			jongeren van 15-24 jaar		
	totaal	jongens	meisjes	totaal	jongens	meisjes
autochtoon Nederlands	69	69	69	72	62	83
westers	70	70	69	67	57	77
Turks	75	76	74	71	64	79
Marokkaans	72	73	70	71	62	79
Surinaams	72	71	73	73	62	83
Antilliaans	70	69	70	70	63	76
overig niet-westers	71	72	69	68	60	77
totaal	70	70	70	71	62	82

a Contact houdt hier in: ten minste één bezoek per jaar.

Bron: CBS (2010); CBS StatLine, juli 2010

4.3 Gezondheid van kinderen en jongeren in Nederland

Over het algemeen is de gezondheid van de Nederlandse jeugd van 0 tot en met 18 jaar heel goed, zeker in vergelijking met leeftijdsgenoten in andere westerse landen (Schrijvers en Schoemaker 2008). Er bestaan echter verschillen tussen migrantenkinderen en -jongeren en autochtoon Nederlandse jeugdigen in hun gezondheid en gezondheidsbeleving (Danhan 2007; Van Vliet et al. 2009).

Gezondheidstoestand

In 2008 had ruim 22% van de niet-westerse migranten jeugdigen van 2 tot 25 jaar overgewicht, tegenover 14% van de autochtoon Nederlandse jeugd. De prevalentie van overgewicht is met name bij Turks- en Marokkaans-Nederlandse jeugdigen sinds 1999 sterk toegenomen, in vergelijking met autochtoon Nederlandse kinderen en jongeren (Jeugdgezondheid 2010). Hieraan gerelateerd geldt diabetes als een van de meest voorkomende en snelst in aantal toenemende chronische ziektes onder kinderen. Diabetes komt vaker voor onder migranten, en met name onder Surinaams-Nederlandse jeugdigen (Jeugdgezondheid 2010). Ook laten niet-westerse migrantenkinderen en -jongeren gemiddeld genomen een minder gunstige psychische gezondheid zien dan autochtoon Nederlandse jeugdigen; schizofrenie komt bijvoorbeeld vaker voor onder migranten (Ingleby 2008; Jeugdgezondheid 2010; Schrijvers en Schoemaker 2008). Met betrekking tot de prevalentie van astma laten autochtoon Nederlandse kinderen juist een minder gunstig beeld zien, al hebben migrantenkinderen met astma doorgaans meer klachten over hun ziekte (Jeugdgezondheid 2010).

Een aantal factoren is gerelateerd aan deze etnische verschillen in gezondheid. Zo blijkt dat een betere sociaaleconomische status de kans op gezondheidsproblemen verkleint

door een goede kwaliteit van huisvesting, hygiëne, een positieve houding van de omgeving tegenover gezondheid, leefstijl en persoonlijke ontwikkeling, vrijwaring van stress, en toegang tot effectieve zorg (Schrijvers en Schoemaker 2008; Singels en Drewes 2006). Niet-westerse migrantenjongeren hebben gemiddeld een lagere sociaaleconomische status dan autochtoon Nederlandse en westerse migrantenkinderen en -jongeren. Tegelijkertijd blijkt ook het onderwijsniveau gerelateerd aan de gezondheidsstatus van de jongere. Hoger opgeleiden laten gemiddeld genomen minder gezondheidsklachten en -problemen zien dan lager opgeleiden (CBS StatLine, juni 2010). Autochtoon Nederlandse jongeren zijn doorgaans hoger opgeleid dan niet-westerse migrantenjongeren (Gijsberts en Herweijer 2009). Daarnaast wordt verondersteld dat genetische factoren een rol spelen bij een verhoogde prevalentie van sommige ziekten onder niet-westerse migranten, zoals diabetes onder Surinaams-Nederlandse jongeren (Singels en Drewes 2006; zie ook § 3.4.2).

Klachten bij de huisarts

Jeugdigen komen het meest bij de huisarts met uiteenlopende vormen van luchtweg-infecties, zoals acute infecties van de bovenste luchtwegen, hoesten en acute bronchitis (Van der Linden et al. 2005). Uit een onderzoek naar de gezondheidsproblemen van jeugdigen (0-18 jaar) en het gebruik van de huisarts blijkt dat de helft van zowel de jongens als de meisjes aangeeft in de afgelopen twee maanden last te hebben gehad van verkoudheid, griep, keelontsteking of voorhoofdsholteontsteking (Van der Linden et al. 2005). Bij jonge kinderen bestaat het grootste deel van de gezondheidsproblemen uit problemen die voor of tijdens de geboorte en als gevolg van ongevallen zijn ontstaan, evenals uit astma en andere luchtwegklachten. Bij jongeren komen ongevallen ook veel voor, evenals psychische stoornissen zoals angst- en stemmingsstoornissen, en alcoholverslaving (Schrijvers en Schoemaker 2008). Als belangrijkste verschil tussen jongens en meisjes kwam het frequent voorkomen van snijwonden bij jongens, en blaasontsteking bij meisjes naar voren (Van der Linden et al. 2005).

Cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS 2010) laten etnische verschillen zien in de klachten waarmee jongeren van 15-24 jaar bij de huisarts komen. Autochtoon Nederlandse jongeren komen meer bij de huisarts met oorproblemen, last van de urinewegen, en vragen over anticonceptie en/of zwangerschap. Niet-westerse migranten hebben meer klachten op het gebied van bloed en bloedvormende organen (bv. milt en lymfeklieren), sociale problemen en mannelijke geslachtsorganen.

Gezondheidsbeleving

De Nederlandse jeugd voelt zich over het algemeen ook gezond; de meeste jongeren onder de 25 jaar zijn positief over de eigen gezondheid (92% in 2008). Migrantenkinderen en -jongeren zijn hier echter iets minder tevreden over dan autochtoon Nederlandse jeugdigen (Bucx 2009; CBS 2009a): 87% van de niet-westerse migrantenjongeren voelde zich in 2008 gezond, tegenover 91% van de westerse migrantenjongeren en 93% van de autochtoon Nederlandse jongeren. Het aandeel jongeren dat zijn gezondheid positief beoordeelt, is de afgelopen jaren weinig veranderd (CBS 2009a; De Jong et al. 2010a).

Hierbij bestaan ook nog verschillen naar onderwijsniveau van het voortgezet onderwijs: jongeren die deelnemen aan een van de hogere onderwijsniveaus geven vaker aan een zeer goede gezondheid te ervaren, terwijl jongeren in de lagere segmenten vaker een minder dan goede gezondheid ervaren (CBS StatLine, juni 2010). Er zijn echter aanwijzingen dat de gezondheidsbeleving ook een culturele component bevat. Uit onderzoek blijkt namelijk dat etnische verschillen in gezondheidsbeleving niet alleen bepaald worden door achtergrondkenmerken, maar ook samen lijken te hangen met etniciteit (Devillé et al. 2006).

Verhouding tussen gezondheid en huisartsengebruik

Er bestaan dus wel degelijk etnische verschillen in de gezondheidstoestand van de jeugdigen. Niet-westerse migrantenkinderen en -jongeren krijgen gemiddeld genomen meer te maken met gezondheidsklachten en -problemen dan autochtoon Nederlandse jeugdigen. Het veelvuldige gebruik van de huisarts door migranten jeugdigen wordt dus gedeeltelijk verklaard doordat ze ook meer gezondheidsproblemen hebben. Echter, ook wanneer er rekening wordt gehouden met etnische verschillen in de gezondheidstoestand, wijst onderzoek uit dat niet-westerse migranten vaker gebruikmaken van de huisarts (Stronks et al. 2001). Uit literatuuronderzoek komt nog een aantal andere factoren naar voren die mogelijk het relatief hoge aantal contacten van migranten jeugdigen met de huisarts verklaren. Deze worden in de paragrafen 4.4-4.6 besproken.

4.4 Rol van achtergrondkenmerken

In de vorige paragraaf vonden we aanwijzingen dat factoren zoals sociaaleconomische status, genetische factoren en het onderwijsniveau gerelateerd zijn aan de prevalentie van ziekten. Het is mogelijk dat dergelijke achtergrondfactoren ook een rol spelen bij het wel of niet gebruikmaken van de huisarts door bepaalde migrantengroeperingen, ongeacht hun gezondheidstoestand. Uit de literatuur blijkt echter dat achtergrondkenmerken voornamelijk een rol spelen bij verschillen in de gezondheid van kinderen en jongeren. Ze lijken meestal niet direct gerelateerd aan het gebruik van de huisarts. Wel komt naar voren dat oudere jeugdigen en meisjes meer gebruikmaken van de huisarts dan jonge kinderen en jongens. Dit kan echter geen verklaring vormen voor de gevonden etnische verschillen, want op deze punten verschilt de verdeling van de diverse groepen jeugdigen in Nederland niet.

Opleidingsniveau

Een factor die mogelijk wel een rol speelt, is het opleidingsniveau van de ouders: lager opgeleiden maken meer gebruik van de huisarts dan hoger opgeleiden (Van Lindert et al. 2004; Tuk, interview). Migrantenouders hebben gemiddeld een lager opleidingsniveau dan autochtoon Nederlandse ouders, en van de niet-westerse migranten zijn degenen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond gemiddeld het laagst opgeleid (Gijsberts en Herweijer 2009). Lager opgeleiden hebben wellicht minder kennis van ziekten en gezondheid, en daarmee samenhangend een minder zelfzorgend vermogen, waardoor zij eerder geneigd zijn een bezoek te brengen aan de huisarts bij de aanwezigheid van

ziektesymptomen of gezondheidsklachten (Danhan 2007; Devillé et al. 2006; Singels en Alakay, interview). Dit geldt dus vooral voor de niet-westerse migrantenjongdigen, aangezien zij en hun ouders gemiddeld lager zijn opgeleid dan autochtoon Nederlandse jeugdigen en hun ouders. Het gebruik van de huisarts kan echter niet geheel verklaard worden door de lagere sociaaleconomische status van migranten, wat volgens Stronks et al. (2001) impliceert dat etniciteit mogelijk een op zichzelf staande factor is die een rol speelt bij het gebruik van de huisarts.

4.5 Houding ten aanzien van de huisartsenzorg

Naast verschillen in gezondheid en gezondheidsbeleving, en in het opleidingsniveau van de ouders bestaan er ook culturele verschillen in opvattingen, waarden en normen omtrent gezondheid en ziekten, en het zoeken naar hulp (Vermeer 2006; Van Wieringen et al. 2002). Deze factoren kunnen eveneens de keuze om gebruik te maken van de huisarts beïnvloeden.

Hulpzoekgedrag

Er bestaan etnische verschillen in de kennis van en omgang met gezondheidsklachten en -problemen. Laagopgeleiden (waaronder veel migranten) hebben meestal minder kennis van fysieke gezondheidsklachten en ziektesymptomen, en van preventief gedrag (Danhan 2007; Singels en Alakay, interview). Tegenwoordig is veel informatie over ziekte en gezondheid via het internet verkrijgbaar, waardoor de informatie nog toegankelijker is dan via de huisarts. Jeugdigen (en hun ouders) die geen toegang tot internet hebben, zijn minder in staat informatie over kwaaltjes en symptomen (digitaal) op te zoeken en maken daardoor misschien eerder en meer gebruik van de huisarts. Het internetgebruik van migranten is de afgelopen jaren aanzienlijk gestegen, maar nog steeds hebben niet-westerse migranten minder vaak toegang tot internet vanuit thuis (Van Rooij et al. 2008). Voornamelijk migranten van Turkse en Marokkaanse afkomst zijn minder bekend met het gebruik van internet, en zij maken wellicht eerder gebruik van de huisarts in het geval van gezondheidsklachten en ziektesymptomen (Van Ingen et al. 2007). Daarnaast bestaan er (culturele) verschillen in *coping*stijlen; mensen gaan op verschillende manieren om met hun (gezondheids)problemen. Sommigen negeren het probleem, terwijl anderen het probleem onder ogen zien en dit op een actieve manier aanpakken (Cauce et al. 2007). Daarbij komt dat sommigen het gevoel hebben dat ze zelf veel over het leven te zeggen hebben, terwijl anderen de problemen buiten zichzelf leggen. Door de geïnterviewde experts (Singels en Alakay, interview; Tuk, interview) wordt aangegeven dat deze verschillen samenhangen met opleidingsniveau: lager opgeleiden hebben doorgaans minder het idee dat zij controle kunnen uitoefenen op hun gezondheid. Zoals in paragraaf 4.4 gezegd zijn migranten gemiddeld lager opgeleid dan autochtone Nederlanders, en ze denken dus minder snel dat ze zelf ook een rol kunnen spelen bij zowel het veroorzaken als het oplossen van hun gezondheidsproblemen. Ze zoeken sneller naar externe oorzaken en vragen om medische oplossingen, zoals onderzoek en medicijnen (Tuk, interview).

Vanuit de traditionele culturen zijn veel migranten ook niet bekend met het (in het westen gehanteerde) onderscheid tussen fysieke en psychische problemen. Klachten worden door hen doorgaans lichamelijk ervaren, wat vanuit een westers oogpunt gezien wordt als 'somatiseren'. Schaamte voor bepaalde (psychische) problemen kan hierbij ook een rol spelen (Pels, interview; ¹ Tuk, interview). Migranten zijn het gewend om met fysieke gezondheidsklachten naar de huisarts te gaan en zullen dan ook minder snel zelf een oplossing zoeken (Singels en Alakay, interview). Dit komt overeen met eerder onderzoek waarin gesteld wordt dat voor Turks-Nederlandse respondenten een huisartsenbezoek veelal een vanzelfsprekende consequentie is van ziek zijn, terwijl autochtoon Nederlandse respondenten vaker terugvallen op een vorm van zelfzorg (Venema et al. 1992). Dit verklaart wellicht het hogere huisartsengebruik van met name Turks-Nederlandse migranten.

Kijk op de huisarts

Een ander punt is het verschil in verwachtingen tussen de (overwegend autochtoon Nederlandse) huisarts en de migrantenpatiënten. Zo zijn niet-westerse migranten veelal gewend aan artsen die standaard veel medicijnen voorschrijven, terwijl deze binnen het Nederlandse zorgsysteem minder snel worden gegeven (Pels, interview; Singels en Alakay, interview). Migrantenpatiënten die zonder pillen de huisarts verlaten, zullen het idee hebben dat ze geen goed consult hebben gehad. Deze patiënten zullen nog een keer terugkomen, omdat er naar hun idee nog geen goede diagnose gesteld is (Singels en Alakay, interview).

Uit verschillend onderzoek komt tevens naar voren dat migranten weinig vertrouwen hebben in de (autochtoon Nederlandse) huisarts. Dit heeft deels te maken met de verschillende verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg, maar ook met een zekere onbekendheid met het fenomeen huisarts als poortwachter naar de overige sectoren binnen de zorg. Daarnaast zijn migranten bang om ongelijk behandeld te worden vanwege hun culturele achtergrond (Ho et al. 2007). Dit heeft te maken met de beelden die migranten hebben, en met een gebrek aan vertrouwen. Zij zien enerzijds een samenleving waar kansen zijn, en anderzijds een samenleving die je niet volledig accepteert in je godsdienst, je normen en je waarden (Tuk, interview). Zowel ouderen als jongeren wijken in deze gevallen vaak uit naar het land van herkomst voor een artsenbezoek (Singels en Alakay, interview).

4.6 (On)toegankelijkheid van de huisartsenzorg

Naast de besproken gezondheidstoestand en -beleving, de achtergrondkenmerken en de houding van de kinderen en jongeren (en hun ouders) ten aanzien van de huisarts, speelt mogelijk ook de (on)toegankelijkheid van de huisarts een rol in het gebruik ervan. Gedacht kan worden aan vaardigheden die nodig zijn om de weg naar passend zorgaanbod te vinden, evenals aan taal- en communicatiebarrières, en een gebrek aan interculturele competenties bij zorgverleners (Danhan 2007).

Passend zorgaanbod

Vaak wordt gesteld dat de zorgvraag van migranten en het Nederlandse zorgaanbod niet altijd even goed op elkaar aansluiten. Een voorbeeld daarvan is in paragraaf 4.5 al genoemd: huisartsen en patiënten hebben vaak verschillende verwachtingen van elkaar. Daarnaast stellen de (overwegend autochtoon Nederlandse) huisartsen vaak open en reflecterende vragen, terwijl men het in andere culturen niet altijd gewend is om op dusdanige manier naar zichzelf te kijken. De vragen sluiten dus niet altijd aan bij de leefwereld van migranten (Vermeer 2006). Verder wordt in het Nederlandse zorgsysteem veel verantwoordelijkheid van de patiënt zelf verwacht. De mate van zelfmanagement en eigen verantwoordelijkheid van migranten voldoen echter niet altijd aan de verwachtingen van het Nederlandse zorgsysteem. Zo hebben ze minder kennis over hun ziekte en de behandeling ervan, en zijn ze minder goed in staat adviezen na te leven en medicijnen op de juiste wijze te gebruiken (Danhan 2007; Pels, interview; Singels en Alakay, interview). Dit heeft mogelijk tot gevolg dat niet-westerse migranten steeds terugkomen bij de huisarts met hun klachten (Singels en Alakay, interview).

Taal- en communicatiebarrières

Wanneer zorgverleners wordt gevraagd wat zij als de belangrijkste problemen beschouwen in hun contact met migrantenpatiënten, noemen zij problemen met de taal en de non-verbale communicatie. Een matige beheersing van de Nederlandse taal en het verschil in communicatiepatronen kunnen de formulering van hulpvragen belemmeren (Danhan 2007; Vermeer 2006; Van Wieringen et al. 2002). Daarnaast beschikken laag-opgeleide migranten vaak over beperkte 'gezondheidsvaardigheden': zij hebben meer moeite met het goed lezen, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid. Dit heeft mede te maken met het feit dat in zowel mondelinge als schriftelijke communicatie moeilijke termen worden gebruikt en dat de aanwijzingen voor gezond leven niet goed aansluiten bij hun (niet-westerse) gedrags- of voedingspatroon (Singels en Alakay, interview). Een van de gevolgen van deze taal- en communicatieproblemen is dat artsen de gezondheidsklachten/ziektesymptomen van een migrant minder goed kunnen volgen, en er vaak meerdere (kortere) consulten nodig zijn om tot een diagnose te komen (Seeleman et al. 2008; Singels en Alakay, interview). Dit komt overeen met een eerdere bevinding dat er vooral etnische verschillen in het huisartsengebruik zijn in termen van herhaalbezoeken, en niet zozeer in de frequentie van eenmalige consulten (Kunst et al. 2008).

Interculturele competenties van de huisarts

Zorgverleners schieten vaak tekort wat betreft het inzicht in de opvattingen van migranten over ziekte en het hulpverleningsproces, en zo wordt het bieden van zorg op maat en zorg op tijd belemmerd (Danhan 2007). Zo blijken migranten minder vragen te stellen in een consult met de huisarts, en worden zij ook minder vaak betrokken bij het besluit betreffende medicatie of een andere oplossing (Schouten et al. 2009; Seeleman et al. 2008). Het is echter onduidelijk of dit het gevolg is van een gebrek aan interculturele competenties bij de huisarts, of van het feit dat niet-westerse migranten minder behoefte hebben aan betrokkenheid bij het hulpverleningsproces (Schouten et al. 2009).

Migranten hebben vaak meer moeite om aan te geven wat er aan de hand is, en als de arts deze patiënt niet goed weet te begeleiden in het kenbaar maken van de klacht komt er mogelijk een onjuiste of onvolledige diagnose. De kans is groot dat de patiënt op een later moment wederom contact zal opnemen met de huisarts (Singels en Alakay, interview).

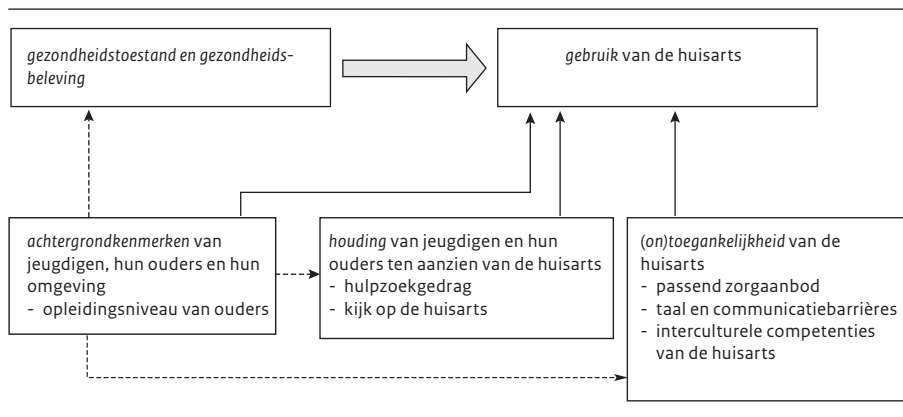
Het Nederlandse Huisartsen Genootschap heeft de verbetering van interculturele competenties van huisartsen en assistenten op de agenda staan. Het is voor huisartsen belangrijk te weten hoe mensen denken over gezondheid. Zo komt uit het interview met Singels en Alakay naar voren dat kanker bijvoorbeeld echt nog taboe is onder migranten, en dat zij daar liever niet over praten. Hoe kunnen migranten dan toch het beste worden aangesproken? Met interculturele competentietrainingen kunnen huisartsen deze vaardigheden verwerven.

4.7 Conclusies

In Nederland kunnen alle jeugdigen met gezondheidsklachten en ziektesymptomen gebruikmaken van de huisarts. In dit onderzoek is nader ingegaan op etnische verschillen in de contacten met de huisarts, waarbij de nadruk lag op het verklaren van deze verschillen. De verklarende factoren worden nu eerst gepresenteerd in een model (figuur 4.2) en vervolgens worden de belangrijkste conclusies weergegeven. Bij dit alles moet worden opgemerkt dat voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de gegevens, dit gezien de aard van de studie (literatuuronderzoek met interviewgegevens).

Figuur 4.2

Verklarende factoren voor (etnische verschillen in) het gebruik van de huisarts



Etnische verschillen in het gebruik van de huisarts

In de nulmeting van de monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid (zie De Jong et al. 2010a,b) worden slechts kleine verschillen gevonden in het huisartsengebruik (ten minste één keer per jaar) tussen autochtoon Nederlandse jeugdigen en de diverse groepen

migrantenjeugdigen. Echter, op basis van frequenties van het huisartsenbezoek in 2008 (CBS 2010; CBS StatLine, juli 2010) vinden we dat vooral Turkse jeugdigen vaker gebruikmaken van de huisarts. Behalve een minder goede gezondheid is uit literatuuronderzoek een aantal andere factoren naar voren gekomen die mogelijk samenhangen met het frequentere gebruik van de huisarts door migranten (figuur 4.2).

Niet alle jeugdigen zijn even gezond

De gezondheid van Nederlandse jeugdigen is over het algemeen erg goed, al bestaan er wel degelijk verschillen tussen migrantenjeugdigen en autochtoon Nederlandse kinderen en jongeren. Zo komen overgewicht, diabetes en schizofrenie vaker voor bij migrantenkinderen en -jongeren dan bij jeugdigen van autochtoon Nederlandse herkomst. De belangrijkste redenen voor deze gezondheidsverschillen zijn een lagere sociaaleconomische status bij migranten, een lager onderwijsniveau, en genetische factoren die de ontwikkeling van bepaalde problemen en beperkingen bevorderen. De verschillen in gezondheid zien we terug in de cijfers van de gezondheidsbeleving: 87% van de niet-westerse migrantenjongeren voelde zich in 2008 gezond, tegenover 93% van de autochtoon Nederlandse jongeren. De oudere categorie jongeren (van 15-24 jaar) voelde zich wat vaker minder gezond, en dat geldt ook voor jongeren op de lagere niveaus van het voortgezet onderwijs.

Veelvuldig gebruik van de huisarts door migranten

Het verschil in huisartsengebruik tussen migrantenjeugdigen en autochtoon Nederlandse kinderen en jongeren is zeer klein, afgaand op het aandeel per groep dat ten minste één keer in het jaar contact heeft met de huisarts. Echter, wanneer we kijken naar de frequenties van het huisartsencontact, blijken vooral Turks-Nederlandse jeugdigen veelvuldig gebruik te maken van de huisarts. Naast het gegeven dat deze jeugdigen ongezonder zijn, blijken ook andere factoren dit veelvuldige gebruik te vergroten. Het opleidingsniveau lijkt een rol te spelen: lager opgeleiden hebben minder kennis van ziekten en gezondheid en van zelfzorg, waardoor ze sneller gebruikmaken van de huisarts in geval van gezondheidsproblemen of -klachten. Verschillen in gezondheid en sociaaleconomische status kunnen echter geen volledige verklaring vormen voor het frequentere huisartsengebruik van migranten; wellicht speelt etniciteit ook een op zichzelf staande rol. Zo zijn culturele verschillen in opvattingen en kennis omtrent ziekte en gezondheid, en omtrent het zoeken naar hulp ook gerelateerd aan het veelvuldige huisartsengebruik. Migrantenvolken lijken psychosociale problemen en beperkingen vaak toe te willen schrijven aan fysieke problemen; daar lijkt minder een taboe op te rusten. Wat naar voren komt is dat vooral voor Turkse Nederlanders een huisartsenbezoek vaak een vanzelfsprekende consequentie is van het onwel zijn, terwijl autochtone Nederlanders vaker terugvallen op een vorm van zelfzorg. Migrantenvolken blijken ook veelal andere verwachtingen van de huisarts te hebben, waardoor zij niet altijd voldaan zijn na een bezoek en hoogstwaarschijnlijk op een later tijdstip wederom contact opnemen. Daarnaast spelen communicatieproblemen een rol: doordat migranten hun klachten niet altijd goed kunnen verwoorden, en de (overwegend autochtoon Nederlandse) huisartsen

de patiënten niet altijd begrijpen, zijn vaak meerdere consulten nodig om tot de juiste diagnose te komen.

Gewicht van de verklarende factoren

In deze verdiepingsstudie is met behulp van een literatuurstudie en aanvullende interviews de beschikbare informatie over het gebruik van de huisarts door autochtoon Nederlandse en migrantenkinderen en jongeren op een rij gezet. Tevens zijn factoren aan de orde gekomen die gerelateerd zijn aan het wel of niet gebruikmaken van de huisarts. Vanwege het gebrek aan een databestand waarin zowel het gebruik van de huisarts als de achtergrondkenmerken en de houdings- en toegankelijkheidsfactoren zijn gemeten, is het niet mogelijk de precieze verklarende waarden van de besproken factoren te bepalen. Bovendien is veel informatie uit de literatuur gebaseerd op onderzoek met volwassenen. Er is maar weinig informatie beschikbaar over de houding van jongeren ten aanzien van ziekte en gezondheid, en over de vraag hoe zij aankijken tegen de huisarts. Het huisartsengebruik van jongeren kan echter wel anders zijn dan dat van hun ouders. In dit onderzoek is deze informatie van volwassenen doorgetrokken naar de kinderen en jongeren, maar het is interessant om in toekomstig onderzoek ook naar de houding en ervaren (on)toegankelijkheid van de jongeren te kijken. Hier lijkt vooral veel winst te behalen met het oog op preventie van bijvoorbeeld depressie en overgewicht.

Noot

- 1 Ook uit het gesprek met prof. dr. Pels over formele opvoedingsondersteuning is informatie over het gebruik van de huisarts naar voren gekomen. Prof. dr. Pels is senior onderzoeker bij het Verwey-Jonker Instituut en bijzonder hoogleraar aan de faculteit der Psychologie en Pedagogiek van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

5 Voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid

Angela van den Broek en Ellen Kleijnen

5.1 Risico's op seksueel gebied

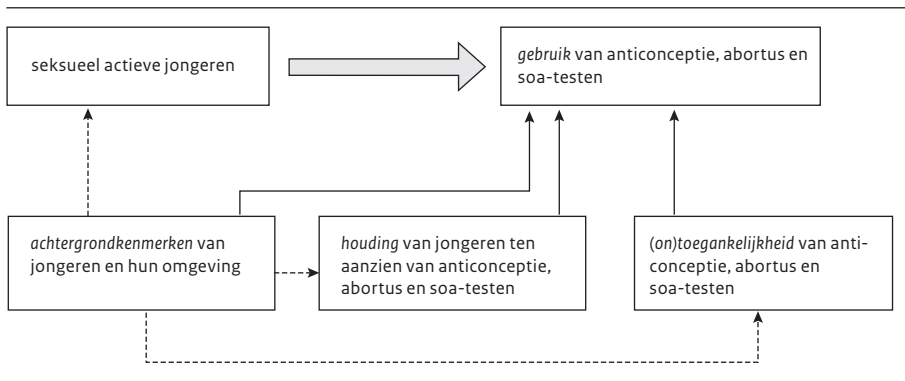
In de puberteit experimenteren veel jongeren met relaties en seksualiteit. Dit gebeurt niet zonder risico: jongeren kunnen seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) oplopen en/of ongewenst zwanger raken. Er zijn aanwijzingen dat etnische minderheden kwetsbaarder zijn en meer problemen ondervinden op seksueel gebied (De Haas et al. 2008). In dit hoofdstuk wordt ingegaan op etnische verschillen in het gebruik van een aantal voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid onder jongeren: het gebruik van anticonceptie, abortus en soa-testen. De focus ligt op deze voorzieningen vanwege etnische verschillen in het gebruik ervan tussen jongeren, en het belang dat deze voorzieningen hebben voor de volksgezondheid. Tienerzwangerschappen kunnen bijvoorbeeld een goede opleiding en daarmee een goede kans op de arbeidsmarkt bemoeilijken (Kirkman et al. 2009), en soa's kunnen ernstige lichamelijke gevolgen hebben zoals onvruchtbaarheid of orgaanproblemen (Soa Aids Nederland 2010).

Uit de nulmeting van de monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid blijkt dat minder migrantenmeisjes van 12 tot en met 16 jaar een voorbehoedsmiddel hebben gebruikt tijdens de laatste keer geslachtsgemeenschap dan autochtoon Nederlandse meisjes (83% tegenover 92%), terwijl migrantenjongens en autochtoon Nederlandse jongens evenveel gebruik hebben gemaakt van voorbehoedsmiddelen (91%) (De Jong et al. 2010a,b). Het aandeel meisjes (11-24 jaar) dat het afgelopen jaar zwanger is geweest, is hoger bij meisjes met een Surinaamse (9%) of Antilliaanse (6%) achtergrond, dan bij autochtoon Nederlandse meisjes (3%) (De Jong et al. 2010a,b). Van de zwangere meisjes zijn het met name de Marokkaans-Nederlandse meisjes die hun zwangerschap afbreken (79%); bij de autochtoon Nederlandse meisjes is dat 61% (Kruijer et al. 2009). Verder laten seksueel actieve jongeren van Surinaamse en Antilliaanse afkomst zich relatief vaker testen op soa's dan de andere jongeren (De Graaf et al. 2005), en zij testen ook vaker positief (RIVM 2009).

In deze studie wordt gekeken of de etnische verschillen in het gebruik van achtereenvolgens anticonceptie, abortus en soa-testen verklaard kunnen worden door verschillen in achtergrondkenmerken, de houding ten aanzien van deze voorzieningen en/of de (on)toegankelijkheid ervan; oftewel welke factoren zorgen ervoor dat jongeren al dan niet gebruikmaken van anticonceptie, abortus en/of soa-testen (figuur 5.1)?

Figuur 5.1

Verklaringen voor (etnische verschillen in) het gebruik van anticonceptie, abortus en soa-testen



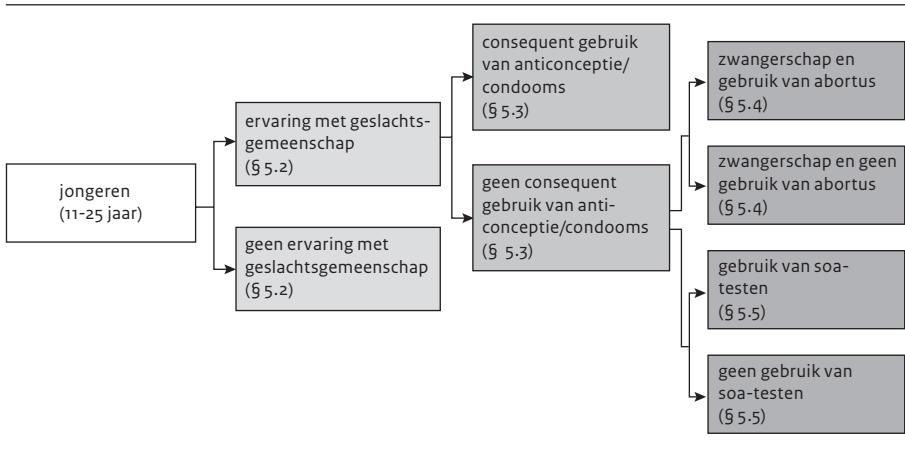
Anticonceptie, abortus en soa-testen ten opzichte van elkaar

Het gebruik van voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid hangt allereerst samen met het al dan niet hebben van ervaring met geslachtsgemeenschap; jongeren die daar (nog) geen ervaring mee hebben, zullen ook geen gebruikmaken van anticonceptie, abortusvoorzieningen en soa-testen (het lichtgrijze gedeelte van figuur 5.2). Zijn er etnische verschillen in de ervaring met geslachtsgemeenschap? Voor jongeren die ervaring hebben met geslachtsgemeenschap en dus de doelgroep zijn voor anticonceptie, worden etnische verschillen in het daadwerkelijke anticonceptiegebruik besproken (middelgrijze gedeelte van figuur 5.2). Een vraag die wordt behandeld is in hoeverre deze verschillen toe te schrijven zijn aan verschillen in achtergrondkenmerken. Spelen houdingsverschillen wellicht een grotere rol of is anticonceptie niet voor iedereen even makkelijk te verkrijgen?

Jongeren die niet consequent gebruikmaken van anticonceptie en voorbehoedsmiddelen, en dus ‘onveilig vrijen’, kunnen (ongewenst) zwanger raken en/of een soa oplopen. Verklaringen voor etnische verschillen in het gebruik van abortusvoorzieningen en soa-testen en worden besproken in paragraaf 5.4 en 5.5 (donkergrijze gedeelten van figuur 5.2). Wederom bekijken we in hoeverre het achtergrondkenmerken zijn die bepalen of er gebruikgemaakt wordt van abortus en soa-testen. Mogelijk hebben migrantenjongeren toch een andere houding ten aanzien van seksuele gezondheid en het gebruik van de voorzieningen of lopen zij bij het gebruik van voorzieningen tegen andere belemmeringen aan dan autochtoon Nederlandse jongeren. We sluiten het hoofdstuk af met een concluderende paragraaf.

Figuur 5.2

Opzet van dit hoofdstuk



Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen wordt gebruikgemaakt van het JOS-onderzoek¹ naar seksuele gezondheid en seksueel gedrag, dat in 2004 is uitgevoerd onder personen van 11 tot en met 24 jaar (De Graaf et al. 2005). Respondenten zijn geworven via scholen en gemeentelijke basisadministraties van verschillende gemeenten. In totaal hebben 4875 jongeren (49% jongens en 51% meisjes) deelgenomen aan het onderzoek. In deze verdiepingstudie wordt niet alleen gekeken naar verschillen tussen autochtoon Nederlandse jongeren en migrantenjongeren, maar (waar mogelijk) ook naar verschillen tussen de migrantenjongeren onderling. De etnische groepen zijn klein, en dus zijn jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst, alsmede die van Surinaamse en Antilliaanse herkomst samengevoegd.² De respondenten zijn als volgt verdeeld over vijf etnische herkomstgroepen: 78% is autochtoon, 7% is westers, 6% is Turks of Marokkaans, 5% is Surinaams of Antilliaans, en 2% is van overig niet-westerse herkomst. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers aan het onderzoek is 18,5 jaar. De autochtoon Nederlandse en westerse migrantenjongeren (gemiddelde leeftijd 18,8 jaar) zijn significant ouder dan de groep Turks- en Marokkaans- Nederlandse jongeren (gemiddelde leeftijd 17,2 jaar). Omdat de respondenten klassikaal zijn ondervraagd, moeten we rekening houden met eventuele sociaal wenselijke antwoorden; dit kan met name te maken hebben met opschepgedrag bij bepaalde jongeren, en met eer- en schaamtegevoelens bij vooral niet-westerse migrantenmeisjes.

Om aanvullende informatie te verzamelen, is een literatuurstudie uitgevoerd en zijn interviews gehouden met experts (drs. Giepmans, landelijk beleidscoördinator bij Stichting Ambulante Fiom; drs. Van der Vlugt en drs. De Neef, resp. programmacoördinator Anticonceptie en Abortus en senior consultant/onderzoeker bij de Rutgers Nisso Groep).

5.2 Seksualiteit in het leven van jongeren

Voordat eventuele etnische verschillen in het gebruik van de genoemde voorzieningen worden besproken, wordt nagegaan in hoeverre jongeren ervaring hebben met geslachtsgemeenschap.³

Etnische verschillen in ervaring met geslachtsgemeenschap

Zoals bekend is uit eerder onderzoek (Van Dorselaer et al. 2007; De Graaf et al. 2005; De Jong et al. 2010a) zijn er etnische verschillen in het aandeel jongeren dat ervaring heeft met geslachtsgemeenschap. Het totale percentage migrantenjongeren en autochtoon Nederlandse jongeren (11-24 jaar) dat zegt ooit seksuele gemeenschap te hebben gehad, loopt niet erg uiteen, al hebben jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst er significant minder ervaring mee. Er bestaan echter aanzienlijke verschillen tussen jongeren van 11 tot en met 16 jaar, en jongeren van 17 tot en met 24 jaar (tabel 5.1). In de jongste leeftijdscategorie zijn er significant meer niet-westerse migrantenjongeren die rapporteren ervaring met geslachtsgemeenschap te hebben, dan autochtoon Nederlandse en westerse migrantenjongeren. Uit nadere analyses (niet in tabel) blijkt dit vooral een sekseverschil te zijn. Met name de autochtoon Nederlandse jongens van 11 tot 17 jaar blijven achter bij hun niet-westerse leeftijdsgenoten met betrekking tot seksuele ervaringen. De niet-westerse migrantenjongens rapporteren op deze jonge leeftijd veel meer ervaring met geslachtsgemeenschap, ook in vergelijking met meisjes van niet-westerse herkomst. Beide opvallende verschillen worden op latere leeftijd (17-24 jaar) kleiner, en dan zijn het met name de meisjes van Turkse en Marokkaanse herkomst die minder ervaring met geslachtsgemeenschap rapporteren, zowel vergeleken met de andere meisjes als met de jongens uit de eigen groep.

Tabel 5.1

Jongeren die ervaring met geslachtsgemeenschap rapporteren, naar leeftijd en etnische herkomst, 2004 (in procenten)

	totaal	11-16 jaar	17-24 jaar
autochtoon Nederlands (n = 3572)	59	15	80
westers (n = 308)	61	20	81
Turks en Marokkaans (n = 279)	39	26	56
Surinaams en Antilliaans (n = 234)	58	28	78
overig niet-westers (n = 198)	48	29	70
totaal (n = 4591)	57	18	79

Bron: Rutgers Nisso Groep (RNG) (105'04) SCP-bewerking

Etnische verschillen in seksualiteit in het leven van de jongeren

De ervaring met geslachtsgemeenschap staat niet op zichzelf, maar heeft te maken met de rol die seksualiteit speelt in het leven van de jongere (Frouws en Hollander 2009).

Iedere etnische groep staat op een andere manier tegenover seksualiteit. Om een idee te krijgen van de omgang met en de houding ten aanzien van seksualiteit binnen de verschillende etnische groepen, zal per etnische groep een algemeen beeld worden geschetst. Vanwege de heterogeniteit binnen de groep 'overig niet-westers', zullen zij hier buiten beschouwing worden gelaten.

Autochtoon Nederlandse en westerse migrantengezinnen

In veel autochtoon Nederlandse en westerse migrantengezinnen heerst een redelijk open en liberale houding ten aanzien van seksualiteit (Harbers 2006). De meeste jongeren kunnen thuis praten over verliefdheid en relaties, en over het gebruik van anti-conceptie en condooms (Seksualiteit.nl 2010). Ook schamen zij zich meestal niet voor hun seksuele gevoelens (De Graaf et al. 2009).

Turks- en Marokkaans-Nederlandse gezinnen

Binnen Turks- en Marokkaans-Nederlandse gezinnen heerst door de bank genomen een conservatievere houding ten aanzien van seksualiteit dan binnen de andere gezinnen, wat sterk gerelateerd is aan de islamitische religie. Binnen deze etnische groepen wordt veel waarde gehecht aan de maagdelijkheid van ongehuwde dochters, en meisjes mogen vaak niet omgaan of gezien worden met jongens (Eldering 2006; De Graaf et al. 2005). In veel gezinnen wordt absoluut niet over seksualiteit gesproken, en bij intieme beelden op televisie wordt deze uitgezet (Frouws en Hollander 2009). Een sterke sociale controle maakt jongeren, en met name meisjes, angstig. Ze zijn bang dat dingen die ze gedaan hebben op seksueel gebied zullen uitkomen en dat ze hiermee de eer van de familie schenden, die is verbonden met het kuise gedrag van dochters (Frouws en Hollander 2009). Dit conservatievere beeld ten aanzien van seksualiteit zorgt er mogelijk voor dat jongeren met een Turkse of Marokkaanse afkomst vaak minder ervaring hebben met geslachtsgemeenschap, zoals we zagen in tabel 5.1.

Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse gezinnen

Binnen Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse gezinnen gelden veelal soepelere normen ten aanzien van seksualiteit dan binnen Turkse en Marokkaanse gezinnen. Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse ouders staan wellicht zelfs meer vrijheden toe dan autochtoon Nederlandse ouders. Het is wat gangbaarder om op jonge leeftijd seksuele contacten te hebben, of vroeg zwanger te raken (Pels, interview).⁴ Jongeren worden vooral gewaarschuwd uit te kijken voor zwangerschappen, maar er is minder controle op het daadwerkelijke gedrag van meisjes (Eldering 2006). Het taboe op seksualiteit lijkt binnen deze gezinnen niet groot (Pels, interview). Ook is voor deze jongeren het geloof doorgaans minder belangrijk dan voor Turks- en Marokkaans-Nederlandse jongeren. Jongens van Surinaamse en Antilliaanse afkomst hebben meer vrijheid op het gebied van seksualiteit dan meisjes; zij hebben ook vaak meerdere relaties tegelijkertijd (Eldering 2006). Veel Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren hebben een sterk positieve seksuele beleving, zijn sterk op seks gericht en willen veel uitproberen op seksueel gebied (De Haas et al. 2008). De seksuele vrijheden, en daarmee de seksuele contacten op jonge leeftijd, komen ook in dit onderzoek naar voren (tabel 5.1). Op latere leeftijd

(17-24 jaar) verschillen de seksuele ervaringen van Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren niet van de ervaringen van autochtoon Nederlandse jongeren.

Alleen jongeren die ervaring hebben met geslachtsgemeenschap vormen de (eventuele) doelgroep voor het gebruik van de hier besproken voorzieningen. In de rest van dit hoofdstuk zullen dus alleen seksueel actieve jongeren meegenomen worden.

5.3 Anticonceptie

Jongeren die geslachtsgemeenschap hebben, kunnen gebruikmaken van verschillende soorten anticonceptie (of voorbehoedsmiddelen): niet-hormonale middelen (zoals het condoom) en hormonale middelen (zoals de pil). Het condoom is het enige voorbehoedsmiddel dat ook beschermt tegen soa's.

5.3.1 Doelgroep en daadwerkelijk gebruik van anticonceptie

Jongeren die ervaring hebben met geslachtsgemeenschap en niet zwanger willen worden, zouden ooit anticonceptie gebruikt moeten hebben, dan wel deze gebruiken. Zoals in paragraaf 5.2 is besproken, hebben met name Turks- en Marokkaans-Nederlandse jongeren minder ervaring met geslachtsgemeenschap. In deze paragraaf worden echter alleen de seksueel actieve jongeren meegenomen en wordt gekeken hoe verschillen in het gebruik van anticonceptie tussen seksueel actieve jongeren van de verschillende etnische groepen te verklaren zijn.

Etnische verschillen in het gebruik van anticonceptie

Niet alle jongeren die seksueel actief zijn (geweest), maken gebruik van anticonceptie. Van alle seksueel actieve jongeren geeft 76% aan altijd iets te doen om zwangerschap te voorkomen, de rest zegt dit niet altijd te doen. Er bestaan echter significante verschillen tussen de vijf etnische groepen: in vergelijking met autochtoon Nederlandse jongeren maken minder jongeren van Surinaamse en Antilliaanse herkomst consequent gebruik van anticonceptie (tabel 5.2). Wanneer we in een aanvullende analyse (niet in tabel) kijken of er verschillen zijn tussen jongens en meisjes, komt naar voren dat jongens van Surinaamse en Antilliaanse herkomst aangeven minder consequent anticonceptie te gebruiken dan andere jongens. Bij de meisjes geldt dit voor degenen van Turkse en Marokkaanse afkomst.

Ook zijn er etnische verschillen in het type voorbehoedsmiddel dat wordt gebruikt om zwangerschap te voorkomen; een groot deel van de seksueel actieve autochtoon Nederlandse, westerse, en Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren gebruikt de pil, terwijl bij de andere etnische groepen het condoom relatief vaak wordt gebruikt. Wat opvalt, is dat gemiddeld 7% van alle seksueel actieve jongeren de onbetrouwbare terugtrekmethodede gebruikt om zwangerschap te voorkomen; autochtoon Nederlandse jongeren geven het minst vaak aan deze methode te gebruiken (6%) en jongeren van Surinaamse en Antilliaanse herkomst het meest (13%).

Tabel 5.2

Aandeel seksueel actieve jongeren dat altijd anticonceptie (heeft) gebruikt met de laatste partner, naar type anticonceptie en etnische herkomst (in procenten^a)

	altijd anti- conceptie	pil	condoom	andere anti- conceptie	*terugtrek- methode ^b
autochtoon (n = 2034)	79	82	58	2	6
westers (n = 178)	73	76	65	3	9
Turks en Marokkaans (n = 102)	69	50	65	2	8
Surinaams en Antilliaans (n = 131)	61	62	54	3	13
overig niet-westers (n = 85)	67	57	63	4	12
totaal (n = 2530)	76	79	58	3	7

a Omdat meerdere antwoorden mogelijk waren, tellen de aandelen op tot meer dan 100%.

b Toepassing van deze onbetrouwbare methode wordt niet tot het anticonceptiegebruik gerekend.

Bron: RING (105'04) SCP-bewerking

5.3.2 Hoe kunnen deze etnische verschillen worden verklaard?

Seksueel actieve jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond maken significant minder consequent gebruik van anticonceptie dan de autochtoon Nederlandse jongeren (tabel 5.2). De vraag is dan ook: hoe kunnen deze etnische verschillen worden verklaard? In deze studie wordt gekeken naar een eventueel verband met verschillen in achtergrondkenmerken van de onderscheiden etnische groepen, met verschillen in de houding ten aanzien van anticonceptie, en met verschillen in de verkrijgbaarheid van anticonceptie. Er is een regressieanalyse uitgevoerd om te kijken welke factoren gerelateerd zijn aan het gebruik van anticonceptie.

De rol van achtergrondkenmerken

Allereerst gaan we na in hoeverre de etnische verschillen het gevolg zijn van verschillen in achtergrondkenmerken, zoals opleidingsniveau en religie. Er bestaan op die punten immers etnische verschillen. Deze dragen echter niet allemaal bij aan het verklaren van de verschillen in het gebruik van anticonceptie. Wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in het opleidingsniveau en het belang van religie, maken jongeren van Surinaamse en Antilliaanse herkomst nog steeds minder gebruik van anticonceptie (tabel 5.3).

Seksueel actieve jongeren met een lager opleidingsniveau maken minder consequent gebruik van anticonceptie dan andere jongeren (zie ook Wilson 2009). Mogelijk hebben zij minder kennis van risico's en dergelijke, of kost het hen meer moeite de kennis toe te passen in de praktijk. Zo kan het zijn dat zij meer problemen ervaren met het anticiperen op geslachtsgemeenschap en het op tijd aanschaffen van anticonceptiva (Van der Vlugt en De Neef, interview). Er wordt ook minder consequent gebruikgemaakt van anticonceptie door seksueel actieve jongeren voor wie het geloof van belang is. Kunstmatige

anticonceptie wordt binnen bepaalde religies gezien als een beslissing over leven en dood, en als ingrijpen in het door God bepaalde lot. Met name jongeren van Turkse en Marokkaanse komaf hechten veel belang aan het geloof. Voor jongeren van Surinaamse en Antilliaanse herkomst is het geloof belangrijker dan voor autochtone Nederlanders en westerse migranten, maar niet belangrijker dan voor de andere niet-westerse migrantenjongeren. Uit de analyse blijkt dat degenen voor wie religie belangrijk is inderdaad minder gebruikmaken van anticonceptie. Maar als we in de analyse rekening houden met de verschillen in opleidingsniveau en religiositeit tussen de groepen, blijft er een verschil bestaan in anticonceptiegebruik tussen jongeren van Surinaamse en Antilliaanse afkomst en autochtoon Nederlandse jongeren.

Tabel 5.3

Samenhang tussen verschillende factoren en het gebruik van anticonceptie door seksueel actieve jongeren^{a,b} (n = 2081)

	stap 1	stap 2
etnische herkomst (autochtoon = referentiegroep)	Surinaams en Antilliaans ↓	–
leeftijd	–	–
geslacht	–	meisjes ↓
opleidingsniveau	laag ↓	laag ↓
belang van religie	belangrijk ↓	–
gezinsklimaat		minder affectie en toezicht ↓
communicatie met ouders		–
communicatie met vrienden		meer ↓
perceptie van gedrag vrienden		meeste vrienden gebruiken ↑
houding		–
kennis		minder kennis ↓
risicoperceptie		–
afwijzend oordeel		minder afwijzend ↑
prijs van condooms		duur ↓
verkrijgbaarheid van condooms		–

a De pijl geeft een significante relatie aan met het altijd (↑) of niet altijd (↓) gebruiken van anticonceptie, – geeft aan dat er geen significante relatie is, bij $p < 0,05$.

b Voor de odds ratios zie tabel A.2 in bijlage A.

Bron: RING (10s'04) SCP-bewerking

De rol van andere factoren

Het minder consequente gebruik onder Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren wordt dus niet helemaal verklaard door verschillen in opleidingsniveau en belang van religie. Daarom worden in de tweede stap van de analyse andere factoren toegevoegd die mogelijk de etnische verschillen in het gebruik van anticonceptie kunnen verklaren. Deze factoren hebben betrekking op (de omgang met) het gezin en vrienden, de houding ten aanzien van anticonceptiegebruik en de kennis hiervan, en de verkrijgbaarheid van anticonceptie en condooms. Als we deze factoren toevoegen, blijkt er geen verschil meer te bestaan tussen de etnische groepen in het gebruik van anticonceptie (tabel 5.3). Wanneer dus alle factoren voor alle jongeren gelijk zouden zijn, zouden ze ook in dezelfde mate gebruikmaken van anticonceptie, ongeacht de etnische achtergrond. De belangrijkste determinanten voor het gebruik van anticonceptie zullen we nu kort bespreken.

A) Invloed van gezin en vrienden

Gezinsklimaat

Jongeren met een gunstiger gezinsklimaat (d.w.z. meer toezicht en affectie) rapporteren een consequenter gebruik van anticonceptie. Toezicht en affectie zijn gemeten aan de hand van een aantal stellingen over de kennis van de ouders met betrekking tot de vrienden en de vrijetijdsbesteding van de jongere, en over de vraag of de jongere door de ouders geholpen wordt wanneer hij/zij het moeilijk heeft. Aangezien jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond minder affectie en toezicht binnen het gezin rapporteren, naast een minder consequent gebruik van anticonceptie, wordt het verschil in anticonceptiegebruik na controle hiervoor kleiner.

De mate van communicatie met ouders is niet gerelateerd aan het gebruik van anticonceptie. Deze factor is gemeten aan de hand van een vijftal vragen met betrekking tot de frequentie van gesprekken over bijvoorbeeld verliefdheid en relaties, zwangerschap en voorbehoedsmiddelen. Mogelijk gaat het niet om de frequentie van de communicatie, maar om de inhoud ervan. De boodschap dat jongeren anticonceptie moeten gebruiken als ze niet zwanger willen worden, is wellicht onvoldoende. De bereidheid om deze te gebruiken, en de vraag of jongeren weten hoe deze te gebruiken en hoe te handelen als de ander geen anticonceptie wil gebruiken, is hierbij relevant. Men zou verwachten dat jongeren die thuis communiceren over het gebruik van anticonceptie, dit ook gemakkelijker doen met een eventuele partner (Van der Vlugt en De Neef, interview).

Communicatie met vrienden

Seksueel actieve jongeren die veel met hun vrienden communiceren over seksualiteit maken minder consequent gebruik van anticonceptie. Het gaat hierbij om de mate van communicatie over verliefdheid en relaties, zwangerschap en anticonceptie, en soa's. Op basis van eerder onderzoek was de verwachting echter dat jongeren die meer met hun vrienden communiceren, meer zelfverzekerd zijn over anticonceptiva en gemakkelijker met de partner over het gebruik ervan overleggen (Weinstein et al. 2008). Mogelijk speelt wederom niet de mate van communicatie een rol, maar wel de manier waarop er met vrienden wordt gecommuniceerd en de inhoud van deze gesprekken. Binnen de

sociale omgeving van de jongeren worden soms ook mythes overgedragen (bv. dat je onvruchtbaar kunt worden van de pil), al dan niet gebaseerd op persoonlijke ervaringen. Daarbij geldt dat praten over seksualiteit niet hetzelfde is als het daadwerkelijke gedrag. Naarmate migrantenjongeren meer geïntegreerd zijn in de Nederlandse samenleving en in aanraking komen met autochtoon Nederlandse jongeren, zou dit een positieve uitwerking kunnen hebben op het anticonceptiegebruik. Bij jongeren voor wie dit minder of niet het geval is, worden de mythes en de persoonlijke, maar niet altijd betrouwbare, informatie omtrent anticonceptie binnen de eigen culturele omgeving minder snel tegengesproken of ontkracht (Van der Vlugt en De Neef, interview). Uit een aanvullende analyse blijkt dat jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond significant meer met hun vrienden over seksualiteit praten dan de andere jongeren. Dit verklaart dus mede waarom ze minder consequent gebruikmaken van anticonceptie.

Perceptie van gedrag van vrienden

Jongeren die het idee hebben dat de meeste van hun vrienden anticonceptie gebruiken, maken er zelf ook consequent gebruik van. Jongeren hechten veel belang aan wat anderen van hen vinden (De Graaf et al. 2005). Echter, niet alle jongeren blijken kennis te hebben van het anticonceptiegebruik van hun vrienden: tussen de 20% en 35% van de seksueel actieve jongeren weet niet of hun vrienden altijd een voorbehoedsmiddel gebruiken. Van de migrantenjongeren zijn het degenen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst die juist wel vaak een idee hebben of hun vrienden anticonceptie gebruiken of niet.

B) Houdingsfactoren

Behalve dat achtergrondkenmerken en gezins- en omgevingsfactoren verschillen tussen de etnische groepen, is ook de houding ten aanzien van seksualiteit en anticonceptie anders. In deze paragraaf onderscheiden we de volgende factoren: houding, kennis, risicoperceptie en afwijzend oordeel.

Ondanks dat jongeren een verschillende houding hebben ten aanzien van seksespecifiek seksueel gedrag (tabel 5.4), blijkt houding geen significante voorspeller van het al dan niet consequente gebruik van anticonceptie (tabel 5.3). Overeenkomstig met de literatuur (o.a. Eldering 2006) rapporteren jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst de meest conservatieve houding, en zijn de autochtoon Nederlandse en westerse migrantenjongeren naar eigen zeggen het meest liberaal (tabel 5.4).

Tabel 5.4

Stellingen over houding ten aanzien van seksespecifiek seksueel gedrag, aandeel seksueel actieve jongeren dat het eens is met de stelling, naar etnische herkomst (in procenten)

	autochtoon (n = 2107)	westers (n = 187)	Turks en Marokkaans (n = 107)	Surinaams en Antilliaans (n = 134)	overig niet- westers (n = 95)
Meisjes moeten minder gemakkelijk zijn op seksueel gebied dan jongens.	15	21	31	31	21
Voor een meisje is het belangrijker dan voor een jongen om maagd te blijven tot ze trouwt.	10	17	59	29	35
Een jongen hoort een meisje te versieren, en niet andersom.	9	12	33	23	18

Bron: RKG (JOS'04) SCP-bewerking

Kennis van veilig vrijen en soa's

Met behulp van een achttal stellingen over anticonceptie en veilig vrijen is de kennis van jongeren gemeten (tabel 5.5). Uit onze analyse blijkt dat meer kennis omtrent veilig vrijen, zwangerschap en soa's gerelateerd is aan een consequenter gebruik van anticonceptie (tabel 5.3): jongeren die meer kennis hebben van de risico's en weten waarvoor ze anticonceptie moeten gebruiken, maken er ook consequenter gebruik van. Jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst hebben de minste kennis, gevolgd door alle andere niet-westerse migranten (waaronder degenen met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond). Het etnische verschil in kennis draagt dus een klein beetje bij aan het inconsequente anticonceptiegebruik van jongeren van Surinaamse en Antilliaanse herkomst. Wat opvalt, is dat jongeren doorgaans de kennis wel hebben, maar het vaak lastig vinden deze in de praktijk toe te passen, dus om het voorbehoedsmiddel op de juiste manier en consequent te gebruiken (Van der Vlugt en De Neef, interview).

Wat verder nog opvalt, is dat maar weinig jongeren weten dat je van de pil niet onvruchtbaar kunt worden en dat een meisje ook zwanger kan raken als een jongen niet klaarkomt bij geslachtsgemeenschap. Deze misvattingen dragen mogelijk bij aan het lage pilgebruik onder niet-westerse migrantenmeisjes. Met name bij Turks- en Marokkaans-Nederlandse jongeren lijken de mythes rondom de pil (waaronder dus de mythe dat je er onvruchtbaar van kunt worden) een grote rol te spelen (Van der Vlugt en De Neef, interview).

Tabel 5.5

Stellingen over veilig vrijen, aandeel seksueel actieve jongeren dat correct op de stelling heeft gereageerd, naar etnische herkomst (in procenten)

	autochtoon (n = 2107)	westers (n = 187)	Turks en Marokkaans (n = 107)	Surinaams en Antilliaans (n = 134)	overig niet- westers (n = 95)
De pil verkleint de kans op hiv/soa (niet juist).	96	94	72	92	86
Als je geen klachten hebt, kun je toch een soa hebben (juist).	91	87	64	80	75
De meeste soa's gaan vanzelf over (niet juist).	90	87	65	74	75
Er zijn soa's waar meisjes onvruchtbaar van kunnen worden (juist).	88	84	63	78	72
Als het meisje voor het eerst seks heeft, bloedt ze altijd (niet juist).	87	80	54	77	72
Als je jezelf na de seks goed wast, loop je minder snel hiv/soa op (niet juist).	82	83	50	75	77
Ook als een jongen niet klaarkomt, kan hij een meisje zwanger maken (juist).	81	77	61	66	68
Als je de pil slikt, kun je onvruchtbaar worden (niet juist).	75	68	44	63	60

Bron: RNg (10s'04) SCP-bewerking

Afwijzend oordeel over condoomgebruik

Ten slotte blijkt dat een minder afwijzend oordeel van seksueel actieve jongeren over condoomgebruik gepaard gaat met een consequenter gebruik van anticonceptie (tabel 5.3). In tabel 5.6 is te zien dat Turks-, Marokkaans-, Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren vaker afwijzend oordelen over het gebruik van condooms dan autochtoon Nederlandse jongeren.

In sommige migrantengroepen wordt het als ongepast gezien om als meisje anticonceptie bij je te dragen of condooms te kopen. Bij autochtoon Nederlandse jongeren wordt dit al meer geaccepteerd, maar nog steeds reageren sommige jongens en meisjes negatief op meisjes die condooms bij zich dragen; dit duidt op seksuele activiteit en dat vinden zij minder gepast voor meisjes (Van der Vlugt en De Neef, interview).

Tabel 5.6

Stellingen over condoomgebruik, aandeel jongeren dat het eens is met de stelling, naar etnische herkomst (in procenten)

	autochtoon (n = 1971)	westers (n = 169)	Turks en Marokkaans (n = 95)	Surinaams en Antilliaans (n = 111)	overig niet- westers (n = 79)
Als je een condoom bij je hebt, is het net alsof je op seks uit bent.	17	21	37	33	18
Als je met condoom wilt vrijen, is het net alsof je je partner niet vertrouwt.	6	11	19	20	9
Als je met condoom wilt vrijen, is het net alsof je al met veel anderen naar bed bent geweest.	6	9	24	15	10

Bron: RING (JOS'04) SCP-bewerking

C) Beschikbaarheid van anticonceptie

De verschillen in het gebruik van anticonceptie kunnen behalve door de achtergrond- en houdingsfactoren ook verklaard worden door de beschikbaarheid ervan (zie figuur 5.1). Jongeren die voorbehoedsmiddelen als gemakkelijk verkrijgbaar beschouwen, zijn eerder geneigd anticonceptie te gebruiken dan jongeren voor wie voorbehoedsmiddelen moeilijker te verkrijgen zijn (Ryan et al. 2007). De pil wordt in Nederland voor jongeren onder de 21 jaar geheel vergoed door de zorgverzekering, waardoor deze vorm van anticonceptie voor iedereen betaalbaar is. Echter, er zijn aanwijzingen dat de pil in andere opzichten niet voor alle jongeren even toegankelijk is. Zo wordt het gebruik ervan vaak aangekaart door ouders, met name moeders. Dit vormt voor veel meisjes de eerste stap naar het daadwerkelijke gebruik ervan. Turks- en Marokkaans-Nederlandse ouders zijn minder geneigd over dit onderwerp te praten met hun kinderen vanwege de strikte maagelijkheidsnorm die binnen deze culturen heerst. Dit maakt het wellicht lastiger voor meisjes van Turkse en Marokkaanse herkomst om gebruik te maken van de anticonceptiepil.

In onze analyses zijn twee verkrijgbaarheidsfactoren meegenomen die mogelijk ook gerelateerd zijn aan het gebruik van anticonceptie, namelijk de prijs van condooms (Thorsén et al. 2006) en de mate waarin jongeren weten waar condooms te verkrijgen zijn (De Graaf et al. 2005). De mening van jongeren over de verkrijgbaarheid van condooms vormt echter geen significante verklaring voor het etnische verschil in het gebruik ervan. Uit een aanvullende analyse (niet in tabel) blijkt dat de meeste jongeren weten waar condooms te verkrijgen zijn, en op de stelling 'het is soms moeilijk om aan condooms te komen' antwoordt gemiddeld 10% het ermee eens te zijn.

Prijs van condooms

Jongeren die condooms duur⁵ vinden, maken er minder gebruik van (zie ook Ryan et al. 2007; Thorsén et al. 2006). Aanvullende analyses wijzen op etnische verschillen in de mening over de prijs van condooms; 50% van de seksueel actieve jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst en 53% van de jongeren van Surinaamse en Antilliaanse herkomst vindt condooms duur, tegenover 61% van de autochtoon Nederlandse jongeren. Zoals in paragraaf 5.3.1 is besproken, maken Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren relatief weinig gebruik van condooms en dit geldt ook voor de autochtoon Nederlandse jongeren. Jongeren van Marokkaanse en Turkse herkomst maken relatief vaak gebruik van condooms en geven ook in mindere mate aan dat condooms duur zijn.

5.3.3 Conclusie over het gebruik van anticonceptie

Uit onze analyses blijkt dat de etnische verschillen in het gebruik van anticonceptie niet verklaard worden door sociaaldemografische achtergrondkenmerken als opleidingsniveau en religie, maar wel door andere achtergrondkenmerken, houding en kennis, en (on)toegankelijkheid. We vatten nu de belangrijkste conclusies samen.

Etnische verschillen in seksuele ervaring en anticonceptiegebruik

Er bestaan etnische verschillen in de ervaring met geslachtsgemeenschap. In de leeftijd van 11 tot 17 jaar rapporteren niet-westerse migrantenjongeren meer ervaring met geslachtsgemeenschap dan autochtoon Nederlandse jongeren. Dit verschil wordt kleiner in de leeftijd van 17 tot en met 24 jaar: dan zijn het met name de jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst die minder ervaring hebben met geslachtsgemeenschap.

Deze verdiepijngsstudie laat zien dat er etnische verschillen zijn in het gebruik van anticonceptie door seksueel actieve jongeren. Van alle seksueel actieve jongeren geeft 76% aan altijd iets te doen om zwangerschap te voorkomen, en dit percentage is het laagst bij jongeren van Surinaamse en Antilliaanse afkomst, en het hoogst bij autochtoon Nederlandse jongeren. Autochtoon Nederlandse jongeren, westerse migrantenjongeren en jongeren van Surinaamse en Antilliaanse afkomst geven de voorkeur aan de pil, terwijl de andere jongeren vaker een condoom gebruiken om zwangerschap te voorkomen. Verder wordt de onbetrouwbare 'terugtrekmethode' door gemiddeld 7% van de jongeren gebruikt.

Waarom maken migrantenjongeren minder gebruik van anticonceptie?

Autochtoon Nederlandse jongeren maken het meeste gebruik van anticonceptie, significant minder Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren maken er gebruik van. Sociaaldemografische achtergrondkenmerken vormen geen verklaring voor de etnische verschillen: ongeacht het opleidingsniveau en de mate van religiositeit blijven de verschillen in anticonceptiegebruik bestaan. Wel worden ze voor een deel verklaard door omgevingsfactoren: zo is het niet-consequente anticonceptiegebruik door Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren deels gerelateerd aan een minder gunstig gezinsklimaat en een hogere mate van communicatie over seksualiteit met

vrienden. In deze sociale omgeving worden naast persoonlijke ervaringen ook mythes overgedragen, die de keuze om anticonceptie te gebruiken kunnen beïnvloeden. Daarnaast zijn meer kennis van veilig vrijen, zwangerschap en soa's, en een minder afwijzend oordeel over condoomgebruik in lichte mate gerelateerd aan het consequente gebruik van anticonceptie. De geringere kennis van veilig vrijen en de meer afwijzende houding tegenover condoomgebruik dragen bij aan het minder consequente anticonceptiegebruik door migrantenjongeren.

Uit deze verdiepingsstudie komt ook naar voren dat verschillen in de mening over de verkrijgbaarheid van condoms geen verklaring vormen voor het verschil in anticonceptiegebruik, verschillen in de mening over de prijs van condoms daarentegen wel. Niet-westerse migrantenjongeren vinden condoms minder vaak duur dan autochtoon Nederlandse en westerse migrantenjongeren. Een deel van hen maakt ook (relatief gezien) meer gebruik van condoms.

5.4 Abortus

Wanneer bij geslachtsgemeenschap geen anticonceptie is gebruikt of als deze verkeerd is toegepast en er sprake is van een ongewenste zwangerschap, kunnen meisjes ervoor kiezen een abortus te ondergaan. Abortus is in Nederland onder bepaalde voorwaarden officieel toegestaan sinds de Wet afbreking zwangerschap (Wafz) in 1984 in werking trad. Abortus mag tot 24 weken na de bevruchting worden uitgevoerd, mits deze is voorafgegaan door een bedenktijd van minimaal vijf dagen en wordt uitgevoerd door een medicus. In Nederland worden abortussen uitgevoerd in ziekenhuizen of klinieken die in het bezit zijn van een daarvoor afgegeven vergunning.

5.4.1 Doelgroep en daadwerkelijk gebruik van abortusvoorzieningen

In 2008 zijn er per 1000 meisjes van 15 tot en met 19 jaar elf meisjes zwanger geraakt (Kruijer et al. 2009). Dit komt overeen met ongeveer 4500 meisjes in die leeftijdscategorie. Uit de nulmeting van de monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid blijkt dat 4% van de niet-westerse migrantenmeisjes in 2009 te maken heeft gekregen met een zwangerschap. Bij autochtone Nederlanders en westerse migranten was dit 3%. De meeste tienerzwangerschappen komen voor bij jongeren van Surinaamse en Antilliaanse afkomst: respectievelijk 9% en 6% (De Jong et al. 2010a; Van Lee et al. 2009).

Etnische verschillen in het gebruik van abortusvoorzieningen

Van alle meisjes (15-19 jaar) die in 2008 een abortus hebben ondergaan was 51% van autochtoon Nederlandse herkomst en 49% migrant. Dit betekent dat migrantenmeisjes relatief vaak een abortus hebben ondergaan, en dit betreft vooral meisjes van Surinaamse en Antilliaanse herkomst; 20% van de meisjes die een abortus ondergaan behoort tot deze migrantengroepen (Kruijer et al. 2009). Deze bevinding is echter niet los te zien van het hoge aantal tienerzwangerschappen in deze groepen.⁶ Wanneer we kijken naar de verhouding tussen het aantal tienerzwangerschappen en het aantal abortussen per

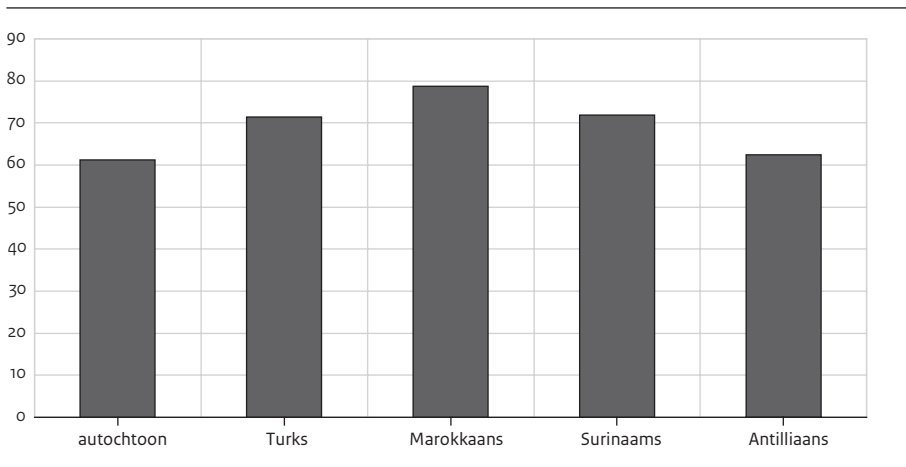
etnische groep, dan blijkt dat van de 100 zwangere tieners (15-19 jaar) de Marokkaans-, Turks- en Surinaams-Nederlandse meisjes het vaakst een abortus ondergaan (figuur 5.3).

Factoren die een rol spelen bij etnische verschillen

Uit onze literatuurstudie komen bepaalde achtergrondkenmerken, opvattingen en kennisaspecten naar voren die mogelijk een verklaring vormen voor de etnische verschillen in het ondergaan van abortus. We gaan hier kort in op elk van deze factoren.

Figuur 5.3

Aantal abortussen per 100 zwangerschappen bij meisjes van 15 tot en met 19 jaar, naar etnische herkomst^a, 2008 (in absolute aantallen)



a Er waren geen cijfers beschikbaar voor meisjes met een westerse respectievelijk overig niet-westerse achtergrond.

Bron: Kruijer et al. 2009

Achtergrondkenmerken

Achtergrondfactoren die een rol kunnen spelen bij de keuze om wel of niet een abortus te ondergaan, en tevens etnische verschillen kunnen verklaren, zijn religie en opleidingsniveau. Binnen de meeste religies wordt abortus niet alleen immoreel gevonden, maar zelfs gezien als een vorm van moord. Religieuzen gaan ervan uit dat het menselijk leven begint bij de conceptie, en het ongeborn kind heeft volgens hen dan ook de status van een mens en dient de daarbij horende rechten op bescherming te krijgen (Anoniem 2010). Vooral voor jongeren van Turkse en Marokkaanse afkomst is het geloof van groot belang. Toch ondergaan zij relatief vaak een abortus. Dit heeft mogelijk te maken met bepaalde leefregels die binnen de islamitische cultuur van het geloof afgeleid worden en voor een meisje belangrijk zijn (Giepmans, interview). Zo heerst er in sommige culturele en/of religieuze groepen een strikte maagdelijkheidsnorm, die soms samengaat met sociale druk en controle vanuit de gemeenschap. Soms ook willen meisjes zich aan

de maagdelijkheidsnorm houden uit respect voor hun ouders, familie en vrienden. In de praktijk lukt dit echter lang niet altijd en kan het voorkomen dat een meisje zwanger raakt. Mogelijk kiezen meisjes van Turkse en Marokkaanse herkomst in dat geval relatief vaak voor abortus om de schending van de maagdelijkheid te verbloemen (Giepmans, interview; Van der Vlugt en De Neef, interview).

Ook met betrekking tot het opleidingsniveau komt uit de literatuur geen eenduidig beeld naar voren; hoger opgeleide jongeren willen liever eerst hun school afmaken voordat zij aan kinderen beginnen (Ekstrand et al. 2005), lager opgeleide jongeren geven echter aan geen geld te hebben om een kind te onderhouden (Finer et al. 2005; Larsson et al. 2002). Over de relatie met religie en opleidingsniveau valt dus geen eenduidige conclusie te trekken.

Houding

De meeste invloed gaat wellicht uit van de opvattingen over zwangerschap en abortus. Zo blijkt dat vooral voor vrouwen met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond vruchtbaarheid erg belangrijk is. Moederschap wordt ook wel gezien als statussymbool (Gesell en Van Dijk 2010), meisjes worden soms zwanger om hun onafhankelijkheid te bewijzen (Bertens 2008), en een kind wordt door sommigen gezien als een goed alternatief voor wie weinig tot geen toekomstperspectief heeft op het gebied van scholing en werk (Frouws en Hollander 2009; Gesell en Van Dijk 2010). Binnen deze groepen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst is het krijgen van een kind op jongere leeftijd meer geaccepteerd en wordt het ouderschap als erg belangrijk gezien. Jongeren met ambivalente gevoelens ten aanzien van een kind op jongere leeftijd gaan wellicht slordiger om met anticonceptie, met alle gevolgen van dien (Van der Vlugt en De Neef, interview). Hier komt nog bij dat in Surinaamse en Antilliaanse culturen de vrouwen veelal zonder partner voor de kinderen zorgen. Hierdoor heeft de (potentiële) vader minder last van de negatieve gevolgen van het (tiener)ouderschap, en is hij wellicht minder gemotiveerd om een zwangerschap te voorkomen (Gesell en Van Dijk 2010).

Er bestaat een verschil in de abortusratio tussen meisjes van Surinaamse en Antilliaanse herkomst (resp. 72% versus 62%). Een mogelijke verklaring voor dit verschil kan zijn dat bij Antilliaans-Nederlandse meisjes jong ouderschap meer geaccepteerd is, waardoor ze minder snel voor abortus kiezen (Van der Vlugt en De Neef, interview). Verder is het verschil mogelijk toe te schrijven aan de verscheidenheid binnen de Surinaamse groep. Er bestaan grote verschillen tussen bijvoorbeeld de Creoolse en Hindoestaanse Surinamers: zij hebben andere waarden en normen en een andere houding ten aanzien van seksualiteit. De Creoolse Surinamers zijn meer op de Nederlandse cultuur gericht en vertonen meer overeenkomsten met Antilliaanse Nederlanders (Van der Vlugt en De Neef, interview). De Hindoestaanse Surinamers hebben veelal vergelijkbare ideeën over maagdelijkheid en seksualiteit als de jongeren in islamitische kringen (Eldering 2006) en zullen bij onbedoelde zwangerschap mogelijk eerder tot een abortus overgaan. In deze studie worden deze twee Surinaamse groepen gemiddeld, wat mogelijk het gevonden verschil tussen de jongeren van Surinaamse en Antilliaanse herkomst veroorzaakt. Voor meisjes van Turkse en Marokkaanse herkomst lijkt een verschuiving zichtbaar: er wordt nu nog vaker voor een abortus gekozen dan voor het uitdragen van een kind (ter

vergelijking: in 2007 waren deze percentages resp. 62% en 70%; Kruijer et al. 2009; Van der Vlugt en De Neef, interview). Dit zou te maken kunnen hebben met emancipatie: jongeren (meisjes) geven vaker de voorkeur aan opleiding en werk boven het ouderschap. Zoals gezegd kan het echter ook zijn dat de geboorte van een kind bewijst dat de maagdelijkheidsnorm is overschreden en dat een abortus wordt ondergaan om dit te verbergen (Giepmans, interview). Er lijkt tussen Turkse en Marokkaanse Nederlanders ook een klein verschil in het gebruik van abortus te bestaan: 71% van de zwangere Turks-Nederlandse meisjes ondergaat een abortus, tegenover 79% van de Marokkaans-Nederlandse meisjes. Het verschil tussen beide groepen is wellicht te relateren aan een meer seculiere gerichtheid van de Turks-Nederlandse gezinnen. Marokkaans-Nederlandse ouders lijken bovendien wat restrictiever te zijn dan Turks-Nederlandse ouders, waardoor de maagdelijkheidsnorm mogelijk strakker wordt gehanteerd (Van der Vlugt en De Neef, interview).

Kennis

Het voorkómen van ongewenste zwangerschappen vergt een aantal vaardigheden die wellicht niet voor alle jongeren even vanzelfsprekend zijn. Het consequent en adequaat gebruiken van anticonceptie vraagt om voorbereiding, planning, communicatie en consistente en juiste toepassing. Een deel van de jongeren uit de etnische minderheidsgroepen ervaart hierbij (cultuurgebonden) belemmeringen. Zo moet het raadplegen van bronnen in gezinnen waar een taboe heerst voor een groot deel heimelijk plaatsvinden. Dit bemoeilijkt het verzamelen van de benodigde kennis en het (op tijd) vinden van betrouwbare informatie. Seksuele weerbaarheid is niet in alle culturen een belangrijk doel. Daarnaast heersen er soms nog diepgewortelde waarden en normen die ook tot uiting komen in verminderde seksuele weerbaarheid. Onderhandelen over anticonceptie, of voet bij stuk houden en geslachtsgemeenschap weigeren zouden hierdoor minder gebruikelijk kunnen zijn bij traditioneel opgevoede meisjes (Van der Vlugt en De Neef, interview).

Jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst hebben minder kennis van veilig vrijen en zwangerschap dan de andere jongeren (zie § 5.3.2). Wellicht dat een deel van de jongeren dan ook vaardigheden mist om anticonceptie goed toe te passen (Van Lee et al. 2009) en dat zij door dit gebrek aan kennis abortus wellicht vaker zien als een alternatief voor anticonceptie (Frouws en Hollander 2009; Patel en Kooverjee 2009). Echter, de groep jongeren die te maken krijgt met herhaalde abortus is zeer klein; relatief gezien zijn de meeste jongeren die ervaring hebben met een eerdere abortus van Surinaamse en Antilliaanse herkomst (Kruijer et al. 2009).

(On)toegankelijkheid

Gezien abortusvoorzieningen ook gebruikt worden door meisjes van niet-westerse herkomst, lijken belemmeringen op het gebied van (on)toegankelijkheid geen grote rol te spelen bij het al dan niet gebruikmaken van deze voorzieningen. Een abortus ondergaan kan gratis bij verschillende klinieken en ziekenhuizen in Nederland.

5.4.2 Conclusie over het gebruik van abortus

Meisjes met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond zijn het meest zwanger, wat een gevolg lijkt van het actieve seksuele gedrag en het inconsequente anticonceptiegebruik van deze jongeren. Ouderschap geeft binnen deze groepen vaak status en biedt een alternatief voor weinig toekomstperspectief op het gebied van school en werk. Doordat vrouwen hun kinderen veelal toch alleen opvoeden, voelen potentiële vaders zich wellicht minder verantwoordelijk en zullen zij mogelijk ook minder doen om zwangerschap te voorkomen.

Uit de Landelijke Abortus Registratie 2008 blijkt dat in geval van zwangerschap Marokkaans-, Turks- en Surinaams-Nederlandse jongeren relatief het vaakst een abortus ondergaan (Kruijer et al. 2009). Vanwege te kleine aantallen zwangere meisjes in deze studie was het helaas niet mogelijk de relaties met afzonderlijke achtergrondkenmerken, houdings- en (on)toegankelijkheidsfactoren te toetsen. Nu is op basis van interviews en literatuurstudie toch geprobeerd een beeld te schetsen van etnische verschillen in het gebruik van abortus en van mogelijke verklaringen daarvoor. Het belang van religie lijkt samen met de houding ten aanzien van tienerouderschap en abortus een belangrijke verklarende factor te vormen. Voor veel jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond is het belangrijk de maagdelijkheidsnorm na te streven, terwijl binnen gezinnen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst het krijgen van een kind op jongere leeftijd meer geaccepteerd is. Daarnaast bestaan er etnische verschillen in de kennis met betrekking tot veilig vrijen, en in het toepassen van deze kennis.

5.5 Soa-testen

Voor seksueel actieve jongeren die niet altijd een condoom gebruiken of hebben gebruikt, is het verstandig een soa-test te laten doen. Per jaar lopen in Nederland naar schatting ruim 100.000 mensen een seksueel overdraagbare aandoening (soa) op, zoals chlamydia, gonorrhoe of herpes. Soa's worden overgedragen via sperma, bloed, vaginaal vocht en bij contact van slijmvliesen. De meeste soa's zijn gemakkelijk te genezen, maar sommige hebben ernstige gevolgen als ze niet op tijd worden behandeld. Bij een soa-test kan het om verschillende soorten onderzoeken gaan, zoals bloed-, lichamelijk en urineonderzoek. Voor een soa-test kan men terecht bij de huisarts of bij een van de soa-poliklinieken van de GGD. Bij deze voorzieningen is de soa-test anoniem en gratis (Soa Aids Nederland 2010). In 2008 werden in totaal 88.435 nieuwe soa-consulten uitgevoerd (Koedijk et al. 2009).

5.5.1 Doelgroep en daadwerkelijk gebruik van soa-testen

Tabel 5.7 laat zien dat er etnische verschillen bestaan in het gebruik van condooms. Een kwart van de seksueel actieve autochtoon Nederlandse jongeren heeft aangegeven altijd een condoom te hebben gebruikt bij geslachtsgemeenschap met de laatste partner om besmetting met soa's te voorkomen. Eveneens een kwart van deze jongeren zegt nooit condooms te hebben gebruikt. Van de Turks- en Marokkaans-Nederlandse jongeren

rapporteert ongeveer de helft altijd een condoom te gebruiken. Het aandeel Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren dat altijd een condoom gebruikt, is iets hoger dan bij de autochtoon Nederlandse jongeren, maar ook de groep die nooit een condoom gebruikt is groter.

Tabel 5.7

Condoomgebruik bij geslachtsgemeenschap met de laatste partner, naar etnische herkomst (in procenten)

	autochtoon (n = 1997)	westers (n = 175)	Turks en Marokkaans (n = 99)	Surinaams en Antilliaans (n = 125)	overig niet- westers (n = 83)
altijd	25	26	47	28	30
soms wel, soms niet in het begin van de relatie wel, later niet	17	25	24	22	22
meer	33	29	7	20	31
nooit	25	21	22	30	17

Bron: RING (10S'04) SCP-bewerking

In deze paragraaf worden enkel de jongeren die hebben aangegeven niet altijd condooms te gebruiken, meegenomen in de analyses. Voor deze jongeren kijken we naar etnische verschillen in het gebruik van soa-testen, en gaan we na welke factoren bijdragen aan het al dan niet gebruiken van soa-testen.

Etnische verschillen in het gebruik van soa-testen

Uit eerder onderzoek blijkt dat jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond zich vaker laten testen op soa's dan autochtoon Nederlandse en andere migrantenjongeren (Bakker et al. 2009; De Feijter 2006; De Graaf et al. 2005; Petersen et al. 2006); ook testen zij vaker positief (De Graaf et al. 2005; RIVM 2009).

Uit onze analyse komt naar voren dat 12% van de seksueel actieve jongeren die niet consequent condooms hebben gebruikt, zich op soa's heeft laten testen. Er blijkt een significant verschil te bestaan tussen autochtoon Nederlandse en migrantenjongeren: 12% van de autochtoon Nederlandse en 19% van de migrantenjongeren heeft het afgelopen jaar een soa-onderzoek ondergaan. Meer specifiek kan worden opgemerkt dat Turks- en Marokkaans-Nederlandse jongeren het minst gebruikmaken van soa-testen (5%), terwijl Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren dit het meest doen (27%). Van de jongeren met een westerse of overig niet-westerse achtergrond maakt respectievelijk 18% en 21% gebruik van soa-testen.

5.5.2 Hoe kunnen deze etnische verschillen worden verklaard?

Er is een regressieanalyse uitgevoerd om te kijken welke factoren gerelateerd zijn aan het gebruik van soa-testen. Het gaat hierbij dus om de seksueel actieve jongeren die niet altijd consequent condooms hebben gebruikt.

De rol van achtergrondkenmerken

Allereerst gaan we na in hoeverre etnische verschillen in achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en het belang van religie, een verklaring vormen voor de verschillen in het gebruik van soa-testen (zie kolom 'stap 1' in tabel 5.8). Oudere jongeren hebben het afgelopen jaar vaker gebruikgemaakt van deze voorzieningen dan jongeren met een lagere leeftijd, en meisjes laten zich vaker testen op soa's dan jongens. Een mogelijke verklaring voor dit sekseverschil kan zijn dat meisjes minder duidelijke klachten hebben en beter bekend zijn met de risico's van een soa (Soa Aids Nederland 2010), waardoor zij zich vaker 'voor de zekerheid' laten testen. De verschillen in opleidingsniveau vormen geen verklaring voor de verschillen in het gebruik van soa-testen. Het belang van religie speelt echter wel een rol: jongeren die het geloof minder belangrijk vinden, maken meer gebruik van soa-testen. Als in 'stap 2' (tabel 5.8) ook andere factoren aan het model worden toegevoegd, zijn leeftijd, geslacht en het belang van religie geen significante verklarende factoren meer voor het gebruik van soa-testen. Dit betekent dat deze achtergrondkenmerken samenhangen met de in stap 2 toegevoegde significante factoren: de communicatie met ouders, het aantal sekspartners en kennis van veilig vrijen en soa's.

De rol van andere factoren

Een eerste algemene conclusie is dat na controle voor achtergrondkenmerken de meeste etnische verschillen in het gebruik van soa-testvoorzieningen blijven bestaan. Wel blijken andere factoren een rol te spelen, en die zullen we nu kort bespreken. Maar ook als we rekening houden met etnische verschillen op die punten, blijven jongeren van Surinaamse, Antilliaanse en overig niet-westerse herkomst meer gebruikmaken van soa-testen.

Tabel 5.8

Samenhang tussen verschillende factoren en het gebruik van soa-testen door seksueel actieve jongeren die niet altijd consequent condoms hebben gebruikt^{ab} (n = 1571)

	stap 1	stap 2
etnische herkomst (autochtoon = referentiegroep)	westers ↑ Surinaams en Antilliaans ↑ overig niet-westers ↑	Surinaams en Antilliaans ↑ overig niet-westers ↑
leeftijd	ouder ↑	-
geslacht	meisje ↑	-
opleidingsniveau	-	-
belang van religie	niet belangrijk ↑	-
gezinsklimaat		-
communicatie met ouders		meer communicatie ↑
communicatie met vrienden		-
perceptie van gedrag vrienden		-
houding		-
aantal sekspartners in leven		meer partners ↑
kennis		meer kennis ↑
risicoperceptie		-
afwijzend oordeel		-

a De pijl geeft een significante relatie aan met het wel (↑) of niet (↓) gebruiken van soa-testen, - geeft aan dat er geen significante relatie is, bij $p < 0,05$.

b Voor odds ratios zie tabel A.3 in bijlage A.

Bron: RING (105'04) SCP-bewerking

A) Relatie met gezin en vrienden

Communicatie met ouders

Jongeren die meer met hun ouders communiceren over seksualiteit maken ook meer gebruik van soa-testen. Mogelijk worden zij in die gesprekken herinnerd aan de mogelijkheid van soa-testen. Uit aanvullende analyses (niet in tabel) blijkt dat jongeren met een westerse of Surinaamse dan wel Antilliaanse achtergrond vaker aangeven met hun ouders over seksualiteit te praten, en zij maken ook meer gebruik van soa-testen (tabel 5.8). Openlijk spreken over seksualiteit met ouders is binnen Turks- en Marokkaans-Nederlandse gezinnen taboe, en jongeren uit deze gezinnen blijken ook minder gebruik te maken van soa-testen dan autochtoon Nederlandse jongeren, zij het niet significant.

B) Houdingsfactoren

Aantal sekspartners

Jongeren die seksuele ervaringen hebben met meerdere sekspartners, maken ook meer gebruik van soa-testvoorzieningen (tabel 5.8). Jongeren die beiden voor elkaar de eerste partner zijn, lopen in principe geen risico op een soa, en maken daarom ook minder gebruik van soa-testen. Jongeren van Surinaamse en Antilliaanse herkomst hebben veel ervaring met verschillende sekspartners, en laten zich het vaakst testen op soa's. Autochtoon Nederlandse jongeren hebben minder sekspartners gehad dan de andere jongeren en laten zich ook minder vaak testen. Een uitzondering vormen de jongens van Turkse en Marokkaanse herkomst; zij rapporteren veel sekspartners, maar maken niet meer gebruik van soa-testen dan de autochtoon Nederlandse jongeren. Wellicht speelt hier een gebrekkige kennis over veilig vrijen en soa's een rol. Uit aanvullende analyses (niet in tabel) blijkt dat de redenen waarom jongeren zich niet laten testen op soa's ook verschillend zijn voor de diverse groepen, en dit lijkt samen te hangen met de verschillen in het aantal sekspartners. Zo hebben autochtoon Nederlandse en westerse migrantenjongeren minder ervaring met verschillende sekspartners, en zij rapporteren dan ook dat ze geen risico hebben gelopen. Niet-westerse migrantenjongeren hebben gemiddeld wel vaker meer sekspartners gehad, maar hebben er vaker niet aan gedacht om zich op soa's te laten testen.

Kennis van veilig vrijen en soa's

Een gebrekkige kennis omtrent veilig vrijen en soa's blijkt samen te hangen met een verminderd gebruik van soa-testen. Autochtoon Nederlandse jongeren hebben veel kennis, maar toch maken de andere jongeren, uitgezonderd degenen van Turkse en Marokkaanse herkomst, meer gebruik van soa-testen. Uit de literatuur komt ook naar voren dat jongeren van Surinaamse en Antilliaanse afkomst de kans op een soa hoger inschatten dan autochtoon Nederlandse jongeren (Von Bergh en Sandfort 2000). Mogelijk hangt dit samen met het aantal wisselende contacten dat deze jongeren hebben.

C) (On)toegankelijkheid

De verschillen in het gebruik van soa-testen kunnen behalve door achtergrond- en houdingsfactoren ook verklaard worden door de (on)toegankelijkheid ervan. Om soa-testen voor iedereen toegankelijk te houden, is in elke regio ten minste één laagdrempelige voorziening waar mensen kosteloos en anoniem terecht kunnen. Daarnaast kan men zich ook wenden tot de huisarts voor een gratis soa-test (Soa Aids Nederland 2010). De gebruikte dataset bevat nauwelijks informatie over de toegankelijkheid van soa-testen. Wel zijn er aanwijzingen dat de voorzieningen wellicht niet voor iedereen even laagdrempelig zijn. Uit angst om een bekende tegen te komen of uit schaamte hebben migranten misschien meer moeite om van een soa-testvoorziening gebruik te maken dan autochtoon Nederlandse jongeren (Tuk, interview).⁷

5.5.3 Conclusie over het gebruik van soa-testen

Etnische verschillen in het gebruik van soa-testen blijken slechts voor een zeer klein gedeelte verklaard te worden door achtergrondfactoren, houding en kennis, en door (on)toegankelijkheid. Ongeacht de etnische verschillen in al deze factoren blijven Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse en overig niet-westerse migrantenjongeren meer gebruikmaken van soa-testen. In het hiernavolgende worden de belangrijkste conclusies kort weergegeven.

Etnische verschillen in het gebruik van soa-testen

Een kwart tot de helft van alle jongeren geeft aan altijd condooms te gebruiken bij geslachtsgemeenschap, maar de meerderheid dus niet. Die groep zou er verstandig aan doen zich op soa's te laten testen. De cijfers wijzen echter uit dat gemiddeld slechts 12% dit daadwerkelijk gedaan heeft. Jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse (27%), overig niet-westerse (21%) of westerse achtergrond (18%) hebben zich vaker laten testen dan jongeren met een Marokkaanse of Turkse (5%) of autochtoon Nederlandse achtergrond (12%). Er bestaat dus een discrepantie tussen seksueel gedrag (meerderheid gebruikt geen condoom) en de daarbij horende wenselijke zorg voor de seksuele gezondheid (meerderheid laat zich niet testen, terwijl dat wel verstandig is).

Wanneer wordt gekeken naar etnische verschillen in het gebruik van condooms en soa-testen komt een duidelijke samenhang naar voren: jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond maken het minst consequent gebruik van condooms om zich te beschermen, en zij laten zich ook het vaakst testen op soa's. Ze lijken dus te beseffen dat ze een risico lopen.

Waarom maken migranten met een Surinaamse, Antilliaanse of overig niet-westerse achtergrond meer gebruik van soa-testen?

Ook als gecontroleerd wordt voor de etnische verschillen in achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, geslacht en belang van religie, blijken jongeren met een Surinaamse, Antilliaanse, westerse of overig niet-westerse achtergrond meer gebruik te maken van soa-testvoorzieningen. Factoren die samenhangen met het gebruik van soa-testen zijn een hogere mate van communicatie met ouders, meer kennis van veilig vrijen en soa's, en een hoger aantal sekspartners. Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren hebben vaker meerdere sekspartners gehad, of hebben meerdere sekspartners tegelijkertijd (Bakker 2009; De Feijter 2006). Jongeren met losse partners zijn zich vaak bewust van de kans op soa's en beschermen zichzelf en hun partners relatief goed door zowel condoomgebruik als testgedrag (Kuyper en Vanwesenbeeck 2007). Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren blijken zichzelf vooral te beschermen door hun testgedrag en in mindere mate door het condoomgebruik. Echter, ook als we rekening houden met etnische verschillen in de mate van condoomgebruik en het aantal sekspartners laten jongeren van Surinaamse, Antilliaanse en overig niet-westerse herkomst zich vaker testen op soa's. Over de (on)toegankelijkheid van soa-testen bevat de gebruikte dataset erg weinig informatie. Uit interviewgegevens blijkt echter dat soa-testen voor sommige migranten wellicht minder toegankelijk zijn vanwege de angst

om een bekende tegen te komen of vanwege schaamte. Dit lijkt voor jongeren met een Surinaamse, Antilliaanse of overig niet-westerse achtergrond geen grote rol te spelen, gezien de hogere mate waarin zij zich laten testen op soa's.

5.6 Seksuele gezondheid voor alle jongeren

Jongeren van verschillende herkomstgroepen maken verschillend gebruik van anticonceptie, abortus en soa-testen. Jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond hebben minder ervaring met geslachtsgemeenschap, en dit geldt vooral voor meisjes. Echter, degenen die seksueel actief zijn, maken redelijk consequent gebruik van anticonceptie en condooms. Bij deze jongeren komen dan ook weinig tienerzwangerschappen voor en zij maken niet veel gebruik van soa-testen. Eenmaal zwanger wordt er door deze jongeren wel vaker een abortus ondergaan. Een belangrijke verklaring voor deze bevindingen is het belang dat gehecht wordt aan het geloof en de daarmee samenhangende houding ten aanzien van seksualiteit, waarin seks voor het huwelijk taboe is. Ook heerst er vaak een sterke sociale controle en wordt binnen deze culturen weinig over seksualiteit gesproken. De jongeren worden hierdoor belemmerd in het verwerven van kennis en vaardigheden.

Jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond worden meer vrijgelaten door hun ouders en experimenteren juist veel op seksueel gebied. Zij hebben vaak meerdere partners en maken in mindere mate gebruik van anticonceptie en condooms. Dit maakt hen tot een risicogroep voor tienerzwangerschappen en soa's. Tienerzwangerschappen komen relatief vaak voor onder Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren, en in het geval van een zwangerschap ondergaan Antilliaans-Nederlandse jongeren minder vaak een abortus dan jongeren uit de overige migrantengroepen. Het krijgen van een kind op jonge leeftijd is binnen deze cultuur gangbaarder. Jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond laten zich vaker testen op soa's dan autochtoon Nederlandse jongeren, ze lijken dus te beseffen dat ze een risico lopen.

Autochtoon Nederlandse jongeren maken het meest consequent gebruik van anticonceptie. Binnen de meeste autochtoon Nederlandse gezinnen wordt minder belang gehecht aan het geloof en heerst een liberale houding ten aanzien van seksualiteit. De meeste jongeren kunnen er met hun ouders over praten. Autochtoon Nederlandse jongeren maken relatief gezien ook weinig gebruik van soa-testen, en in het geval van een zwangerschap ondergaan zij minder vaak een abortus dan de overige jongeren.

Seksuele leefstijl

Bepaalde factoren komen bij zowel het verklaren van seksuele ervaringen als het gebruik van bepaalde voorzieningen naar voren, en deze factoren lijken telkens een op zichzelf staande rol te spelen. Ook wanneer je rekening houdt met alle factoren worden niet alle etnische verschillen verklaard. Het lijkt erop dat seksuele gedragingen niet op zichzelf staan, maar deel uitmaken van een bepaalde seksuele leefstijl (Auslander et al. 2009); etnische verschillen in de achtergrondkenmerken en de houding ten aanzien van seksualiteit zijn gerelateerd aan deze seksuele leefstijl (Connell et al. 2004). Binnen het gezin heerst bijvoorbeeld een bepaalde mate van affectie en toezicht, die

indirect zijn weerslag heeft op de seksuele leefstijl van de jongeren en daarmee op hun seksuele gedragingen. Een andere verklaring voor verschillen in anticonceptiegebruik kan gezocht worden in de straatcultuur waarin de verschillende groepen (migranten)-jongeren zich bewegen (Frouws en Hollander 2009): jongeren nemen buitenshuis veel gedragingen van elkaar over, waaronder die op seksueel gebied, evenals eventuele mythes over bijvoorbeeld anticonceptiegebruik. Ook de seksualisering van de maatschappij lijkt van invloed te zijn: er is veel seks op televisie en in het straatbeeld. Turks- en Marokkaans-Nederlandse jongeren kunnen bijvoorbeeld het idee krijgen dat ze hetzelfde moeten doen als autochtoon Nederlandse jongeren op het gebied van seks. Thuis leren ze dat seks verboden en vies is, terwijl ze op school leren hoe ze een condoom moeten omdoen. Het gevolg kan zijn dat jongeren denken dat deze informatie niet op hen van toepassing is of dat ze deze niet aannemen omdat ze thuis een andere moraal leren (Frouws en Hollander 2009).

Beperkingen

Er zijn ook enkele beperkingen aan deze studie. Om te beginnen waren de verschillende etnische groepen binnen de beschikbare dataset helaas niet erg groot, zodat enkele daarvan werden samengevoegd en unieke informatie verloren is gegaan. Verder is in dit onderzoek een aantal belangrijke factoren aan bod gekomen die samenhangen met het gebruik van de voorzieningen, evenals de etnische verschillen hierin. Er zijn echter nog andere factoren die van belang lijken bij het verklaren van etnische verschillen, maar die niet konden worden meegenomen in deze analyse. Hierbij moet allereerst gedacht worden aan de sociaaleconomische status van gezinnen: mensen met een lage opleiding en een laag inkomen hebben beperktere kennis en vaardigheden om zichzelf effectief te beschermen tegen problemen van verschillende aard, waaronder op het gebied van seksualiteit (Frouws en Hollander 2009). Mogelijk speelt niet alleen het opleidingsniveau van de jongeren, maar ook de sociaaleconomische status van de ouders een verklarende rol bij de etnische verschillen in het gebruik van de voorzieningen. Een andere mogelijk verklarende factor is de zelfredzaamheid van jongeren: jongeren die denken dat zij invloed kunnen uitoefenen op hun leven, zullen hier actief sturing aan geven. Wanneer je van mening bent dat het leven je overkomt, kan een zwangerschap of een soa net zo goed het resultaat zijn van pech als van het eigen gedrag. Je zult als jongere dan minder geneigd zijn zorgvuldig om te gaan met voorbehoedsmiddelen (Frouws en Hollander 2009; Van der Vlugt en De Neef, interview). Ook de aard van de relatie is een belangrijke factor in het condoomgebruik. Jongeren met losse partners zullen meer geneigd zijn condooms te gebruiken dan jongeren in een vaste relatie. Een partner kunnen vertrouwen (zeker als het gaat om soa-preventie) wordt dan belangrijk gevonden (Van der Vlugt en De Neef, interview). Tot slot is de vragenlijst bij jongeren klassikaal afgenomen in computerlokalen. Dit kan mogelijk hebben geleid tot sociaal wenselijke antwoorden: jongeren hebben misschien niet alles naar waarheid durven of kunnen invullen vanwege de aanwezigheid van overige klasgenoten. Met name bij migrantenjongeren, en dan vooral bij meisjes met een Turkse of Marokkaanse achtergrond, kan dit een grote rol spelen vanwege eer- en schaamtegevoelens, en vanwege een sterke sociale controle (Frouws en Hollander 2009).

Het is mogelijk dat de (migranten)meisjes eventuele seksuele ervaringen niet naar waarheid hebben durven invullen, terwijl de (migranten)jongens hun antwoorden misschien overdreven hebben omdat het 'stoer' is om seksueel ervaren te zijn.

Noten

- 1 Jongerenonderzoek *Seks onder je 25e* (De Graaf et al. 2005). Zie voor verdere informatie over de data de website van het Sociaal en Cultureel Planbureau (www.scp.nl).
- 2 Deze combinaties zijn gemaakt op basis van herkomstgebied en migratiegeschiedenis.
- 3 Hierbij gaat het om ervaring met vaginale penetratie, en niet met stimulatie met de hand of met orale of anale seksuele gemeenschap.
- 4 Uit het gesprek met prof. dr. Pels over formele opvoedingsondersteuning is ook informatie over het gebruik van voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid naar voren gekomen. Prof. dr. Pels is senior onderzoeker bij het Verwey-Jonker Instituut en bijzonder hoogleraar aan de faculteit der Psychologie en Pedagogiek van de Vrije Universiteit te Amsterdam.
- 5 Gevraagd is of jongeren condooms goedkoop vinden. Voor de duidelijkheid wordt in de huidige paragraaf gesproken van jongeren die condooms duur vinden, dat wil zeggen jongeren die deze vraag ontkennend hebben beantwoord.
- 6 Er zijn geen zwangerschapscijfers beschikbaar over 2008. De hiernavolgende cijfers over 2007 geven een indicatie van het aantal zwangerschappen per 1000 meisjes (15 tot en met 19 jaar) per etnische groep (Van Lee et al. 2009). Deze cijfers kunnen dus niet worden vergeleken met de cijfers uit figuur 5.3.
 - Autochtoon Nederlandse meisjes: 11,1 zwangerschappen, waarvan er 5,9 in abortus eindigden.
 - Turks-Nederlandse meisjes: 11,1 zwangerschappen, waarvan er 6,5 in abortus eindigden.
 - Marokkaans-Nederlandse meisjes: 16,1 zwangerschappen, waarvan er 10,4 in abortus eindigden.
 - Surinaams-Nederlandse meisjes: 57,4 zwangerschappen, waarvan er 43,1 in abortus eindigden.
 - Antilliaans-Nederlandse meisjes: 65,2 zwangerschappen, waarvan er 41 in abortus eindigden.
- 7 Het gesprek met dhr. Tuk ging vooral over het gebruik van formele opvoedingsondersteuning en over de contacten met de huisarts. Echter, er is ook relevante informatie over het gebruik van soa-testen naar voren gekomen. Dhr. Tuk is senior adviseur bij Pharos.

6 Samenvatting en slotbeschouwing

Saskia Keuzenkamp, Angela van den Broek en Ellen Kleijnen

Doel en context van het onderzoek

Het aantal jeugdigen van niet-westerse herkomst in Nederland is de afgelopen decennia toegenomen. In 2010 zijn dat er ruim 800.000 (16% van de bevolking van 0-24 jaar). Deze groep krijgt in het beleid regelmatig aandacht, vooral als er sprake is van problemen met hun integratie in de Nederlandse samenleving. Een specifieke kwestie die eveneens in het beleid is opgepakt, is het al dan niet evenredige gebruik van publieke voorzieningen. Op 11 juli 2008 stuurden de ministers Rouvoet voor Jeugd en Gezin, en Vogelaar voor Wonen, Wijken en Integratie een brief naar de Kamer, met als onderwerp Diversiteit in het Jeugdbeleid (TK 2007/2008). Daarin stelt het kabinet zich ten doel dat:

- migrantenkinderen en hun ouders even goed worden bereikt door algemene voorzieningen als autochtone kinderen en hun ouders;
- migrantenouders en professionals problemen in de opvoeding en ontwikkeling vroegtijdig signaleren en aanpakken;
- de (preventieve) aanpak en de interventies die worden ingezet bij migrantenjeugd en hun ouders effectief zijn.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) verzorgen een monitor ten aanzien van een van die doelen, namelijk het bereik van de voorzieningen: worden migrantenjeugdigen en hun ouders even goed bereikt als autochtoon Nederlandse jeugdigen en hun ouders? De monitor komt tot stand op verzoek van ZonMw, die een belangrijke rol vervult bij de uitvoering van het beleid ten aanzien van de diversiteit onder de jeugd.

Om de stand van zaken bij de aanvang van dit beleid in kaart te brengen, is allereerst een zogeheten nulmeting uitgebracht (De Jong et al. 2010a,b). Die bevat een sterk cijfermatig overzicht van de leefsituatie en het voorzieningengebruik van kinderen en jongeren (en hun ouders), uitgesplitst naar hun etnische herkomst. Om de cijfers te kunnen duiden, is vervolgens een verdiepende studie uitgevoerd, waarvan dit rapport het verslag bevat. We gingen voor een viertal voorzieningen na hoe eventuele verschillen tussen etnische groepen in het voorzieningengebruik te verklaren zijn. Het gaat om formele opvoedingsondersteuning, speciale onderwijsvoorzieningen, de huisarts en voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid (anticonceptie, abortus en soa-testen). De criteria bij de selectie van deze onderwerpen waren het belang van de voorziening, het vóórkomen van verschillen tussen diverse herkomstgroepen en de mate waarin het onderwerp al is uitgediept.

In dit slothoofdstuk zetten we de belangrijkste conclusies op een rij, ons beperkend tot de hoofdlijnen. Voor een meer gedetailleerd beeld van de conclusies per voorziening verwijzen we naar de samenvattende paragrafen van de desbetreffende hoofdstukken: hoofdstuk 2 voor het gebruik van formele opvoedingsondersteuning, hoofdstuk 3 voor

speciale onderwijsvoorzieningen, hoofdstuk 4 voor de huisarts en hoofdstuk 5 voor voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid.

Onderzoeksvragen en werkwijze

Om verschillen in het voorzieningengebruik tussen etnische groepen te verklaren, zijn diverse typen factoren relevant. Allereerst is het van belang om na te gaan of er tussen autochtone Nederlanders en diverse migrantengroepen een verschil bestaat in de relatieve omvang van de doelgroep van de desbetreffende voorziening. Als migrantenouders bijvoorbeeld meer opvoedproblemen hebben, is de doelgroep van opvoedingsondersteuning bij hen groter en ligt een hoger gebruik daarvan in de rede.

Vervolgens bezien we in hoeverre er relevante etnische verschillen zijn in sociaaldemografische achtergrondkenmerken. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de leeftijdsopbouw, de gezinssituatie en het opleidingsniveau. Zo zijn niet-westerse migranten en hun nakomelingen relatief laagopgeleid. Verschillen in voorzieningengebruik kunnen gerelateerd zijn aan opleidingsverschillen, waardoor een eventueel geringer gebruik door migranten niet zozeer met hun culturele achtergrond te maken heeft, als wel met het feit dat zij lager zijn opgeleid.

Verschillen in voorzieningengebruik kunnen ook een gevolg zijn van verschillen in houding tussen de diverse herkomstgroepen. Migrantengroepen kunnen immers andere opvattingen hebben dan autochtone Nederlanders, bijvoorbeeld als het gaat om de vraag wat al dan niet normaal gedrag voor een kind zou zijn of wat al dan niet van professionals te verwachten valt. Houdingsverschillen kunnen hun weerslag vinden in een ander voorzieningengebruik.

Een laatste categorie van verklarende factoren ten slotte betreft verschillen in de (on)toegankelijkheid van voorzieningen. Daarbij kan het gaan om eventuele procedures die doorlopen moeten worden, de kosten die het gebruik met zich meebrengt en de aansluiting tussen vraag en aanbod.

Al met al proberen we in dit rapport antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Welke etnische verschillen zijn er in het gebruik van de voorzieningen?
- 2 Hoe verhouden die verschillen zich tot verschillen in de mate waarin jeugdigen en hun ouders tot de doelgroep van de voorzieningen behoren?
- 3 Vormen verschillen in achtergrondkenmerken een verklaring voor etnische verschillen in het gebruik van de voorzieningen?
- 4 Vormen verschillen in de houding ten aanzien van de voorzieningen een verklaring voor etnische verschillen in het gebruik daarvan?
- 5 Kunnen verschillen in de (on)toegankelijkheid van de voorzieningen etnische verschillen in het gebruik ervan verklaren?

Om deze vragen te beantwoorden is gebruikgemaakt van literatuurstudie, (waar mogelijk) van secundaire analyse van beschikbare databestanden, en van interviews met een aantal experts. We hebben ons hierbij geconcentreerd op autochtone Nederlanders en de vier grootste niet-westerse migrantengroepen: Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en

Antilliaanse Nederlanders. Soms was het nodig om sommige dan wel alle niet-westerse migrantengroepen samen te voegen, waardoor eventuele onderlinge verschillen niet altijd naar voren zijn gekomen.

Gebruik van voorzieningen: discrepantie tussen vraag en gebruik

Zoals gezegd heeft het kabinet zich ten doel gesteld dat migrantenkinderen en hun ouders even goed bereikt worden door algemene voorzieningen als autochtone Nederlanders. De eerste twee onderzoeksvragen zijn bedoeld om eventuele etnische verschillen in het gebruik van publieke voorzieningen vast te stellen en te bepalen hoe deze verschillen zich verhouden tot de omvang van de doelgroep van deze voorzieningen. Bij alle vier typen voorzieningen die in deze studie zijn onderzocht, blijkt er bij een deel van de (migranten)jeugdigen en hun ouders sprake te zijn van een discrepantie tussen de omvang van de vraag (de problematiek) en het gebruik van de voorziening. Hoewel een groot deel van de migranten bereikt wordt door de in deze studie onderzochte voorzieningen, blijken er toch enkele etnische verschillen te zijn in het gebruik van de voorzieningen. In deze studie richten wij de aandacht op het verklaren van deze verschillen. Dat brengt een zeker gevaar met zich mee dat die verschillen in verdere discussies overmatig veel aandacht krijgen; het is belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de gevonden verschillen vaak niet groot zijn.

In een aantal gevallen maken migrantenouders en hun kinderen *minder* gebruik van de voorziening dan te verwachten valt gezien de omvang van de problematiek (bij de opvoeding en in het onderwijs) of gezien hun gedrag (bij gebruik van anticonceptie). Hier is dus sprake is van een zekere *onderconsumptie*.

- Migrantenouders (vooral die van Turkse en Marokkaanse herkomst) maken door de bank genomen minder gebruik van opvoedingsondersteuning dan men zou mogen verwachten. Niet-westerse migrantenouders rapporteren meer psychosociale problematiek bij hun kinderen dan autochtoon Nederlandse ouders en hebben vaak een minder positieve opvoedbeleving (bv. ze hebben vaker het gevoel de opvoeding niet goed aan te kunnen en vinden het ouderschap vaker moeilijker dan gedacht).
- Bij het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen is het beeld gedifferentieerd en is er sprake van ‘onderconsumptie’ bij het gebruik van het rugzakje en cluster 4-scholen (voor jeugdigen met gedragsproblemen). Gezien het feit dat de omvang van de gedragsproblematiek en het risico op beperkingen bij niet-westerse migranten wat groter is dan bij autochtone Nederlanders, zou men verwachten dat ze vaker dan nu het geval is gebruikmaken van die vormen van speciale onderwijszorg. Deze discrepantie lijkt vooral te gelden voor kinderen en jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond.
- Ook wat betreft de voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid is het beeld divers. Van alle seksueel actieve jongeren maken migrantenjongeren minder consequent gebruik van anticonceptie, wat duidt op ‘onderconsumptie’. Dit geldt voornamelijk voor jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond.

Bij de andere onderzochte voorzieningen is het beeld niet direct in termen van ‘onder-’ of ‘overconsumptie’ te benoemen. Het aandeel migrantenkinderen en -jongeren in de andere speciale onderwijsvoorzieningen (dat wil zeggen in het speciaal basisonderwijs, cluster 1, 2 en 3 van het (voortgezet) speciaal onderwijs, leerwegondersteunend onderwijs en praktijkonderwijs) is hoger dan dat onder autochtone leeftijdsgenoten. Dit spoort echter met de onder migranten jeugd hogere prevalentie van en risico op de problematiek waarvoor deze voorzieningen zijn bedoeld. Wel zijn er aanwijzingen dat een deel van hen toch niet wordt bereikt en dat ze niet altijd op de ‘juiste’ plek zitten. Dit laatste lijkt vooral te gelden voor migranten jeugdigen met gedragsproblemen. Zij belanden niet altijd in het voor hen bestemde cluster 4-onderwijs, maar maken bijvoorbeeld gebruik van het speciaal basisonderwijs of het cluster 2-onderwijs.

Ook wat betreft het contact met de huisarts kan niet direct worden gesproken over ‘onder-’ of ‘overconsumptie’. Migranten jeugdigen maken meer gebruik van de huisarts dan autochtoon Nederlandse kinderen en jongeren. Dit veelvuldige gebruik lijkt in verhouding te staan tot de hogere mate waarin zich gezondheidsproblemen voordoen. Deze verschillen in gezondheid en verschillen in sociaaleconomische status kunnen echter geen volledige verklaring vormen voor het frequentere huisartsengebruik van migranten. Er zijn aanwijzingen dat factoren als taal- en communicatieproblemen en culturele verschillen in hulpzoekgedrag bijdragen aan het frequente gebruik van de huisarts door met name Turkse en Marokkaanse Nederlanders. Wellicht wordt er dus vaker beroep gedaan op de huisarts dan gezien hun gezondheidstoestand nodig is. Echter, voor een ander deel van de migrantenpopulatie is er mogelijk zelfs sprake van een lager gebruik dan verwacht zou worden op basis van de hogere prevalentie van gezondheidsproblemen.

Wat betreft abortus blijkt dat per 100 tienerzwangerschappen (15-19 jaar), het aandeel dat eindigt in een abortus hoger is bij Marokkaans-, Turks- en Surinaams-Nederlandse meisjes dan bij autochtoon en Antilliaans-Nederlandse meisjes uit die leeftijdsgroep. Voor soa-testen geldt dat jongeren van Surinaamse, Antilliaanse en overig niet-westerse herkomst er meer gebruik van maken dan autochtoon Nederlandse jongeren, zelfs wanneer gecontroleerd wordt voor condoomgebruik en het aantal sekspartners. Dit relatief veelvuldige gebruik van soa-testen vormt als het ware de keerzijde van de eerdergenoemde ‘onderconsumptie’ van anticonceptie door met name jongeren van Surinaamse en Antilliaanse herkomst.

Sociaaldemografische factoren als verklaring?

Het is algemeen bekend dat er in diverse opzichten verschillen zijn tussen niet-westerse migranten en autochtone Nederlanders en ook tussen de migrantengroepen onderling. Zo zijn met name de Turkse en Marokkaanse Nederlanders relatief laagopgeleid en hebben zij gemiddeld meer kinderen; verder komt alleenstaand ouderschap veel voor onder Surinaamse en Antilliaanse vrouwen en hechten niet-westerse migranten over het geheel genomen meer belang aan religie dan autochtone Nederlanders. De derde onderzoeksvraag is erop gericht om na te gaan in hoeverre dit soort verschillen in sociaaldemografische kenmerken bepalend is voor het verschil in voorzieningen-gebruik tussen de groepen. Uit de analyses in de verschillende hoofdstukken blijkt dat

deze achtergrondkenmerken vaak wel een rol spelen, maar dat zij de etnische verschillen hooguit voor een deel verklaren.

Het relatieve gewicht van de afzonderlijke factoren kon overigens nooit goed worden onderzocht. Geschikte data daarvoor zijn er namelijk niet. Wel lijkt met name het relatief lage opleidingsniveau bij ouders en jeugdigen van Turkse en Marokkaanse herkomst vrijwel altijd een belangrijke rol te spelen. Een laag opleidingsniveau van ouders heeft op tal van manieren effect: het speelt bijvoorbeeld een rol bij het ontstaan van leerachterstanden, bij het herkennen van gezondheid- en opgroei-problematiek en bij het krijgen van zicht op het voorzieningenaanbod.

Houding van jeugdigen en hun ouders

Houdingsaspecten (vierde onderzoeksvraag) blijken eveneens vaak een rol te spelen. Daarbij gaat het aan de ene kant om de houding van jeugdigen en hun ouders tegenover het probleem waarvoor de voorziening is bedoeld en de omgang met dergelijke problemen. Aan de andere kant speelt hun houding tegenover het zoeken van hulp en tegenover professionals een rol.

Het blijkt veel voor te komen dat migrantenouders en -jeugdigen anders aankijken tegen de problemen waarvoor de voorzieningen bedoeld zijn dan autochtone Nederlanders. Als het om de opvoeding gaat, blijken niet-westerse migranten gedragingen van kinderen die door autochtone Nederlanders als probleem worden beschouwd, niet altijd te herkennen of niet als zodanig te kwalificeren. Dat speelt ook een rol bij het gebruik van speciale onderwijsvoorzieningen. Schaamte lijkt bij niet-westerse migrantenouders eveneens vaker in het geding, bijvoorbeeld als het gaat om het erkennen van psychosociale problematiek (relevant voor het gebruik van formele opvoedingsondersteuning, speciale onderwijszorg en de huisarts). Ook de visie op de eigen rol en competenties lijkt te verschillen. Ouders van Turkse en Marokkaanse herkomst hebben minder het idee dat zij zelf een rol kunnen spelen bij het verminderen of voorkómen van problemen, zoals opgroei- en gezondheidsproblemen. Bij het gebruik van voorzieningen op het gebied van de seksuele gezondheid is er eveneens sprake van verschillen in houding tussen de diverse groepen. In Turks- en Marokkaans-Nederlandse kringen is seksuele gemeenschap en zwangerschap voor het huwelijk taboe. Bij het vrijen wordt in gemiddelde mate anticonceptie gebruikt en in geval van ongewenste zwangerschap wordt relatief vaak voor abortus gekozen. Bij Surinaams-, Antilliaans- en autochtoon Nederlandse jongeren is er veel meer vrijheid op het gebied van relaties en seksualiteit. Dat vindt zijn weerslag in hun gedrag, zowel als het gaat om het hebben van geslachtsgemeenschap als waar het gaat om het gebruik van anticonceptie. Jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond maken overigens het minst gebruik van voorbehoedsmiddelen en zijn sterk vertegenwoordigd onder de jongeren die gebruikmaken van abortus dan wel soa-testen. Houding speelt dus een rol bij de probleemdefiniëring, maar het voorzieningengebruik wordt zoals gezegd eveneens beïnvloed door hoe mensen daar tegenover staan. Wat betreft opvoedingsondersteuning, speciale onderwijsvoorzieningen en de huisarts lijkt er sprake van een zeker wantrouwen of negatieve beeldvorming. Migrantengroepen zijn soms bang verkeerd begrepen te worden of onder druk te worden gezet om te 'vernerlandsen'. Ook lijken hun verwachtingen van hulpverleners af te wijken van die van

autochtoon Nederlandse ouders (zo ervaren zij bijvoorbeeld meer geholpen te zijn als ze pillen van de huisarts hebben gekregen).

(On)toegankelijkheid

De laatste categorie van factoren die we bekeken als mogelijke determinant voor verschillen in het voorzieningengebruik is de mate van (on)toegankelijkheid ervan (vijfde onderzoeksvraag). Bezien vanuit de potentiële gebruiker speelt bij veel voorzieningen bijvoorbeeld een geringere bekendheid met het aanbod onder migranten een rol en soms ook praktische belemmeringen zoals een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal. Vertrekkend vanuit de voorzieningen komt naar voren dat het aanbod vaak niet goed aansluit bij de vraag van migranten. De gebruikte meetinstrumenten, methodieken en (de geraadpleegde) professionals lijken vaak (te) weinig cultuursensitief te zijn en de procedures soms (te) ingewikkeld. Ook blijkt de opstelling van beroepskrachten een rol te kunnen spelen bij het (ten onrechte) al dan niet gebruikmaken van een voorziening, zoals speciale onderwijszorg. Een gebrek aan interculturele competenties bij professionals belemmert een optimale ondersteuning van migrantenjeugdigen en hun ouders.

Cumulatie van factoren

In geen van de deelstudies van dit onderzoek was het mogelijk om een integrale analyse uit te voeren, waarmee zou kunnen worden nagegaan wat het relatieve gewicht is van de verschillende factoren. Alles wijst er echter op dat er vaak sprake is van een cumulatie. Verschillen in achtergrondkenmerken tussen de groepen, verschillen in houding en verschillen in de (on)toegankelijkheid van de voorzieningen lijken eigenlijk altijd wel een deel van de verklaring te bieden. Daarbij is met name bij de groepen van Turkse en Marokkaanse herkomst sprake van een sterke cumulatie van verklarende factoren. Zij verschillen immers wat betreft hun *human capital* gemiddeld het meest van autochtone Nederlanders, terwijl de verschillende typen problemen zich juist bij hen relatief vaak voordoen. Hun houding tegenover de verschillende typen problemen wijkt het meest af van die van autochtone Nederlanders en ook vanuit de voorzieningen en de daar werkende professionals is de culturele afstand tot hen het grootst. Overigens dient men niet uit het oog te verliezen dat het vaak ook wél goed gaat – zie de eerdere opmerking over het feit dat de gevonden verschillen tussen migranten en autochtone Nederlanders vaak niet groot zijn.

Een ongewenste situatie?

Een belangrijke kwestie die impliciet steeds op de achtergrond speelt, is of en zo ja wanneer er eigenlijk sprake is van een probleem. Een centrale doelstelling van het beleid is dat migranten en autochtone Nederlanders even goed worden bereikt. In onze studie hebben wij bereik opgevat als gebruik. Een verschil in gebruik tussen groepen is daarbij in beginsel als probleem beschouwd, maar dat hoeft niet altijd zo te zijn. De omvang van de doelgroep van voorzieningen kan immers tussen etnische groepen verschillen. Als de ene groep meer problemen heeft dan de andere, kan een verschil in gebruik juist in lijn zijn met wat het beleid beoogt. Een evenredig gebruik zou dan problematisch zijn.

De vraag is dus allereerst in hoeverre er sprake is van een discrepantie tussen de omvang van de vraag (hoe vaak komt het probleem waarvoor de voorziening is bedoeld voor) en de omvang van het gebruik in de verschillende etnische groepen. Als er een discrepantie blijkt te zijn, is dat in beginsel reden tot zorg.

Belangrijk is dan om te weten in hoeverre die discrepantie het gevolg is van drempels die mensen ervan weerhouden om van de voorziening gebruik te maken en daarmee leiden tot onderconsumptie. Die drempels hebben in ons onderzoek op twee manieren aandacht gekregen: er is gekeken naar houdingsaspecten en naar (on)toegankelijkheid. Als er sprake is van drempels maken mensen minder gebruik van de voorziening dan beoogd en kan het dus zo zijn dat migranten en autochtone Nederlanders niet – zoals het kabinet beoogt – in gelijke mate worden bereikt. Het kan dus wenselijk zijn maatregelen te treffen om die drempels weg te nemen. Overigens kan er uiteraard ook overconsumptie optreden, namelijk als bepaalde groepen meer van een voorziening gebruikmaken dan gezien de aard en omvang van hun problemen noodzakelijk is. Vanuit het beleid bezien zal overconsumptie vermoedelijk alleen al uit kostenoverwegingen in beginsel niet wenselijk zijn en ook hier kan beleid dus opportuun zijn.

Zoals uit deze samenvatting en meer in detail uit de analyses in de hoofdstukken blijkt, is er vaak sprake van drempels. Het beleidsprogramma Diversiteit in het Jeugdbeleid en ook andere, eerdere beleidsinitiatieven zijn deels gericht op het wegnemen van drempels. Dat dit nodig is blijkt uit deze studie, waarbij per type voorziening en per type drempel, en zo mogelijk onderscheiden naar migrantengroep is aangegeven waar de knelpunten (lijken te) zitten. Daarmee is het belang van verdere beleidsontwikkeling nader onderbouwd.

Bij het uitvoeren van deze studie werden wij helaas geconfronteerd met gebrekkige (kwantitatieve) data, waardoor vaak slagen om de arm gehouden moesten worden bij het trekken van conclusies. Om goed zicht te krijgen op de mate waarin de verschillende soorten drempels migrantenjeugdigen en hun ouders (en wellicht ook een deel van de autochtoon Nederlandse bevolking) belemmeren in hun gebruik van de voorzieningen, is vervolgonderzoek nodig waarbij betere gegevens worden verzameld. Om een beter beeld te kunnen krijgen van de onderlinge verschillen tussen autochtone Nederlanders en de diverse migrantengroepen is vooral de omvang en representativiteit van deze verschillende groepen in de steekproef van belang (bv. laag-hoog opgeleid, geen-wel beheersing van de Nederlandse taal, en niet-wel alleenstaand). Om te kunnen nagaan wat het relatieve gewicht is van de verschillende verklarende factoren is een uitgebreid databestand nodig, waarin naast het voorzieningengebruik en achtergrondkenmerken, ook informatie is opgenomen over de houding ten aanzien van het gebruik van voorzieningen en de (ervaren) (on)toegankelijkheid ervan. Om etnische verschillen in het gebruik van voorzieningen te kunnen monitoren is structurele dataverzameling gewenst.

Summary

A question of support

Differences in use of parenting, education and health support services by native Dutch and migrants

Monitor on Diversity in Youth Policy

Today, in 2010, there are more than 800,000 young people of non-Western origin living in the Netherlands (16% of the total population aged up to 24 years). Policymakers devote a great deal of attention to this group. One of the goals of government policy is that young migrants and their parents should be as adequately reached by general provisions as indigenous Dutch families. This report investigates the extent to which there are differences between native Dutch and migrant young people (and their parents) in the use of four provisions, and how those differences can be explained. The provisions concerned are formal parenting support, special education, general practitioners (GPs), and provisions in the area of sexual health. This report attempts to explain ethnic differences in the use of these provisions based on differences in background characteristics, attitudes to the use of these provisions and how accessible or inaccessible they are. Based on the availability of data, our study concentrates mainly on native Dutch citizens and members of the four largest non-Western migrant groups in the Netherlands: people of Turkish, Moroccan, Surinamese and Antillean background. In order to be able to explain ethnic differences in the use of provisions, a literature study was carried out as well as (where possible) quantitative data analysis of available databases; in addition, interviews were held with a number of experts.

Formal parenting support

Parents who experience problems bringing up their children can access formal parenting support services. The total proportion of non-Western migrant parents with children living at home (aged 0-17 years) who use parenting support is virtually the same as the percentage of indigenous Dutch parents who seek help or advice. Parents with a Surinamese, Antillean or other non-Western background seek help or advice with parenting more often than average, while parents with a Turkish or Moroccan background make relatively little use of parenting support. Native Dutch parents seek help from primary care professionals more often than non-Western migrant parents, who by contrast more often make use of secondary provisions.

Key determinants of the use of parenting support include the way in which parents experience bringing up their children and psychosocial problems on the part of children. Non-Western migrants have a significantly less positive experience of parenting than their native Dutch counterparts, and also report more psychosocial problems in their children. Non-Western migrant parents more often feel that they are not up to the task, more often find being a parent more difficult than they expected, and more often feel that their children display behavioural problems. In addition to problems in

parenting and affecting the children, a higher education level on the part of the parents, being a single parent and having a large number of children are all related to the use of parenting support services.

When these determinants are taken into account, it is found that parents of Turkish and Moroccan origin make significantly less use of parenting support services than native Dutch parents (resp. 18% and 22%). This suggests underuse of these services, which is not in proportion to what would be expected on the basis of the characteristics of these parents (i.e. their experience of parenting, psychosocial problems in their children and background characteristics).

A combination of attitude and accessibility factors appears to be a contributory factor in explaining why non-Western migrant parents (and especially those of Turkish and Moroccan origin) make relatively little use of formal parenting support services. They are for example often not accustomed to talking openly about problems in bringing up children, with shame as an important factor here. Some migrant parents also feel that they can do little to prevent or reduce problems. Some parents moreover do not recognise (or acknowledge) the problems or do not consider their parenting issues to be problematic enough to seek help. Distrust of formal parenting support services can also help prevent migrant parents from seeking professional help. On top of this, the existing provision does not always provide a close enough match to the needs and wishes of these parents, and professionals are often inadequately equipped to provide the right parenting support to non-Western migrants. The onus in seeking help is also placed (too much) on parents themselves. When combined with lack of familiarity with the available services, practical obstacles and resistance from those around them, the result is that non-Western migrant parents (especially those of Turkish and Moroccan origin) make relatively little use of formal parenting support services.

Special education

Children and young people who require more support and care than the mainstream education system is able to offer, can make use of a range of special educational provisions in the Netherlands. Migrant pupils are found to make relatively frequent use of special primary education: about 19% of the pupils in this type of education belong to an ethnic minority, compared to 12% in mainstream primary education. Figures show that migrant pupils make relatively frequent use of primary/secondary education for those with visual impairments (referred to as 'cluster 1'), hearing impairments or communication difficulties (cluster 2) and intellectual or physical disabilities (cluster 3), as well as secondary education with extra support and practical training. At the same time, a proportion of migrant youngsters make relatively little use of other forms of special education, specifically the personal budget (the 'rucksack'), and primary/secondary education for those with severe behavioural problems and psychiatric disorders (cluster 4): about 10% and 14% of the cluster 4 pupils in respectively primary and secondary education is of non-indigenous origin.

The relatively high proportion of migrant pupils at special primary schools, following secondary education with extra support and following practical training, as well as in the first three special education clusters, appears to be related in part to ethnic

differences in the degree to which problems occur that make it necessary to access these provisions. These problems appear to be more common among migrant youngsters than among native Dutch children and young people. The issues here are low scores on intelligence tests, educational disadvantage, social-emotional problems and visual, hearing, physical and intellectual impairments. By contrast, migrant pupils (especially those with a Turkish or Moroccan background) make less use of the 'rucksack' and cluster 4 provisions than might be expected on the basis of the (relatively high) incidence of impairments and behavioural problems.

This study brought to light several factors which are directly related to the use of special educational provisions. The education level of the parents is found to play an important role: youngsters of parents with a higher education level seem to receive appropriate support more often, and also to make more use of the personal budget. This is more often the case for children of native Dutch parents than for children of migrants; after all, the share of parents with a higher education background is larger in the former group. Young migrants may also participate less in (certain forms of) special educational support because their parents are more often unaware of these provisions and find the procedure for obtaining a referral to special education difficult. The language barrier also relatively often poses an obstacle to migrant parents and can contribute to the fact that their children do not receive appropriate support. In addition, parents of non-Western origin more often appear to be resistant to a referral to special education, especially in relation to behavioural problems; in fact they generally do not qualify behavioural problems as such and more often feel a sense of shame about them.

Given the resistance often felt by migrant parents towards cluster 4 education (behavioural problems) in particular, some schools opt to refer migrant pupils with behavioural problems to a special education cluster that is more acceptable to their parents, mainly cluster 2 (hearing impairments and communication difficulties) or to special primary education. It may also be that some schools decide against referring a child to special education at all, perhaps being less inclined to initiate a referral procedure if they feel that parents are not willing to cooperate. The attitude of teachers and schools may also contribute to the high percentage of migrant pupils receiving secondary education with extra support and following practical training. In the light of the growing focus on their results, some primary schools may also prevent some (migrant) pupils, for example low achievers, from taking part in the national tests (*Cito*) that are held in the last year of Dutch primary schools, as a result of which these children more often end up in practical training or secondary education with extra support. Teachers may also unintentionally (fail to) refer pupils: depending on the school population, some special needs pupils are noticed less by teachers, and it seems more difficult for them to correctly interpret the behaviour of migrant pupils, in particular, and to recognise when these children have problems.

Finally, there may be difficulties in diagnosing problems in children and young people. For example, behavioural disorders are less often diagnosed among migrant pupils, and this may contribute to the fact that they are less often found in cluster 4 education (behavioural problems). There are also indications that the measurement instruments

used carry a certain cultural (Western) bias; this could lead to pupils from cultural minorities being put at a disadvantage or being assessed incorrectly.

General practitioners

Young members of migrant groups, and especially those of Turkish origin, visit the GP more frequently than native Dutch youngsters (resp. on average 2.6, 2.8 and 2.4 times a year). The proportion of boys and girls using GP services is the same up to the age of 15, but between age 15 and 24 girls make much more use of GP services, regardless of their ethnic origin.

The degree to which GP services are used cannot be seen in isolation from the (good or poor) health of young people; young migrants are on average less healthy than their native Dutch counterparts, more commonly suffering from overweight, diabetes and schizophrenia. The use of GP services thus appears to correspond with their health problems. However, literature research suggests a number of other factors which may explain the relatively high number of contacts between migrants and their GP.

Education level appears to be an important background characteristic; the lower-educated know less about illness and self-care, and are therefore more inclined to contact the GP in the event of health complaints. Non-Western migrant parents tend to have a low education level more often than native Dutch parents, and this may be linked to greater use of GP services.

Ethnic differences in attitudes to illness, health and GPs may also play a role. For example, non-Western migrants relatively often ascribe psychosocial problems to physical complaints (in other words, from a Western point of view, migrants relatively often 'somatise'), which appear to be less of a taboo in these groups. A visit to the GP seems a natural consequence of being unwell for people of Turkish origin, in particular, whereas native Dutch people more often resort to some form of self-care. Migrants moreover frequently have different expectations of their GP, which means they are not always satisfied after a first visit and may contact their GP again at a later date.

Finally, (lack of) accessibility is important. The (mostly indigenous Dutch) GPs often ask their patients open and reflective questions, while most migrants are not used to assessing themselves in that way. Moreover, the migrants' level of selfmanagement and taking responsibility does not always live up to the expectations of the Dutch health care system. In addition, language and communication barriers mean that patient and GP do not always understand each other properly and that several consultations may be needed in order to arrive at a correct diagnosis. This defective understanding could also be related to a lack of awareness of the views of migrants on the part of care professionals.

Provisions in the area of sexual health

Finally, we looked at three provisions in the area of sexual health: contraception, abortion and STD testing. There are wide differences between ethnic groups when it comes to sexuality. Non-Western migrants in the 11-16 age group have substantially more sexual experience than their native Dutch counterparts; in the older age group (17-24 years) the percentages are closer together and it is mainly young people of Turkish and Moroccan origin who have the least experience.

Contraception

Young people who are sexually active and want to avoid a pregnancy must use (or have used) contraception. However, not all sexually active young people use contraception: three-quarters report that they always take precautions to prevent pregnancy, which means that a quarter do not. Young people of native Dutch, Surinamese and Antillean origin are the least consistent in the use of contraception (61% always take precautions). The type of contraception used also varies from group to group: young people of Surinamese and Antillean background make relatively more use of the pill, whereas young people of Turkish and Moroccan origin more often use condoms, which can be obtained more anonymously. The inconsistent use of contraception by young people of Surinamese and Antillean origin is related in the first place to the less favourable family climate, and a higher level of communication about sexuality with friends. In addition to the exchanging of personal experiences, this high level of communication can also mean that myths are propagated (for example that the pill can render the taker infertile), which may in turn influence the decision on whether or not to use contraception. In addition, young non-Western migrants are less aware about safe sex and sexually transmitted diseases, and are more negative in their attitude towards using condoms.

Abortion

Where contraception is not used or not used correctly during sexual activity and an unwanted pregnancy results, young women can seek a termination. In 2008, 11 out of every 1,000 girls aged between 15 and 19 years in the Netherlands became pregnant. If we look at the number of teenage pregnancies in relation to the number of abortions, we find that teenage girls of Moroccan origin in this age group are the most likely to have a termination, and native Dutch girls the least (resp. 79 and 61 girls). The most important factor in (not) seeking a termination is the attitude towards pregnancy and abortion. For example, girls of Surinamese and Antillean origin sometimes regard having a child as a good alternative to going to school and work. Turkish and Moroccan migrant families often uphold a strict virginity norm, and it may be that girls who become pregnant have an abortion in order to hide the fact that they have infringed this norm. Young migrants also have less knowledge about safe sex and pregnancy, and may lack the skills to use contraception correctly.

STD testing

It is sensible for sexually active young people who do not always use or have not always used a condom to have an STD test carried out. Analyses show that 12% of sexually active young people who do not consistently use condoms have had themselves tested for sexually transmitted diseases. Young people of Surinamese and Antillean origin undergo STD testing most often (27%), regardless of any differences in use of condoms. Determinants that are associated with the use of STD tests are the greater extent of communication with parents, a higher number of sexual partners and a higher level of knowledge about safe sex and STDs. Young people of Surinamese and Antillean origin more often have experience with several sexual partners (either simultaneously or serially), and thus appear to be aware that they are running a risk. Even if we allow for

the number of sexual partners, these young people make more use of STD tests than other youngsters.

Discrepancy between demand and use

Ethnic differences are found in the use of all four types of provision investigated here. However, these differences are not always of the same magnitude, and a difference in use need not always be a problem, as the size of the target group for provisions may differ. The main question is therefore to what extent there is a discrepancy between the level of demand and use in different ethnic groups. Such a discrepancy was found for all four provisions considered in this study; in some cases there appeared to be underuse. It is then important to know to what extent this discrepancy is the result of barriers that prevent people from making use of a provision.

Differences in background characteristics between the groups, differences in attitude and differences in the accessibility of the provisions appear to offer a partial explanation in all cases. There often seems to be an accumulation of factors. This applies most notably for the groups of Turkish and Moroccan origin, who differ the most from native Dutch groups in terms of their human capital, yet who are relatively frequently affected by the different types of problem; their attitudes to the problems and provisions differ most markedly of all groups from those of the indigenous Dutch, and the cultural gap in respect of these provisions is also greatest in these migrant groups.

Literatuur

- 50tien (2010). Wat is de rugzak? Geraadpleegd 23 augustus 2010 via www.50tien-oudersenrugzak.nl
- Agtmaal-Wobma, E. van, en H. Nicolaas (2009). Demografie. In: M. Gijsberts en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport integratie 2009* (p. 39-67). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Anoniem (2010). Abortus. Geraadpleegd 15 maart 2010 via www.wikipedia.nl
- Anthony, S., H. Kateman, C.A. Dorrepaal en S.E. Buitendijk (2003). *Aangeboren afwijkingen in Nederland 1996-2000. Gebaseerd op de landelijke verloskunde en neonatologie registraties*. Leiden: TNO Preventie en Zorg.
- Artiles, A.J. en A. Bal (2008). The Next Generation of Disproportionality Research. Toward a Comparative Model in the Study of Equity in Ability Differences. In: *The Journal of Special Education*, jg. 42, nr. 1, p. 4-14.
- Artiles, A.J., B. Harry, D.J. Reschly en Ph.C. Chin (2002). Over-Identification of Students of Color in Special Education: A Critical Overview. In: *Multicultural Perspectives*, jg. 4, nr. 1, p. 3-10.
- Artiles, A.J., J.D. Palmer en S.C. Trent (2004). *Culturally Diverse Students in Special Education. Legacies and Prospects*. In: J.A. Banks en C.A. McGee Banks (red.), *Handbook of Research on Multicultural Education* (p. 716-735). San Francisco: Jossey-Bass.
- Auslander, B.A., F.M. Biro, P.A. Succop, M.B. Short en S.L. Rosenthal (2009). Racial/Ethnic Differences in Patterns of Sexual Behaviour and STI Risk Among Sexually Experienced Adolescent Girls. In: *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, jg. 22, nr. 1, p. 33-39.
- Baar, A.L. van, A.L. den Ouden en L.A.A. Kollée (2000). Ontwikkeling van kinderen met perinatale risicofactoren: theoretische achtergrond, literatuurgegevens en implementatie in de praktijk. In: *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, jg. 68, nr. 6, p. 210-216.
- Bakker, F. (2009). Seksueel gedrag: Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status en etniciteit? Geraadpleegd 15 maart 2010 via www.nationaalkompas.nl
- Bakker, F., H. de Graaf, S. de Haas, H. Kedde, H. Kruijer en C. Wijsen (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bekkema, N. (2007). *Opvoedingsondersteuning aan allochtone gezinnen*. Leiden: TNO Preventie en Zorg.
- Bellaart, H. (2006). *Toegankelijkheid van organisaties*. Utrecht: FORUM.
- Berg, G. van den (2010). Hulpverlening weet migranten jeugd slecht te vinden. Interventies houden geen rekening met culturele verschillen. In: *Jeugd en Co Kennis*, jg. 4, nr. 2, p. 8-17.
- Berg, R. van den, T. van der Gun, M. Kierczak, A. van de Kooij en I. Wulp (red.) (2005). *Alle ouders hebben vragen! Onderzoek naar bereik en behoefte aan opvoedingsondersteuning van specifieke groepen ouders*. Gouda: JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding.
- Bergen, A. van, G. de Geus en E. van Ameijden (2005). *Behoeft aan opvoedingsondersteuning bij Utrechtse ouders en verzorgers*. Utrecht: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht.
- Bergh, M.Y.W. von, en T.G.M. Sandfort (2000). *Veilig vrijen en condoomgebruik bij Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse jongeren en jong-volwassenen: Een vergelijking met autochtone Nederlanders*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep/Universiteit Utrecht.
- Bertens, M. (2008). *Uma Tori: Development and Evaluation of an STI/HIV-Prevention Intervention for Women of Afro-Surinamese and Dutch Antillean Descent* (proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Bollmer, J., J. Bethel, R. Garrison-Mogren en M. Brauen (2007). Using the Risk Ratio to Assess Racial/Ethnic Disproportionality in Special Education at the School-District Level. In: *Journal of Special Education*, jg. 40, nr. 3, p. 186-198.

- Boo, G.M. de, en A.M. Kolk (2007). Ethnic and gender differences in temperament, and the relationship between temperament and Depressive and Aggressive mood. In: *Personality and Individual Differences*, jg. 43, nr. 7, p. 1756-1766.
- Bot, M., L. Adriaensens, C.L.A.J. Boom en G. Breebaart (2008). *Jeugdenquête 0-12 jaar West-Friesland 2007*. Schagen: Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Hollands Noorden.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. In: *American Psychologist*, jg. 32, nr. 7, p. 513-531.
- Bronneman-Helmers, R. (2007). Onderwijs. In: M. de Klerk (red.), *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007* (p. 45-76). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bryant, D. en K. Maxwell (1997). The Effectiveness of Early Intervention for Disadvantaged Children. In: M.J. Guralnick (red.), *The Effectiveness of Early Intervention* (p. 23-46). Baltimore: Brookes Publishing Co.
- Bucx, F. (2009). De leefsituatie van kinderen en jongeren met een niet-westerse achtergrond. In: M. Gijsberts en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport integratie 2009* (p. 291- 316). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Buitelaar, N. en V. Yildirim (2006). Onderbehandeling van ADHD bij allochtonen: kinderen en volwassenen. In: *ADHD Actueel*, jg. 3, nr. 4, p. 1-12.
- Bus, A.G., P.P.M. Leseman en P. Keultjes (2000). Joint Book Reading Across Cultures: A Comparison of Surinamese-Dutch, Turkish-Dutch, and Dutch Parent-Child Dyads. In: *Journal of Literacy Research*, jg. 32, nr. 1, p. 53-76.
- Cauce, A.M., M. Domenech-Rodríguez, M. Paradise, B.N. Cochran, J.M. Shea, D. Srebnik en N. Baydar (2007). Cultural and Contextual Influences in Mental Health Help Seeking: A Focus on Ethnic Minority Youth. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, jg. 70, nr. 1, p. 44-55.
- CBS (2008a). *Jaarrapport 2008. Landelijke Jeugdmonitor*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2008b). *Landelijke Jeugdmonitor. Rapportage 2e kwartaal 2008*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2009a). *Jaarrapport 2009. Landelijke Jeugdmonitor*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2009b). *Gezondheid en zorg in cijfers 2009*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2010). Cijfers verkregen van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Geen publicatie.
- Connell, P., C. McKeivitt en N. Low (2004). Investigating ethnic differences in seksual health: focus groups with young people. In: *Sexually Transmitted Infections*, jg. 80, nr. 4, p. 300-305.
- Coutinho, M.J., D.P. Oswald en A.M. Best (2002). The Influence of Sociodemographics and Gender on the Disproportionate Identification of Minority Students as Having Learning Disabilities. In: *Remedial and Special Education*, jg. 23, nr.1, p. 49-59.
- Crijnen, A.A.M. en F.C. Verhulst (2001). Een cross-culturele vergelijking van emotionele problemen en gedragsproblemen bij Nederlandse kinderen en Turkse migrantenkinderen. In: *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, jg. 69, nr. oktober, p. 167-173.
- Crone, M., K. Wiefferink en M. Reijneveld (2005). Psychosociale gezondheid van kinderen. In: E. Zeijl, M. Crone, K. Wiefferink, S. Keuzenkamp en M. Reijneveld (red.), *Kinderen in Nederland* (p. 65-89). Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/TNO Kwaliteit van Leven.
- D'Angio, C.T., R.A. Sinkin, T.P. Stevens, N.K. Landfish, J.L. Merzbach, R.M. Ryan, D.L. Phelps, D.R. Palumbo en G.J. Myers (2002). Longitudinal, 15-Year Follow-up of Children Born at Less Than

- 29 Weeks' Gestation After Introduction of Surfactant Therapy Into a Region: Neurologic, Cognitive, and Educational Outcomes. In: *Pediatrics*, jg. 110, nr. 6, p. 1094-1102.
- Dagevos, J. (2009). Werkloosheid, uitkeringen en werk. In: M. Gijsberts en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport integratie 2009* (p. 139-167). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dagevos, J. en M. Gijsberts (2009). Sociaal-culturele positie. In: M. Gijsberts en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport integratie 2009* (p. 226-253). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Danhan, N. (2007). *Gezondheidszorg & Etnische diversiteit in Nederland*. Amsterdam: Pacemaker in Global Health.
- Deković, M., E. Snel en J.H.A. Groenendaal (1997). Kinderen van de Rekening. Over de effecten van armoede op kinderen. In: G. Engbersen, J.C. Vrooman en E. Snel (Red.), *De kwetsbaren. Tweede Jaarrapport Armoede en Sociale uitsluiting* (p. 143-157). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Delgado, C.E.F. en K.G. Scott (2006). Comparison of Referral Rates for Preschool Children at Risk for Disabilities Using Information Obtained From Birth Certificate Records. In: *The Journal of Special Education*, jg. 40, nr. 1, p. 28-35.
- Devillé, W., E. Uiters, G. Westert en P. Groenewegen (2006). Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In: G.P. Westert, L. Jabaaij en F. Schellevis (red.), *Dutch General Practice on Stage: morbidity, performance and quality in an international scene* (p. 85-96). Radcliffe: Oxford.
- DiClemente, R.J., G.M. Wingood, R. Crosby, C. Sionean, B. Cobb, K. Harrington, S. Davies, E.W. Hook en M.K. Oh (2001). Parental Monitoring: Association With Adolescents' Risk Behaviours. In: *Pediatrics*, jg. 107, nr. 6, p. 1363-1368.
- Dijk, M. van, en B. Prinsen (2009). *Handreiking. Opvoedingsondersteuning in het centrum voor Jeugd en Gezin*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Dijk, H. van, en P.J. Tellegen (2004). *Nederlandse Intelligentietest voor onderwijsniveau. Handeling en verantwoording. De NIO en schoolkeuze*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Dijk, B. van, A. Slabbértje en A. Maarschalkerveerd (2007). *Koersen op het kind. Groeistuipen in het speciaal onderwijs*. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong.
- Distelbrink, M.J. (2000). *Opvoeden zonder man. Opvoeding en ontwikkeling in Creools-Surinaamse een- en tweeoudergezinnen in Nederland* (proefschrift). Assen: Van Gorcum.
- Distelbrink, M. (2009). *Ondersteuning van opvoeders in Amsterdam Noord, Slotervaart en Zuidoost: praktijk, beleid en migrantenorganisaties. Inventarisatie voor de KENNISWERKPLAATS Tienplus*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Dobbelsteen, L. van den (2008). Het CJG: succesfactoren en aandachtspunten bij opvoedingsondersteuning aan allochtone ouders met kinderen in de leeftijd van 12 tot 23 jaar. Geraadpleegd 10 mei 2010 via www.fontys.nl
- Doelman-van Geest, H.A., A.M. van Essen en A.M. Plug (2010). *Risicojeugdigen in het pedagogische hulpaanbod en de jeugdzorg. Het bereik van allochtone jeugdigen en jeugdigen uit eenoudergezinnen in Zuid-Holland*. Den Haag: Tympan Instituut.
- Dogan, G., A. van Dijke en L. Terpstra (2005). *Wie zijn er moeilijk bereikbaar?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Dohle, M. (2010). Morele opvoeding in intercultureel perspectief. Geraadpleegd 7 mei 2010 via www.waarden.org
- Donovan, M.S. en C.T. Cross (2002). *Minority Students in Special and Gifted Education*. Washington, DC: National Academy Press.

- Dorselaer, S. van, E. Zeijl, S. van den Eeckhout, T. ter Bogt en W. Vollebergh (2007). *HBSC 2005. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Driessen, G. (2005). De totstandkoming van de adviezen voortgezet onderwijs: invloeden van thuis en school. In: *Pedagogiek*, jg. 25, nr. 4, p. 279-298.
- Driessen, G. (2007). 'Peer group' effecten op onderwijsprestaties. Een internationaal review van effecten, verklaringen en theoretische en methodologische aspecten. Nijmegen: ITS.
- Driessen, G., J. Doesborgh, G. Ledoux en I. van der Veen (2002). *Sociale integratie in het primair onderwijs. Een studie naar de relatie tussen sociale, etnische, religieuze en cognitieve schoolcompositie en de cognitieve en niet-cognitieve positie van verschillende groepen leerlingen. Analyses bij het PRIMA cohort onderzoek, 3e meting*. Nijmegen/Amsterdam: ITS/SCO-Kohnstamm Instituut.
- Dronkers, J. (2007). *Ruggengraat van ongelijkheid. Beperkingen en mogelijkheden om ongelijke onderwijskansen te veranderen*. Amsterdam: Mets & Silt Uitgevers/Wiardi Beckman Stichting.
- Dunn, J., K. Deater-Deckard, K. Pickering, T.G. O'Connor, J. Golding en het ALSPAC Study Team (1998). Children's Adjustment and Prosocial Behaviour in Step-, Single-parent, and Non-stepfamily Settings: Findings from a Community Study. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, jg. 39, nr. 8, p. 1083-1095.
- Dykstra, P. (2000). Diversiteit in gezinsvormen en levenskansen van kinderen op langere termijn. In: *Bevolking en Gezin*, jg. 29, nr. 2, p. 109-139.
- Egten, C. van, E. Zeijl, S. de Hoog, C. Nankoe en E. Petronia (2008). *Gezinnen van de toekomst. Opvoeding en opvoedingsondersteuning*. Den Haag: E-Quality.
- Eijck, S. van (2006). *Koersen op het kind – diversiteit in het jeugdbeleid*. Den Haag: Operatie Jong.
- Ekstrand, M., M. Larsson, L. von Essen en T. Tydén (2005). Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits – a focus group study among 17-year-old female high-school students. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, jg. 84, nr. 10, p. 980-986.
- Elbers, E. (2002). *Interculturele pedagogiek, een verkenning* (interne publicatie). Utrecht: Universiteit Utrecht, Faculteit der Sociale Wetenschappen.
- Eldering, L. (2002). *Enkele episodes uit het leven van Marokkaanse en Turkse gezinnen* (afscheidsrede Universiteit Leiden). Leiden: Universiteit Leiden.
- Eldering, L. (2006). *Cultuur en opvoeding. Interculturele pedagogiek vanuit ecologisch perspectief*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Eurydice (2010). Eurydice: Organisatie van het onderwijssysteem in Nederland 2008/09. Geraadpleegd 8 januari 2010 via www.eurydice.org
- Ewijk, R.J.G. van (2009). *Empirical Essays on Education and Health* (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Feijter, E. de (2006). Soa/hiv-preventie door huisartsen in achterstandswijken en ondersteuning hierbij. Geraadpleegd 16 april 2010 via www.soaaidsmagazine.nl
- Finer, L.B., L.F. Frohvirth, L.A. Dauphinee, S. Singh en A.M. Moore (2005). Reasons U.S. Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives. In: *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, jg. 37, nr. 3, p. 110-118.
- Frouws, B. en M.L. Hollander (2009). *Doel(groep) bereikt. Bevordering van de seksuele gezondheid tegen een culturele achtergrond*. Zoetermeer: Research voor Beleid.
- Geenen, G. van (2007). *Intergenerationele overdracht van gehechtheid bij Belgische moeders en kinderen die in extreme armoede leven: een meervoudige gevalsstudie* (proefschrift). Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Gesell, S. en L. van Dijk (2010). *Jonge vaders; een kwalitatief onderzoek naar de achtergrond en rol van jongens bij ongeplande zwangerschappen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

- Gesthuizen, M. (2005). Oorzaken van armoede: maatschappelijke omstandigheden, huishouden, buurt en gemeente. In C. Vrooman, H. Dirven, A. Soede en R. Trimp (red.), *Armoedemonitor 2005* (p. 178-198). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- GGD Fryslân (2009). *Jaarrapportage JGZ 0-19 jaar 2008*. Leeuwarden: Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) Fryslân.
- Ghaemina, S. (2007). Mijn kind is niet gek. Geraadpleegd 27 december 2009 via www.trouw.nl
- Gijsberts, M. en L. Herweijer (2009). Onderwijs en opleidingsniveau. In: M. Gijsberts en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport integratie 2009* (p. 94-138). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Graaf, H. de, S. Meijer, J. Poelman en I. Vanwesenbeeck (2005). *Seks onder je 25e*. Delft: Eburon.
- Graaf, H. de, C. van Egten, S. de Hoog en W. van Berlo (2009). *Seksualisering: aandacht voor etniciteit*. Utrecht/Den Haag: Rutgers Nisso Groep/E-quality.
- Gruijter, M. de, T. Pels en S. Tan (2009). *De frontlinie versterken. Vernieuwende initiatieven in het voorportaal van de jeugdzorg*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Haas, S. de, H. de Graaf, L. Kuyper en F. Bakker (2008). *Seksuele gezondheid van Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Hanushek, E. en L. Wößmann (2006). Does Educational Tracking Affect Performance and Inequality? Differences-in-Differences Evidence Across Countries. In: *The Economic Journal*, jg. 116, nr. 510, p. C63-C76.
- Harbers, M.M. (2006). Preventie van seksueel risicogedrag: Zijn er verschillen tussen Nederland en andere landen? Geraadpleegd 15 maart 2010 via www.nationaalkompas.nl
- Herweijer, L. (2008). *Gestruikelde voor de start. De school verlaten zonder startkwalificatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Herweijer, L. (2009). *Making up the Gap. Migrant Education in the Netherlands*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Hessing-Wagner, J. (2006). Naar school. In: S. E. Kooiker (red.), *Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006* (p. 45-67). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ho, J., M. Yeh, K. McCabe en R.L. Hough (2007). Parental Cultural Affiliation and Youth Mental Health Service Use. In: *Journal of Youth and Adolescence*, jg. 36, nr. 4, p. 529-542.
- Ince, D. en G. van den Berg (2009). *Overzichtsstudie interventies voor migrantenjeugd: ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Ince, D. en M. van der Pijl (2009). *Culturele diversiteit in opgroeien en opvoeden: feiten en cijfers*. Factsheet. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Ingen, E. van, J. de Haan en M. Duimel (2007). *Achterstand en Afstand*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ingleby, D. (2008). Schizofrenie, migratie en etniciteit. In: *Cultuur, Migratie en Gezondheid*, jg. 5, nr. 1, p. 10-23.
- Inspectie van het Onderwijs (2007). *Onderadvisering in beeld*. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.
- Jerkovic, N. (2010). *Visiedocument interculturelisatie Centrum Jeugd en Gezin. Resultaat van een visieontwikkelingstraject voor het CJG Nieuwegein*. Utrecht/Den Haag: Pharos/ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- Jeugd en Gezin (2007). *Alle kansen voor alle kinderen. Programma voor Jeugd en Gezin 2007-2011*. Den Haag: programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- Jeugd en Gezin (2009). *Onze Jeugd van Tegenwoordig; over de leefwereld en de leefstijl van jongeren*. Den Haag: programmaministerie voor Jeugd en Gezin.

- Jeugd en Gezin (2010a). *Special. Professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin. Samenwerken in het belang van jeugdigen en opvoeders*. Den Haag: programmaministerie voor Jeugd en Gezin.
- Jeugd en Gezin (2010b). Wat doet een CJG? Geraadpleegd 7 mei 2010 via www.rijksoverheid.nl/onderwerpen.
- Jeugdgezondheid (2010). Astma, Constitutioneel Eczeem, Diabetes en Overgewicht. Geraadpleegd 6 mei 2010 via www.nationaalkompas.nl
- Jong, W. de, A. de Rijk en L. Schreven (2010a). *Opgroeien in diversiteit. Beschrijving van de nulmeting Monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Jong, W. de, K. Geertjes, A. de Rijk, L. Schreven, S. Keuzenkamp, J. Dagevos en F. Bucx (2010b). *Monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid. Nulmeting*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Josten, E., P. van Echtelt, J.M. Wildeboer Schut en C. Vrooman (2009). Inkomen en werk. In: R. Bijl, J. Boelhouwer, E. Pommer en P. Schyns (red.), *De sociale staat van Nederland 2009* (p. 167-199). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Juffer, F. (1994). Opvoedingsondersteuning: het stimuleren van de opvoeder-kind interactie. In: J.J.F. ter Laak, L.W.C. Tavecchio en B.F. van der Meulen (red.), *Opvoeding in perspectief: theorievorming, onderzoek en hulpverlening* (p. 19-34). Groningen: Stichting Kinderstudies.
- Jussim, L. en K.D. Harber (2005). Teacher Expectations and Self-Fulfilling Prophecies: Knowns and Unknowns, Resolved and Unresolved Controversies. In: *Personality and Social Psychology Review*, jg. 9, nr. 2, p. 131-155.
- Kalthoff, H. (2009). Een pleidooi voor een krachtig opvoedoffensief. Opvoedingsondersteuning aan migrantengezinnen schiet tekort. In: *Jeugd en Co Kennis*, jg. 3, nr. 4, p. 8-18.
- Karsten, S., E. van Schooten en H. Blok (2008). *Achterblijven in Amsterdam? Verslag van het onderzoek naar de leerlingen met een Lwoo- en Pro-verwijzing*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.
- Kim, S.Y. en X. Ge (2000). Parenting practices and adolescent depressive symptoms in Chinese American families. In: *Journal of Family Psychology*, jg. 14, nr. 3, 420-435.
- Kirkman, M., H. Rowe, A. Hardiman, S. Mallett en D. Rosenthal (2009). Reasons women give for abortion: a review of the literature. In: *Archives of Women's Mental Health*, jg. 12, nr. 6, p. 365-378.
- Kleijnen, E. (2009a). *Opvoedsteun zelf organiseren? Migrantenmoeders die in Utrecht een opvoedcursus hebben gevolgd van de GG&GD of een migrantenzelforganisatie: kenmerken, motivaties en mate van versterking als opvoeder* (masterthesis Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken). Utrecht: Universiteit Utrecht/ Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht.
- Kleijnen, E. (2009b). *Migrantenzelforganisaties in Utrecht. Inventarisatie van allochtone zelforganisaties: opvoedingsondersteuning en overige activiteiten*. Utrecht: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht.
- Klingner, J.K. en Harry, B. (2006). The special education referral and decision-making process for English language learners: Child study team meetings and placement conferences. In: *Teachers College Record*, jg. 108, nr. 11, p. 2247-2281.
- Koedijk, F.D.H., H.J. Vriend, M.G. van Veen, E.L.M. Op de Coul, I.V.F. van den Broek, A.I. van Sighem, R.A. Verheij en M.A.B. van der Sande (2009). *Sexually transmitted infections, including hiv, in the Netherlands in 2008*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Kouratovsky, V. (2003). *Wat is er aan de hand met Jamila? Transculturele diagnostiek in de jeugdzorg*. Utrecht: FORUM.
- Kruijjer, H., L. van Lee en C. Wijsen (2009). *Landelijke Abortus Registratie 2008*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Kunst, A.E., J.P. Mackenbach, M. Lamkaddem, J. Rademakers en W. Devillé (2008). *Overzicht en evaluatie*

- van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Rotterdam/Utrecht: Erasmus Medisch Centrum/NIVEL.
- Kuyper, L. en I. Vanwesenbeeck (2007). Condoomgebruik geen norm in Nederland. Geraadpleegd 16 april 2010 via www.soaaidsmagazine.nl
- Landrum, T.J. (2000). Assessment for Eligibility: Issues in Identifying Students with Emotional or Behavioural Disorders. In: *Assessment for Effective Intervention*, jg. 26, nr. 1, p. 41-49.
- Larsson, M., G. Aneblom, V. Od Lind en T. Tydén (2002). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, jg. 81, nr. 1, p. 64-71.
- Lee, L. van, I. van der Vlugt, C. Wijsen en F. Cadée (2009). *Tienerswangerschappen, abortus en tienermoeders in Nederland*. Factsheet. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Leeuwen, M. van (2010). *Kennisdossier Preventieve Opvoedingsondersteuning voor Migrantenouders*. Utrecht: Pharos.
- Leseman, P.P.M. en D.C. van den Boom (1999). Effects of quantity and quality of home proximal processes on Dutch, Surinamese-Dutch and Turkish-Dutch preschoolers' cognitive development. In: *Infant and Child Development*, jg. 8, nr. 1, p. 19-38.
- Lieshout, P.A.H. van, M.S.S. van der Meij en J.C.I. de Pree (2007). *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Linden, M.W. van der, L.W.A. van Suijlekom-Smit, F.G. Schellevis en J.C. van der Wouden (2005). *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk; Het kind in de huisartsenpraktijk*. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum.
- Lindert, H. van, M. Droomers en G.P. Westert (2004). *Tweede nationale studie naar verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Lomwel, A.G.C. van (2006). *Notitie kwantitatieve ontwikkelingen deelname Speciaal Onderwijs*. Tilburg: CENTERdata.
- Mason, C.A., D.A. Chapman en K.G. Scott (1999). The Identification of Early Risk Factors for Severe Emotional Disturbances and Emotional Handicaps: An Epidemiological Approach. In: *American Journal of Community Psychology*, jg. 27, nr. 3, p. 357-381.
- MEE Zuid-Holland Noord (2009). Tweetaligheid. Gebrekkig Nederlands schaadt meer dan eigen taal. In: *MEE Magazine*, jg. 3, nr. 11, p. 10-11.
- Meertens, V. (2004). *Depressive Symptoms in the General Population: a Multifactorial Social Approach* (proefschrift). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Mutsaers, K. (2008a). *Risicofactoren voor onderwijsachterstanden*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Mutsaers, K. (2008b). *Oorzaken van kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Naber, P., M. Bijvoets en M. van Heerebeek (2009). *Ontwikkeling en opvoeding van migrantenjeugd in Amsterdam. Gesprekken met tieners en ouders in Slotervaart, Zuidoost en Noord. Deelproject van de kenniswerkplaats Amsterdam Inclusief 10+ in het kader van Diversiteit in het Jeugdbeleid*. Amsterdam: Kenniskring Leefwerelden van Jeugd.
- Nelissen, H. en M. Morée (2001). *Allochtonen en mantelzorg. Visie en voorstellen*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Nji, Nederlands Jeugdinstituut (2010a). Wat is opvoedingsondersteuning? Geraadpleegd 7 mei 2010 via www.nji.nl
- Nji, Nederlands Jeugdinstituut (2010b). Vaders. Geraadpleegd 20 mei 2010 via www.nji.nl

- NJI, Nederlands Jeugdinstituut (2010c). Tiernmoeders. Geraadpleegd 2 april 2010 via www.nji.nl
- Noije, L. en K. Wittebrood (2009). Criminaliteit: daders, slachtoffers en veiligheidsbeleving. In: M. Gijsberts en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport integratie 2009* (p. 201-225). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- O'Conner, T.G., J. Dunn, J.M. Jenkins, K. Pickering en J. Rasbash (2001). Family settings and children's adjustment within and across families. In: *British Journal of Psychiatry*, jg. 179, nr. 2, p. 110-115.
- ocw (2009a). *Voortgezet Onderwijs 2009-2010. Gids voor ouders, verzorgers en leerlingen*. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- ocw (2009b). Wat is praktijkonderwijs? Geraadpleegd 12 april 2010 via www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden.
- ocw (2009c). Hoe lang mogen leerlingen doen over het voortgezet onderwijs (vo)? Geraadpleegd 12 april 2010 via www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden.
- ocw (2009d). *Kerncijfers 2004-2008. Onderwijs, Cultuur en Wetenschap*. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- ocw (2010a). Passend onderwijs. Geraadpleegd 30 maart 2010 via www.rijksoverheid.nl/onderwerpen.
- ocw (2010b). Welke soorten speciaal onderwijs (so) zijn er? Geraadpleegd 12 april 2010 via www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden.
- ocw (2010c). Hoe kan ik mijn kind aanmelden voor praktijkonderwijs? Geraadpleegd 12 april 2010 via www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/vragen-en-antwoorden.
- Onderwijsraad (2010). *Vroeg of laat. Advies over de vroege selectie in het Nederlandse onderwijs*. Den Haag: Onderwijsraad.
- Oosterwegel, A., W. Vollebergh, T. Pels en C. Nijsten (2003). Parenting and Adolescent Development in Dutch, Turkish and Moroccan Families in the Netherlands. In: L. Hagendoorn, J. Veenman en W. Vollebergh (red.), *Integrating Immigrants in the Netherlands: Cultural versus Socio-Economic Integration* (p. 91-110). Aldershot, UK: Ashgate.
- Öry, F.G. (red.) (2003). *Toegankelijkheid van de Ouder- en Kindzorg voor Marokkaanse en Turkse gezinnen*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Patel, C.J. en T. Kooverjee (2009). Abortion and Contraception: Attitudes of South African University Students. In: *Health Care for Women International*, jg. 30, nr. 6, p. 550-568.
- Pels, T. (1998). *Opvoeding in Marokkaanse gezinnen in Nederland. De creatie van een nieuw bestaan*. Assen: Van Gorcum.
- Pels, T. (red.) (2004). *Opvoeding en integratie. Een vergelijkende studie van recente onderzoeken naar gezinsopvoeding en de pedagogische afstemming tussen gezin en school*. Assen: Van Gorcum.
- Pels, T. en M. Sproet (2008). Opvoedingsondersteuning aan allochtone ouders: Vraag en aanbod. In: *162, Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, jg. 40, nr. 3, p. 64-66.
- Pels, T., M. Distelbrink en L. Postma (2009). *Opvoeding in de migratiecontext. Review van onderzoek naar de opvoeding in gezinnen van nieuwe Nederlanders*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Petersen, L.T., S. Meijer, H. de Graaf en J. van Bergen (2006). Seksueel gedrag en het risico van seksueel overdraagbare aandoeningen bij jongeren en adolescenten. In: *Bijblijven*, jg. 22, nr. 7, p. 264-268.
- Pettit, G.S., R.D. Laird, K.A. Dodge, J.E. Bates en M.M. Criss (2001). Antecedents and Behaviour-Problem Outcomes of Parental Monitoring and Psychological Control in Early Adolescence. In: *Child Development*, jg. 72, nr. 2, p. 583-598.
- Pløeg, P.A. van der (2003a). Instructieve kwaliteit van ouderschap. Geraadpleegd 18 januari 2010 via www.pedagogiek.net

- Ploeg, P.A. van der (2003b). Moedertaal. Geraadpleegd 18 januari 2010 via www.pedagogiek.net
- PO-Raad, Primair Onderwijs-Raad (2010). Bezuiniging Passend onderwijs. Geraadpleegd 13 april 2010 via www.poraad.nl
- Raad van State (2003). Besluit van 27 mei 2003, houdende regels inzake regionale verwijzingscommissies, een regionaal zorgbudget en praktijkscholen met declaratiebeprestiging in het voortgezet onderwijs en houdende wijzigingen van besluiten in verband met onder meer de bekostiging van leerwegondersteunend en praktijkonderwijs (Besluit rvc's, regionaal zorgbudget en praktijkscholen met declaratiebeprestiging). In: *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, jg. 2003, nr. 262. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Resing, W.C.M. en P.J.D. Drenth (2007). *Intelligentie. Weten en meten*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Riemersma, F. en R. Maslowski (2007). *Onderpresteren in het primair en voortgezet onderwijs. Advies om onderbenutting in het onderwijs tegen te gaan*. Den Haag: Onderwijsraad.
- Rietveld, L. (2009). *Toepasbaarheid van meetinstrumenten bij allochtone kinderen en hun ouders*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Rijken, S.R.H. en G.J. Harms (2002). *Schoolloopbanen en jongeren in risicosituaties*. Groningen/Utrecht: Gronings Instituut voor onderzoek van onderwijs, opvoeding en ontwikkeling.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2009). Soa thermometer. Update December 2009. Geraadpleegd 15 januari 2010 via www.rivm.nl
- RMO (2008). *Versterken van de village. Preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RMO/RVZ (2009). *Investeren rondom kinderen*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Rooij, T. van, G. Meerkerk, T. Schoenmakers, R. van den Eijnden en D. van de Mheen (2008). Monitor Internet en Jongeren. Ontwikkelingen in het internetgebruik van Nederlandse jongeren (factsheet). Geraadpleegd 16 juni 2010 via www.ivo.nl
- Rouse, H.L. en J.W. Fantuzzo (2009). Multiple Risk and Educational Well Being: A Population-Based Investigation of Threats to Early School Success. In: *Early Childhood Research Quarterly*, jg. 24, nr. 1, p. 1-14.
- Ryan, S., K. Franzetta en J. Manlove (2007). Knowledge, Perceptions, and Motivations for Contraception: Influence on Teens' Contraceptive Consistency. In: *Youth Society*, jg. 39, nr. 2, p. 182-208.
- Schild-Mol, T. van (2007). *Differential item functioning en itembias in de Cito-eindtoets basisonderwijs. Oorzaken van onbedoelde moeilijkheden in toetsopgaven voor leerlingen van Turkse en Marokkaanse afkomst* (proefschrift). Amsterdam: Aksant Academic Publishers.
- Schouten, B.C., L. Meeuwesen en H.A.M. Harmsen (2009). GP's Interactional Styles in Consultations with Dutch and Ethnic Minority Patients. In: *Journal of Immigrant and Minority Health*, jg. 11, nr. 6, p. 468-475.
- Schrijvers, C.T.M. en C.G. Schoemaker (2008). *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Seeleman, M.C., M.L. Essink-Bot en K. Stronks (2008). *Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg. Literatuurstudie. Programmeringstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw*. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum.
- Seksualiteit.nl (2010). Seksuele voorlichting geven aan mijn kind. Geraadpleegd 15 maart 2010 via www.seksualiteit.nl
- Singels, L. en M. Drewes (2006). *Allochtone zorgconsulenten als brug tussen wmo en allochtonen*. Woerden: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie.

- Skiba, J., L. Poloni-Staudinger, A.B. Simmons, L.R. Feggins-Azziz en C. Chung (2005). Unproven Links: Can Poverty Explain Ethnic Disproportionality in Special Education? In: *Journal of Special Education*, jg. 39, nr. 3, p. 130-144.
- Smeets, E. (2007). *Speciaal of apart. Onderzoek naar de omvang van het speciaal onderwijs in Nederland en andere Europese landen*. Nijmegen: ITS.
- Smeets, E., I. van der Veen, M. Derriks en J. Roeleveld (2007). *Zorgleerlingen en leerlingenzorg op de basisschool*. Nijmegen/Amsterdam: ITS/sco-Kohnstamm Instituut.
- Smeets, E., G. Driessen, S. Elfering en M. Hovius (2009). *Allochtone leerlingen en speciale onderwijsvoorzieningen*. Nijmegen: ITS.
- SMO (2006). *Perinatale zorg voor allochtone vrouwen in Overijssel. Een onderzoek door het Steunpunt Minderheden Overijssel*. Almelo: Steunpunt Minderheden Overijssel.
- Snel, T., T. van der Hoek en T. Chessa (2001). *Kinderen in armoede. Opgroei in de marge van Nederland*. Den Haag/Assen: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Van Gorcum.
- Snijders, J. (2006). *Ouders en hun behoeften aan opvoedingsondersteuning*. Factsheet. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Jeugd.
- Soa Aids Nederland (2010). Wat zijn soa's? Geraadpleegd 15 maart 2010 via www.soa aids.nl
- Speetjens, P., D. van der Linden en F. Goossens (2009). *Kennis over opvoeden. De vragen van ouders, het aanbod van de overheid en de mogelijkheden van de markt*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stellingwerf, B.P. en S.J. Visser (2008). *Meertaligheid op school Lyndensteyn*. Groningen: Expertisecentrum taal, onderwijs en communicatie/Wetenschapswinkel Taal, Cultuur en Communicatie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Stevens, J., E. Pommer, H. van Kempen, E. Zeijl, I. Woittiez, K. Sadiraj, R. Gilsing en S. Keuzenkamp (2009). *De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Stevens, G.W.J.M., W.A.M. Vollebergh, T.V.M. Pels en A.A.M. Crijnen (2007). Parenting and Internalizing and Externalizing Problems in Moroccan Immigrant Youth in the Netherlands. In: *Journal of Youth and Adolescence*, jg. 36, nr. 5, p. 685-695.
- Stichting Alexander (2008). *'Een bekend gezicht'. Zwolse jongeren, ouders en professionals over het Centrum Jeugd en Gezin*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Stoep, J. (2008). *Opportunities for early literacy development: Evidence for home and school support* (proefschrift). Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Strand, S. en G. Lindsay (2009). Evidence of Ethnic Disproportionality in Special Education in an English Population. In: *Journal of Special Education*, jg. 43, nr. 3, p. 174-190.
- Stronks, K., A.C.J. Ravelli en S.A. Reijneveld (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, jg. 55, nr. 10, p. 701-707.
- Tadmouri, G.O. (2004). The Arab World. In: G.O. Tadmouri, M.T. Al Ali en N. Al Khaja (red.), *Genetic Disorders in the Arab World: United Arab Emirates* (p. 1-5). Dubai: Centre for Arab Genomic Studies.
- Tan, N., N. Bekkema en F. Öry (2008). *Toepasbaarheid van opvoedingsondersteuning voor Marokkaanse en Turkse gezinnen in Nederland*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Tesser, P.T.M. en J. Iedema (2001). *Rapportage minderheden onderwijs 2001. Deel I: Vorderingen op school*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Tesser, P.T.M., J.G.F. Merens en C.S. van Praag (1999). *Rapportage minderheden 1999. Positie in het onderwijs en op de arbeidsmarkt*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Thorsén, C., G. Aneblom en K. Gemzell-Danielsson (2006). Perceptions of contraception, non-protection and induced abortion among a sample of urban Swedish teenage girls: Focus group discussions. In: *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, jg. 11, nr. 4, p. 302-309.
- TK (2004/2005). *Weer Samen Naar School. Zorgleerlingen in het basisonderwijs. Rapport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, 29962, nrs. 1-2.
- TK (2007/2008). *Brief van de Ministers voor Jeugd en Gezin en voor Wonen, Wijken en Integratie*. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 11 juli 2008. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007/2008, 31001, nr. 52.
- TK (2009/2010a). *Heroverweging passend onderwijs*. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 2 november 2009. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009/2010, 31497, nr. 17.
- TK (2009/2010b). *Voortgang nieuwe koers passend onderwijs*. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 25 januari 2010. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009/2010, 31497, nr. 19.
- Turkenburg, M. en R. Vogels (2009). Onderwijs. In: R. Bijl, J. Boelhouwer, E. Pommer en P. Schyns (red.), *De sociale staat van Nederland 2009* (p. 167-199). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vedder, P. en J. Klopogge (2001). *Onderwijskansen op tafel. Het bestrijden en voorkomen van onderwijsachterstand; wat zeggen de onderzoekers*. Den Haag: Management Landelijke Activiteiten Onderwijskansen PMP.O.
- Veen, A., I. van der Veen en P. Koopman (2003). *Wie doen mee aan Capabel? Onderzoek naar de kenmerken van niet-deelnemers aan de activiteiten van Capabel in Bos en Lommer*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.
- Venema, H.P., H.F.L. Garretsen en P.J. van der Maas (1992). Een enquête naar gezondheid en huisartsenbezoek onder Turkse en Nederlandse inwoners van Rotterdam. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, jg. 136, nr. 22, p. 1065-1068.
- Vermaas, J. en J. van der Pluijm (2004). *Brede evaluatie WSNS, LGF en OAB. Samenvattend overzicht van de onderzoeksrapporten en reviews*. Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.
- Vermaas, J., J. van der Pluijm, R. Weener en H. Keesenberg (2009). *Een punt van zorg. Allochtone leerlingen in het speciaal onderwijs*. Utrecht: FORUM.
- Vergeer, M.M., Ch. Felix en A.M. Veen (2007). *Keuzevrijheid van ouders bij het onderwijs voor kinderen met beperkingen*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.
- Vermeer, L. (2006). Intercultureel beleid bij GG D'ën. Geraadpleegd 4 mei 2010 via www.ggdnederland.nl
- Verwey-Jonker Instituut (2009). *KENNISWERKPLAATS Tienplus. Toegankelijke opvoedsteun voor migrantenouders met tieners in Amsterdam. Uitvoeringsplan 2009-2011. Publieksbewerking van de aanvraag zoals ingediend bij ZonMw zomer 2009 door het Verwey-Jonker Instituut*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Vliet, K. van, M. de Gruijter en D. Bultink (2009). *Healthy Inclusion. Perspectieven van aanbieders op deelname van allochtonen aan gezondheidsbevordering in Nederland*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Vollebergh, W.A.M. (2002). *Gemiste kansen. Culturele diversiteit en jeugdzorg* (oratie). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Vos, R. (2010). *Het interculturele c.j.g. Gastvrij, praatpaal, vraagbaak, wijze, raadgever, cultureel sensitief, vertrouwenspersoon, 'om de hoek'*. Utrecht: Pharos.
- Waelput, A.J.M. en P.W. Achterberg (2007). *Kinderwens van consanguïne ouders: risico's en erfelijkheidsvoorlichting*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Walraven, M. en I. Andriessen (2004). *Ouders over de rugzak*. Utrecht: Oberon.
- WEC-Raad (2008). *Wijzigingen Indicatiecriteria voor leerlinggebonden financiering per 1 augustus 2008*. Utrecht: WEC-Raad.

- Weinstein, R.B., J.L. Walsh en L.M. Ward (2008). Testing a New Measure of Sexual Health knowledge and Its Connections to Students' Sex Education, Communication, Confidence, and Condom Use. In: *International Journal of Sexual Health*, jg. 20, nr. 3, p. 212-221.
- Werning, R., J.M. Löser en M. Urban (2008). Cultural and Social Diversity: An Analysis of Minority Groups in German Schools. In: *Journal of Special Education*, jg. 42, nr. 1, p. 47-54.
- Wieringen, J.C.M. van, J.A.M. Harmsen en M.A. Bruijnzeels (2002). Intercultural communication in general practice. In: *European Journal of Public Health*, jg. 12, nr. 1, p. 63-68.
- Wilson, E.K. (2009). Differences in Contraceptive Use Across Generations of Migration Among Women of Mexican Origin. In: *Maternal Child Health Journal*, jg. 13, nr. 5, p. 641-651.
- Wobma, E. en W. Portegijs (nog te verschijnen). Bevolking. In: A. Meerens, M. van den Brakel-Hofmans en M. Hartgers (red.), *Emancipatiemonitor 2010*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Wolzak, A. en I. ten Berge (2008). *Gevolgen van kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Woudenberg, J. (2009). Indicatiestelling voor speciaal onderwijs. In: Q. van der Zijden (red.), *Indicatiestelling voor jeugd. Vijf modellen vergeleken vanuit het perspectief van financiering, professionals en cliënten* (p. 19-33). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- WSNS Vught e.o. (2010). Toetsingscriteria van de P.C.L. Geraadpleegd 5 januari 2010 via www.wsns.nl/toetsingscriteria.htm.
- Zeijl, E. (2005). Gezin en opvoeding. In: E. Zeijl, M. Crone, K. Wiefferink, S. Keuzenkamp en M. Reijneveld (red.), *Kinderen in Nederland* (p. 11-36). Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/TNO Kwaliteit van Leven.
- Zwirs, B.W.C. (2006). *Externalizing disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands* (proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht.

Ge raadpleegde websites

www.artsennet.nl
www.cbs.nl
www.jip.org
www.minocw.nl
www.rivm.nl
www.rng.nl
www.soaaids.nl
www.statline.nl

Geïnterviewde personen

Arslan, Z., FORUM. Geïnterviewd op 7 juli 2010.

Giepmans, E., Fiom. Geïnterviewd op 3 augustus 2010.

Pels, T., Verwey-Jonker Instituut. Geïnterviewd op 3 augustus 2010.

Singels, L. en F. Alakay, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Geïnterviewd op 17 augustus 2010.

Tuk, B., Pharos. Geïnterviewd op 26 juli 2010.

Vlugt, I. van der en M. de Neef, Rutgers Nisso Groep. Geïnterviewd op 6 juli 2010.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het scp: www.scp.nl.

scp-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel, of via de website van het scp. Een complete lijst is te vinden op deze website: www.scp.nl.

Sociale en Culturele Rapporten

Investeren in vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006. ISBN 90-377-0285-6

Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008.

ISBN 978 90 377 0368-9

scp-publicaties 2009

- 2009-1 *Nooit meer dezelfde. Gevolgen van misdrijven voor slachtoffers* (2009). Willemijn Lamet en Karin Wittebrood. ISBN 978 90 377 0402 0
- 2009-2 *Emancipatiemonitor 2008* (2009). Ans Merens en Brigitte Hermans (red.). ISBN 978 90 377 0406 8
- 2009-3 *Goede burens kun je niet kopen. Over de woonconcentratie en woonpositie van niet-westerse allochtonen in Nederland* (2009). Jeanet Kullberg, Miranda Vervoort en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0401 3
- 2009-4 *De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg 2009* (2009). John Stevens, Evert Pommer, Hetty van Kempen, Elke Zeijl, Isolde Woittiez, Klarita Sadiraj, Rob Gilsing, Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0355 9
- 2009-5 *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007* (2009). Alice de Boer, Marjolein Broese van Groenou en Joost Timmermans (red.). ISBN 978 90 377 0408 2
- 2009-6 *At a glance. Summaries of 16 scp research projects in 2008.* ISBN 978 90 377 0413 6
- 2009-7 *Vrijwilligerswerk in meervoud. Civil society en vrijwilligerswerk 5* (2009). Paul Dekker en Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0348 1
- 2009-8 *Cultuurbewonderaars en cultuurbeoefenaars. Trends in cultuurparticipatie en media-gebruik* (2009). Andries van den Broek, Jos de Haan en Frank Huysmans. ISBN 978 90 377 0400 6
- 2009-9 *Making up the Gap. Migrant Education in the Netherlands* (2009). Lex Herweijer. ISBN 978 90 377 0433 4
- 2009-10 *Gelukkig voor de klas?. Leraren voortgezet onderwijs over hun werk.* Ria Vogels. ISBN 978 90 377 0340 5
- 2009-11 *Rules of Relief. Institutions of social security, and their impact* (2009). J.C. Vrooman. ISBN 978 90 377 0218 7
- 2009-12 *Overlast en verloedering ontsleuteld* (2009). Lonneke van Noije en Karin Wittebrood. ISBN 978 90 377 0436 5

- 2009-13 *Crisis in aantocht? Verdiepingsstudie Continu Onderzoek Burgerperspectieven 2008* (2009). Paul Dekker, Tom van der Meer, Peggy Schyns en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0404 4
- 2009-14 *De sociale staat van Nederland 2009* (2009). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Evert Pommer, Peggy Schyns (red.). ISBN 978 90 377 0434 1
- 2009-15 *Deeltijd (g)een probleem. Mogelijkheden om de arbeidsduur van vrouwen met een kleine deeltijd baan te vergroten* (2009). Saskia Keuzenkamp (red.), Carlien Hillebrink, Wil Portegijs, Babette Pouwels. ISBN 978 90 377 0448 8
- 2009-16 *De toekomst van de mantelzorg* (2009). Klarita Sadiraj, Joost Timmermans, Michiel Ras, Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0435 8
- 2009-17 *Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030* (2009). Isolde Woittiez, Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker, Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0422 8
- 2009-18 *Jaarrapport integratie 2009* (2009). Mérove Gijsberts, Jaco Dagevos (red.). ISBN 978 90 377 0446 4
- 2009-19 *Werkloos in crisistijd. Baanverliezers, inkomensveranderingen en sociale gevolgen; een verkenning* (2009). Cok Vrooman (red.). ISBN 978 90 377 451 8
- 2009-20 *Maten voor gemeenten. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid* (2009). B. Kuhry en J.J.J. Jonker. ISBN 978 90 377 0452 5

SCP-publicaties 2010

- 2010-1 *Liever Mark dan Mohammed? Onderzoek naar arbeidsmarktdiscriminatie van niet-westerse migranten via praktijktests* (2010). Iris Andriessen, Eline Nievers, Laila Faulk, Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0421 1
- 2010-2 *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009* (2010). Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans (red.), Gijs van Houten, Anna Maria Marangos, Mathijs Tuynman, Martha Dijkgraaf, Jennifer van den Broeke, Judith van der Veer, Jelmer Shalk, Jurjen Iedema, Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0463 1
- 2010-4 *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008* (2010). Michiel Ras, Isolde Woittiez, Hetty van Kempen, Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0468 6
- 2010-5 *Een baanloos bestaan. De betekenis van werk voor werklozen, arbeidsongeschikten en werkenden* (2010). Patricia van Echtelt. ISBN 978 90 377 0350 4
- 2010-6 *The social state of the Netherlands 2009* (2010). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Evert Pommer, Peggy Schyns (red.). ISBN 978 90 377 0466 2
- 2010-7 *The minimum agreed upon. Consensual budget standards for the Netherlands* (2010). Stella Hoff, Arjan Soede, Cok Vrooman, Corinne van Gaalen, Albert Luten, Sanne Lamers. ISBN 978 90 377 0472 3
- 2010-8 *Sociale uitsluiting bij kinderen: omvang en achtergronden* (2010). Annette Roest, Anne marie Lokhorst, Cok Vrooman. ISBN 978 90 377 0493 8
- 2010-9 *Beperkt aan het werk. Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie* (2010). Gerda Jehoel-Gijsbers (red.). ISBN 978 90 377 0489 1
- 2010-10 *Minder werk voor laagopgeleiden? Ontwikkelingen in baanbezit en baankwaliteit 1992-2008* (2010). Edith Josten. ISBN 978 90 377 0474 7
- 2010-11 *At home in the Netherlands* (2010). Mérove Gijsberts, Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0487 7

- 2010-12 *FAQs over kunstbeoefening in de vrije tijd* (2010). Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0455 6
- 2010-13 *Mogelijkheden tot kunstbeoefening in de vrije tijd* (2010). Andries van den Broek (red.). ISBN 978 90 377 0456 3
- 2010-14 *Toekomstverkenning kunstbeoefening* (2010). Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0491 4
- 2010-15 *Steeds gewoner, nooit gewoon. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland* (2010). Saskia Keuzenkamp et al. ISBN 978 90 377 0501 0
- 2010-16 *Publieke dienstverlening in perspectief. SCP-memorandum voor de kabinetsformatie 2010* (2010). Evert Pommer en Evelien Eggink (red.). ISBN 978 90 377 0513 3
- 2010-17 *Wellbeing in the Netherlands. The SCP life situation index since 1974* (2010). Jeroen Boelhouwer. ISBN 978 90 377 0345 0
- 2010-18 *Minderheden in de mixed-mode? Een inventarisatie van voor- en nadelen van het inzetten van verschillende dataverzamelmethode onder niet-westerse migranten* (2010). R. Feskens, J. Kappelhof, J. Dagevos, I. Stoop. ISBN 978 90 377 0517 1
- 2010-19 *Just different, that's all. Acceptance of homosexuality in the Netherlands* (2010). Saskia Keuzenkamp (ed.) et al. ISBN 978 90 377 0502 7
- 2010-20 *Discriminatiemonitor niet-westerse migranten op de arbeidsmarkt 2010* (2010). Eline Nievers en Iris Andriessen (red.). ISBN 978 90 377 0438 9
- 2010-21 *Iemand moet het doen. Ervaringen van verzorgers van partners* (2010). Judith van Male, Marion Duimel en Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0518 8
- 2010-22 *Uit de armoede werken. Omvang en oorzaken van uitstroom uit armoede* (2010). Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0519 5
- 2010-23 *Het werken waard. Het arbeidsaanbod van laagopgeleide vrouwen vanuit een economisch en sociologisch perspectief* (2010). Mariëlle Cloin. ISBN 978 90 377 0514 0
- 2010-24 *Zorgen voor Zorg. Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030* (2010). Evelien Eggink, Debbie Oudijk en Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0512 6
- 2010-25 *Alle kanalen staan open. De digitalisering van mediagebruik* (2010). Frank Huysmans en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0521 8
- 2010-26 *Tijd op orde? Een analyse van de tijdsorde vanuit het perspectief van de burger* (2010). Mariëlle Cloin, Marjon Schols en Andries van den Broek, m.m.v. Maria Koutamanis. ISBN 978 90 377 0520 1
- 2010-27 *Maten voor Gemeenten 2010. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid* (2010). Bob Kuhry, Jedid-Jah Jonker en Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0522 5
- 2010-28 *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten* (2010). Angela van den Broek, Ellen Kleijnen en Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0525 6
- 2010-29 *Sport: een leven lang. Rapportage sport 2010* (2010). Annet Tiessen-Raaphorst, Desirée Verbeek, Jos de Haan en Koen Breedveld (red.). ISBN 978 90 377 0504 1
- 2010-30 *Komt tijd, komt raad? Essays over mogelijkheden voor een nieuwe tijdsorde* (2010). Andries van den Broek en Mariëlle Cloin (red.). ISBN 978 90 377 0523 2
- 2010-31 *Definitief advies over het wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2011. Van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Uitgebracht aan het bestuurlijk overleg financiële verhoudingen* (2010). Ab van der Torre en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0535 5
- 2010-32 *Generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010* (2010). Andries van den Broek, Ria Bronneman-Helmers en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0505 8

SCP-essays

- 1 *Voorbeelden en nabeelden* (2005). Joep de Hart. ISBN 90-377-0248-1
- 2 *De stem des volks* (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90-377-0265-1
- 3 *De tekentafel neemt de wijk* (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90-377-0261-9
- 4 *Leven zonder drukte* (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90-377-0262-7
- 5 *Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving* (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978-90-5260-260-8

Overige publicaties

- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 1* (2009). Eefje Steenvoorden, Peggy Schyns en Tom van der Meer. ISBN 978 90 377 0417 4
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 2* (2009). Tom van der Meer, Paul Dekker en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0418 1
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 3* (2009). Eefje Steenvoorden, Tom van der Meer en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0447 1
- Wmo Evaluatie. Eerste tussenrapportage. De invoering van de Wmo: gemeentelijk beleid in 2007* (2008). Gijs van Houten, Mathijs Tuynman en Rob Gilsing. ISBN 978 90 377 0390 0
- Wmo Evaluatie. Tweede tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking* (2009). Anna Maria Marangos, Mieke Cardol en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0399 3
- m-v. scp-nieuwjaarsuitgave 2009* (2009). ISBN 978 90 377 0411 2
- Definitief advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2009* (2009). Evert Pommer, Ab van der Torre, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0415 0
- TBO-eu en TBO-nl. Een vergelijking van twee methoden van tijdbestedingsonderzoek* (2009). Carlijn Kamphuis, Remko van den Dool, Andries van den Broek, Ineke Stoop, Patty Adelaar, Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0423 5
- Kunnen alle kinderen meedoen? Onderzoek naar de maatschappelijke participatie van arme kinderen* (2009). Gerda Jehoel-Gijsbers. ISBN 978 90 377 0416 7
- Werken en weldoen. Kiezen voor betaalde en onbetaalde arbeid* (2009). Ingrid Ooms, Jedid-Jah Jonker, Ab van der Torre. ISBN 978 90 377 0403 7
- Genoeg om van te leven. Focusgroepen in discussie over de minimale kosten van levensonderhoud* (2009). Stella Hoff, Arjan Soede, Cok Vrooman, Corinne van Gaalen, Albert Luten, Sanne Lamers. ISBN 978 90 377 0407 5
- Profielen van vragers naar AWBZ-GGZ* (2009). Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0444 0
- Sociale uitsluiting: een meetinstrument* (2009). Gerda Jehoel-Gijsbers (SCP), Wendy Smits (CBS), Jeroen Boelhouwer (SCP) en Harry Bierings (CBS). ISBN 978 90 377 0427 3
- Sociale samenhang in de wijk. nsv actualiteitencollege 2008* (2009). Maurice Gesthuizen en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0445 7
- Metten wat leeft? Achtergrondstudie bij het Continu Onderzoek Burgerperspectieven* (2009). Paul Dekker (red.). ISBN 978 90 377 0419 8
- VeVeRa-III. Ramingen verpleging en verzorging 2005-2030 modelbeschrijving* (2009). Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0356 6
- Sporten gemeten. Methodologische aspecten van het onderzoek naar sportdeelname* (2009). Koen Breedveld, Annet Tiessen-Raaphorst. ISBN 978 90 377 0358 0
- Hoe het ons verging... Traditionele nieuwjaarsuitgave van het SCP* (2010). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0465 5

- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2009. Deel 4* (2010). Paul Dekker, Tom van der Meer en Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0464 8
- Wmo Evaluatie. Vierde tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na de invoering van de Wmo* (2010). A. Marangos, M. Cardol, M. Dijkgraaf, M. de Klerk. ISBN 978 90 377 0470 9
- Op weg met de Wmo. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais*. Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans. Samenvatting door Karolien Bais (2010). ISBN 978 90 377 0469 3
- NL Kids online. Risico's en kansen van internetgebruik onder jongeren* (2010). Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0430 3
- Kortdurende thuiszorg in de AWBZ. Een verkenning van omvang, profiel en afbakening* (2010). Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0471 6
- De publieke opinie over kernenergie* (2010). Paul Dekker, Irene de Goede, Joop van der Pligt. ISBN 978 90 377 0488 4
- Op maat gemaakt? Een evaluatie van enkele responsverbeterende maatregelen onder Nederlanders van niet-westerse afkomst* (2010). J. Kappelhof. ISBN 978 90 377 0495 2
- Oudere tehuisbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008-2009* (2010). Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0499 0
- Kopers in de knel? Een scenariostudie naar de gevolgen van de crisis voor huiseigenaren met een hypotheek* (2010). Michiel Ras, Ingrid Ooms, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0498 3
- Gewoon anders. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland* (2010). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0502 7
- De aard, de daad en het Woord. Een halve eeuw opinie- en besluitvorming over homoseksualiteit in protestants Nederland, 1959-2009* (2010). David Bos. ISBN 978 90 377 0506 5
- Werkloosheid in goede banen. Bijdragen aan de SCP-studiemiddag 2010* (2010). Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0516 4