

Running head: DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTINGEN VAN DE
LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Masterthesis 'interculturele aspecten van de LVB-jeugdzorg'

**De invloed van cultuur en religie op de kennis van, de visie op en de
verwachtingen van een licht verstandelijke beperking, gedragsproblemen
en de behandeling daarvan bij niet-westerse jongeren en hun ouders.**

Melody Mijnsbergen

4041925



Masterthesis Orthopedagogiek – Gehandicaptenzorg (200500130)

Begeleider: dr. Jolanda Douma

Tweede beoordelaar: dr. Maureen Bult

Datum: 01-07-2015

Aantal woorden: 6278

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Voorwoord

Voor u ligt mijn thesis over één van de vier deelonderzoeken over het onderwerp “de interculturele aspecten van de LVB-Jeugdzorg”. Deze thesis is geschreven in kader van mijn afstuderen aan de masteropleiding Orthopedagogiek aan de Universiteit Utrecht [UU]. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de stichting Landelijk Kenniscentrum LVB [LKC LVB]. Voorafgaand aan het individuele onderzoek is er een uitgebreid vooronderzoek uitgevoerd naar de knelpunten bij Orthopedagogische Behandel Centra (OBC’S) in Nederland op het gebied van intercultureel werken met de doelgroep licht verstandelijke beperkte jongeren. Op basis van deze knelpunten is vervolgens het hoofdonderzoek opgezet. Hierdoor had het onderzoek vanaf het begin een sterke focus op de praktijk. Dit bleek door de grote belangstelling vanuit de OBC’s om mee te werken aan ons onderzoek. Onze dank gaat uit naar de respondenten en andere betrokkenen die werken bij de OBC’s of bij andere betrokken organisaties. Ik wil hen bedanken voor hun tijd, de grote belangstelling voor dit onderzoeksproject en hun inbreng wat betreft waardevolle ervaringen uit de dagelijkse praktijk. Daarnaast was dit onderzoek nooit tot stand gekomen zonder de intensieve begeleiding van mijn thesisbegeleidster vanuit de UU en onderzoekscoördinator van de stichting LKC LVB, Jolanda Douma. Via deze weg wil ik haar graag bedanken voor de motiverende gesprekken, de leerzame feedback en het inzicht dat zij ons heeft gegeven in het proces van onderzoek doen. Daarnaast wil ik mijn medestudenten Erwin Prikker, Maaïke Cornelisse en Yvette Roelofs bedanken voor de samenwerking, hun tijd en toewijding en de onderlinge steun die dit onderzoeksproject tot een succesvol einde hebben gebracht. Ten slotte wil ik mijn partner, familie, vrienden en vriendinnen van de opleiding bedanken die mij altijd hebben gesteund en geholpen tijdens het onderzoeksproces.

Ik wens u veel leesplezier toe.
Melody Mijnsbergen

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Samenvatting

Achtergrond. Het begeleiden van jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) en gedragsproblemen wordt door begeleiders in orthopedagogische behandelcentra (OBC) als nog complexer ervaren als de jongere en zijn ouders een niet-westerse achtergrond hebben. Verschillen in kennis van, visie op en verwachting van een LVb, gedragsproblemen en de behandeling hiervan lijken hierin een rol te spelen. Het is niet bekend hoe dat er voor deze groep uitziet. **Doel.** Het doel is om te onderzoeken in welke mate en op welke wijze, culturele en religieuze verschillen tussen de begeleiders en de jongeren en zijn ouders samenhangen met de kennis van, de visie op en de verwachtingen van de LVb, de gedragsproblemen en de behandeling, en het formuleren van handelingsadviezen. **Methoden.** Allereerst is literatuur over deze thema's in de algemene bevolking bestudeerd. Daarna zijn er semi-gestructureerde interviews afgenomen bij respondenten (westerse en niet-westerse begeleiders en gedragsdeskundigen/experts bekend zijn met deze specifieke doelgroep). **Resultaten.** De knelpunten worden gedeeltelijk verklaard door gebrekkige kennis van niet-westerse ouders over de LVb en de gedragsproblemen. Hierdoor worden deze vaker niet herkend en niet geaccepteerd. Afhankelijk van de culturele en religieuze achtergrond worden de LVb en de gedragsproblemen door ouders ervaren als geloofsbeproeving, vervloeking, bezetenheid of ziekte. Dit leidt tot verschillende visies op de behandeling tussen ouders en begeleiders. Mede doordat OBC's hoge streefdoelen stellen, wordt de verwachting dat de behandeling de LVb kan genezen, bij deze ouders in stand gehouden. Een hulpverlener met dezelfde etnische achtergrond of een cultureel-sensitieve behandelmethodode vergroot het behandelingseffect niet. De belangrijkste handelingsadviezen zijn het investeren van meer tijd in het gezin, een goed afgestemde behandeling en individuele psycho-educatie voor ouders. **Discussie.** De beschreven verklaringen (gebrek aan kennis, verschillende visies en onrealistische verwachtingen) werden door de respondenten herkend. Meer onderzoek is nodig om deze resultaten te verhelderen.

Steekwoorden: LVb, niet-westers, OBC, kennis, visie en verwachtingen.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB,
GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Abstract

Background. Professional carers of non-western adolescents with mild to borderline intellectual disabilities (MBID) and behavioural problems experience greater difficulties than average when working with adolescents and parents of non-Western origins. Differences in knowledge of, views on, and expectations about MBID, behavioural problems, and treatments seem to play a role. However, no previous studies on these topics for this specific group were found. **Aim.** To examine how and to what extent cultural and religious differences are related to knowledge of, views on, and expectations about MBID, behavioural problems, and their treatments. In addition, this thesis aims to provide recommendations on how to reduce the problems experienced by professional carers. **Methods.** First, a literature study was done on this topic for the general population. Next, semi-structured interviews were conducted on this subject with 17 respondents, including Western and non-Western professional carers and experts. **Results.** Because parents often lack knowledge of MBID and behavioural problems, they often go unrecognized in children. People from various cultural and religious backgrounds have different perceptions of MBID and behavioural problems. Due to their differing views, non-Western adolescents and their parents often have unrealistic expectations concerning treatment. Unrealistic expectations also stem from the approach of some Dutch youth care facilities. A professional carer with a similar ethnic background to the child or a culturally sensitive treatment method, will not increase the effectiveness of the treatment. Recommendations were formulated to increase knowledge and to set clear expectations at the start of the treatment. **Discussion.** Respondents recognized general statements on lack of knowledge, perception differences of MBID and behavioural problems, unrealistic expectations, and perceived differences in treatment. Further research is recommended to explore and deepen previously mentioned study themes.

Key words: MBID, non-Western, knowledge, perception, and expectations

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

De invloed van de culturele achtergrond en religie op de kennis van, de visie op en de verwachtingen van de LVB met gedragsproblemen en de behandeling van niet-westerse jongeren in OBC's en ouders.

Naar schatting zijn ongeveer 13.000 jongeren (in de leeftijd van 0 tot 18 jaar) in Nederland met een licht verstandelijke beperking (LVB) en gedragsproblematiek geïndiceerd met een behandelcomponent in hun zorgzwaartepakket (Diepenhorst & Hollander, 2011). Een groot aantal van hen wordt behandeld in een orthopedagogisch behandelcentrum (OBC) (Bodde & Hagen, 2009; Verstegen, 2005). OBC's zijn gespecialiseerd in het geven van advies, diagnostiek, ambulante behandeling en behandeling met verblijf van jongeren met een LVB tussen de 6 en 23 jaar (VOBC, 2014a, 2014b). Deze jongeren hebben een intelligentiequotiënt tussen de 50 en de 85 en beperkingen in hun sociale aanpassingsvermogen (Moonen & Verstegen, 2006). Daarnaast is er vaak sprake van bijkomende problematiek, zoals leerproblemen, psychiatrische stoornissen en problemen in de sociale context, wat vaak leidt tot complexe gedragsproblemen. Lichtere vormen van hulpverlening zijn in dat geval niet meer toereikend (Spierenburg & Hagen, 2008). Wanneer jongeren met een LVB en hun ouders een niet-westerse achtergrond hebben, wordt dit vaak ervaren als een complicerende factor bovenop de gedragsproblematiek binnen de behandeling (Alleato, 2004; Bulsink & De Gruijter, 2013; Eldering, 1999). Uit interviews met begeleiders van OBC's blijkt dat zij veel moeilijkheden ervaren bij de hulpverlening aan deze jongeren en hun ouders. Een voorbeeld zijn Marokkaanse jongens die niet luisteren naar vrouwelijke begeleiders, die ja zeggen maar nee doen of zich verzetten tegen behandelafspraken (voor meer informatie over deze interviews in dit vooronderzoek en de resultaten, zie bijlage A). Ondanks signalen over deze knelpunten, is er nog weinig onderzoek gedaan naar jongeren met een LVB, complexe gedragsproblemen en een niet-westerse culturele achtergrond. Daardoor is er weinig bekend over de verklaringen voor de knelpunten bij de dagelijkse behandeling en begeleiding van deze jongeren en hun ouders.

Uit de algemene literatuur over culturele diversiteit en op basis van het vooronderzoek, komen vier typen verklaringen voor de knelpunten naar voren. Deze verklaringen zijn gerelateerd aan: (a) gezagsverhoudingen (Roelofs, 2015), (b) taalbarrière en communicatie (Cornelisse, 2015), (c) de rol van schaamte, taboe en isolatie (Prikker, 2015) en (d) de kennis van, visie op en de verwachtingen van een LVB, de gedragsproblemen en de behandeling hiervan (huidig onderzoek).

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Dit onderzoek richt zich op de wijze waarop de culturele en religieuze achtergrond van jongeren en hun ouders een rol speelt in de kennis van, de visie op en de verwachting van een LVB met gedragsproblemen en behandeling in een OBC. Ook wordt onderzocht welke behandelingsadviezen gegeven kunnen worden om de rol van deze factoren te verminderen om tot een effectievere begeleiding en behandeling te komen. Uit de literatuur en het vooronderzoek blijkt dat begeleiders de meeste knelpunten ervaren bij jongeren met een Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse achtergrond (Pels, Distelbrink, & Postma, 2009). Omdat deze groepen ook statistisch gezien de vier grootste niet-westerse groepen in Nederland zijn (CBS, 2014), zal het onderzoek zich voornamelijk richten op deze jongeren. Omdat er weinig specifieke literatuur is over jongeren met een LVB, gedragsproblemen en een niet-westerse achtergrond, zal meer algemene wetenschappelijke literatuur geraadpleegd worden over algemene theoretische principes van culturele aspecten. Vervolgens zal in dit onderzoek gekeken worden of de algemene theoretische principes ook van toepassing zijn op jongeren met een LVB die behandeld worden in een OBC en hun ouders.

De kennis van, de visie op en de verwachting van de LVB, de gedragsproblemen en de behandeling.

Kennis, visie en verwachtingen zijn sterk met elkaar verweven. Op basis van kennis ontstaat een visie en op basis van deze visie ontstaan verwachtingen. Uit zowel het vooronderzoek (zie bijlage A) als de bestudeerde literatuur (Zilveren Kracht, 2001) blijkt dat veel ouders met een niet-westerse achtergrond weinig kennis hebben van de LVB en de gedragsproblemen van hun kind. Dit leidt onder andere tot een gebrek aan herkenning. Wieberdink (2010) schrijft dat er in de Marokkaanse en Turkse gemeenschap een gebrek aan kennis en beperkte herkenning is van psychische en andere niet-zichtbare beperkingen, zoals een LVB. Vaak worden niet-biologische factoren beschouwd als de oorzaak van de beperking (Durà-Vilà & Hodes, 2012). Veel ouders met een niet-westerse achtergrond beschouwen vanuit hun religie een kind met een beperking als een bestemming van het lot (Nelissen & Moree, 2001). Daarnaast geloven sommige islamieten en christenen dat het hebben van kinderen met een beperking een straf is voor de zonden die de ouders hebben begaan. Maar kinderen met een beperking kunnen voor ouders ook als een beloning worden beschouwd; God of Allah geeft beproevingen aan degene van wie hij houdt (Ghaly, 2005). Het hebben van een kind met een beperking wordt op die manier als geloofsbeproeving gezien en dus als een positief gegeven.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Klachten zonder aanwijsbare oorzaak worden ook vaak toegeschreven aan het bovennatuurlijke. Een deel van de islamitische Marokkanen en Turken brengt psychiatrische problemen in verband met “het boze oog” (FORUM, 2013; Acherrat-Stitou, 2009; Hoffer, 2004). Dit betekent dat gedacht wordt dat een ander individu de kracht heeft om hen kwaad te doen, door enkel naar hen te kijken. Dit wordt vaak geassocieerd met jaloezie (Hoffer, 2012). Binnen de Surinaamse en Antilliaanse gemeenschap wordt psychiatrische problematiek vaker toegeschreven aan een onjuiste omgang met de voorouder, aan zwarte magie of aan het werk van een boosaardige geest. Het beschouwen van bovennatuurlijke krachten als oorzaak van de beperking, kan voortkomen vanuit een gebrek aan kennis (Van Veen, 2013).

Omdat ouders denken dat niet-biologische factoren de oorzaak van de problematiek zijn, sluit de reguliere behandeling in hun ogen vaak niet aan bij de jongere (Durà-Vilà & Hodes, 2012). Ouders met een niet-westerse achtergrond zijn meer gericht op hun eigen religie en cultuur en staan vaak negatief tegenover de Nederlandse hulpverlening. Ze ervaren instellingen als een bedreiging, omdat hun visie op de problematiek – voortkomend uit hun religie – niet wordt meegenomen in de behandeling (Eldering, 2008). Ouders met een niet-westerse achtergrond bedenken daarom zelf alternatieve oplossingen. Kinderen met een lichamelijke en of verstandelijke beperking worden bijvoorbeeld niet behandeld in een Nederlandse instelling, maar gaan naar internaten in het land van herkomst (MEE, 2010). Mensen met een niet-westerse achtergrond beleven hun klachten deels anders dan de autochtone hulpverlener gewend is. Van den Broek, Kleijnen en Keuzenkamp (2010) concludeerden dat problemen met een psychosociaal component bij mensen met een niet-westerse achtergrond vaker worden gesomatiseerd. Een lichamelijke of verstandelijke beperking wordt bij niet-westerse mensen vaker beschouwd als een ziekte. Verschillende Britse onderzoeken bij Zuid-Aziatische families hebben aangetoond dat veel families de hoop hadden dat hun gehandicapte familielid genezen kon worden (Fatimilehin & Nadirshaw, 1994; Katbamna, Bhakta, & Parker, 2000; Mirza, Tareen, Davidson, & Rahman, 2009) Moslims hebben eveneens vaker de visie dat een verstandelijke beperking te genezen is en zij hebben daarom hoge verwachtingen van de hulpverlening (Ghaly, 2005). Van Els en Knipscheer (2015) beschrijven in hun onderzoek naar cognitieve gedragstherapie dat cliënten met een niet-westerse achtergrond vaker onbekend zijn met de gedifferentieerdheid van de Nederlandse hulpverlening en wat ze daarvan kunnen verwachten. Zij verwachten daardoor vaak meer dan de hulpverlener daadwerkelijk kan bieden. In de gesprekken met de

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

begeleiders van de OBC's werd aangegeven dat de Nederlandse hulpverlening deze hoge verwachtingen gedeeltelijk zelf schept. In de OBC's worden in de behandelplannen hoge doelen gesteld. Deze doelen vormen een richtpunt om met de jongere en het gezin naartoe te werken. Dit behandelplan moet ondertekend worden door de ouders. Bij ouders kan dit de verwachting scheppen dat de LVB en de gedragsproblemen door de behandeling worden genezen (zie bijlage, A). Dat de benaderingswijze van de Nederlandse hulpverlening hoge verwachtingen creëert, blijkt echter niet uit de literatuur. De verschillen in verwachting tussen de hulpverlener en een cliënt met een niet-westerse achtergrond over de uitkomst van behandeling, lijken echter groter te zijn dan bij cliënten van westerse afkomst (Expertisecentrum William Schrikker, 2012)

In de literatuur wordt beschreven dat de benaderingswijze van Nederlandse hulpverleners niet goed zou aansluiten bij gezinnen met een niet-westerse achtergrond. Dit zou kunnen komen doordat autochtone hulpverleners soms een andere visie lijken te hebben op de beperking en de behandeling, waardoor wederzijds onbegrip kan ontstaan (Bellaart, 2013). In de Nederlandse hulpverlening staat individuele ontplooiing centraal, terwijl mensen met een niet-westerse achtergrond meer waarde hechten aan de groepsidentiteit (Zevenbergen, 1996). De Nederlandse vorm van behandelen zou mede hierdoor, slecht aansluiten bij de meer familiegerichte levensstijl en visie van jongeren en hun ouders met een niet-westerse achtergrond (Vollebergh, 2002). Een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond is bekend met de culturele normen en waarden van de jongere en zijn ouders en zou daardoor beter kunnen aansluiten bij de visie van niet-westerse cliënten en hun familie. In het vooronderzoek is dit ook door verschillende begeleiders benoemd. Tevens gaven zij aan dat een behandeling hierdoor vaker succesvol was. Uit een meta-analyse van Cabral en Smith (2011) bleek dat mensen met een niet-westerse achtergrond vaker een voorkeur hebben voor een therapeut met dezelfde etnische en culturele achtergrond. Maar het behandelresultaat is daarentegen onafhankelijk van de achtergrond van de therapeut. Ethnic matching is het inzetten van een hulpverlener met dezelfde etnische en culturele achtergrond. Knipscheer en Kleber (2004) stellen in hun onderzoek de vraag of ethnic matching leidt tot betere hulpverlening, mede omdat hulpverleners met een niet-westerse achtergrond vaak op een westerse manier zijn opgeleid. Dit zou betekenen dat zij dezelfde behandelingswijze hanteren als de Nederlandse hulpverlener. Dat staat nog los van het feit dat een etnische match tussen cliënt en hulpverlening in de praktijk vaak niet haalbaar (Knipscheer & Kleber, 2004).

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

In de literatuur wordt een aantal belangrijke mogelijke verklaringen voor de knelpunten gegeven. In het huidige onderzoek wordt onderzocht of deze verklaringen ook van toepassing zijn op niet-westerse jongeren met een LVB en hun ouders die behandeld worden in OBC's en hun ouders. Tevens wordt geanalyseerd welke handelingsadviezen gegeven kunnen worden aan de begeleiders om de knelpunten te verminderen en de effectiviteit van de behandeling te vergroten.

Methode

Type onderzoek. Het huidige onderzoek is een kwalitatief onderzoek waarin semi-structureerde interviews zijn afgenomen met begeleiders en experts over o.a. het thema kennis, visie en verwachtingen. De respondenten hebben veel kennis van en ervaring met het behandelen en begeleiden van jongeren met een niet-westerse achtergrond in OBC's. Er is gekozen is voor dit type onderzoek omdat hierdoor de beleving van de respondenten zo gedetailleerd mogelijk kan worden begrepen, beschreven en verklaard (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2005). Tijdens de interviews is getoetst of de verklaringen voor de knelpunten bij de dagelijks begeleiding en behandeling van deze jongeren en hun ouders - zoals is beschreven in de inleiding - worden herkend. Daarnaast is gevraagd welke handelingsadviezen gegeven kunnen worden om de knelpunten te verminderen.

Respondenten. Er zijn bij dit onderzoek duidelijke inclusiecriteria gehanteerd, op basis waarvan respondenten geselecteerd zijn. Er is gericht gezocht naar twee typen respondenten: begeleiders van OBC's en experts. De begeleiders moesten met minimaal twee verschillende niet-westerse culturele achtergronden hebben gewerkt. Daarnaast dienden zij de knelpunten binnen de doelgroep te herkennen en hier goed mee om te gaan, zodat zij verklaringen en handelingsadviezen konden geven. De onderzoekskoördinator van het LKC LVB heeft een e-mail, gestuurd naar haar contactpersonen bij alle OBC's in Nederland. Deze e-mail bevatte informatie over het onderzoek en de inclusiecriteria voor begeleiders. Deze contactpersonen hebben de mail vervolgens gericht verspreid onder een (onbekend) aantal begeleiders dat aan deze criteria voldeed. Tevens zijn er ook vier begeleiders benaderd vanuit de professionele werkkring van de onderzoekers en via contactpersonen uit het vooronderzoek. Hier zijn acht reacties opgekomen en deze begeleiders zijn allen benaderd om een afspraak te maken voor een interview. Uiteindelijk zijn er – door non-respons van drie begeleiders – negen begeleiders geïnterviewd (zie tabel 1). Daarnaast zijn 12 experts

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

persoonlijk benaderd voor deelname aan een interview via een e-mail. Drie van deze experts behoorden tot de professionele werkkring van de onderzoekers. Daarnaast is op internet gezocht naar experts met de zoektermen ‘LVB en niet-westerse achtergrond’, dit heeft negen namen opgeleverd. Uiteindelijk zijn er zeven experts benaderd vanwege hun deskundigheid en werkervaring met niet-westerse jongeren met een LVB en gedragsproblemen. Vijf experts zijn benaderd vanwege hun overstijgende kennis van culturele sensitiviteit bij normaalbegaafde jongeren. Door non-respons van drie experts zijn er met negen experts interviews afgenomen (zie tabel 1). Eén interview met een expert is niet meegenomen in de resultaten, omdat haar expertise – achteraf gezien – niet voldoende gericht was op de verklaringen voor de knelpunten.

Na 14 interviews heeft een tussentijds overleg plaatsgevonden tussen de vier onderzoekers die de interviews hebben afgenomen. Uit dit overleg bleek dat het verzadigingspunt was bereikt en dat nieuwe interviews geen nieuwe informatie meer zouden opleveren (Boeije, 2014). Tijdens dit overleg is afgesproken dat de nog geplande interviews wel zouden worden afgenomen, maar dat niet meer actief gezocht zou worden naar nieuwe respondenten. Op die manier is een zo hoog mogelijke graad van variatiedekking bereikt en lijken de onderzoeksresultaten gegeneraliseerd te kunnen worden voor andere begeleiders van OBC’s in Nederland (Smaling, 2009).

Tabel 1

Aantallen respondenten per sekse, culturele achtergrond en respondentencategorie.

| | Sekse | | Culturele achtergrond | |
|---------------------------|-------|-------|-----------------------|----------------------------|
| | Man | Vrouw | Westerse ^a | Niet-westerse ^b |
| Per respondentencategorie | | | | |
| Begeleiders | 2 | 7 | 5 | 4 |
| Experts | 4 | 4 | 3 | 5 |
| Per totaal respondenten | 6 | 11 | 8 | 9 |

Notitie. ^a = Nederlandse of gedeeltelijk andere Europese culturele achtergrond. ^b = Marokkaanse, Turkse, Surinaamse, Antilliaanse of Algerijnse culturele achtergrond.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Instrumenten

Interview. De vragen over de thema's kennis, visie en verwachtingen van een LVB, de gedragsproblemen en de behandeling zijn opgesteld op basis van de resultaten van het vooronderzoek en de literatuur zoals weergegeven in de inleiding. Er is getoetst of de respondenten de verklaringen uit de literatuur (gebrekkige kennis, een andere visie en onrealistische verwachtingen) herkennen en op welke manier zij dit in de praktijk terugzagen. Vervolgens is gevraagd of zij nog aanvullende verklaringen voor de knelpunten hadden. Er is onderscheid gemaakt tussen aan de ene kant herkenning van deze verklaringen bij de jongeren zelf en aan de andere kant herkenning bij hun ouders. Ten slotte is gevraagd of de respondenten handelingsadviezen konden geven. (Voor het volledige interview, zie bijlage C.)

Om de (interbeoordelaars) betrouwbaarheid en validiteit van de verkregen data te vergroten, zijn de eerste interviews door twee interviewers afgenomen. Op deze manier kon feedback over elkaars functioneren als interviewer worden gegeven en zijn de interviewvragen aangescherpt. Daarnaast is, door inzicht te geven in de opbouw van het gesprek, het tussentijds samenvatten en het opnemen van het gesprek, de betrouwbaarheid vergroot. In de interviews met de experts is vooral gevraagd naar hun specifieke expertise. Daardoor zijn niet alle interviewonderwerpen met alle experts besproken. Omdat de experts verschillende specifieke kennis hadden over bepaalde onderwerpen, is elk onderwerp of thema uiteindelijk wel voldoende aan bod gekomen.

Door bij elk interview te werken met dezelfde gespreksintrodactie en dezelfde vragenlijst, is zoveel mogelijk gestreefd naar een transparante, herhaalbare en overdraagbare werkwijze (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2005). Ten slotte is gevraagd naar de demografische kenmerken van de respondenten, zoals leeftijd, geslacht, en culturele achtergrond. Van deze kenmerken is alleen de culturele achtergrond bij de analyse betrokken, omdat op die manier onderzocht kon worden of de culturele achtergrond van de respondent gerelateerd is aan de herkenning en belevingen van de knelpunten.

Analyse. Alle interviews zijn opgenomen met een voicerecorder. Vervolgens zijn de audiobestanden getranscribeerd. Voor de analyse van de transcripties is gebruik gemaakt van de drie typen coderingen van Strauss en Corbin (1998): open codering, axiale codering en selectieve codering. Tijdens de analyse is specifiek gekeken naar relevante informatie voor de beantwoording van de onderzoeksvragen. De eerste coderingsfase, de open codering, heeft de

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

grote hoeveelheid data gereduceerd tot een beperkte omvang. Hierin zijn de geselecteerde fragmenten gelabeld en gecodeerd. De codes zijn alomvattende termen van de knelpunten, verklaringen en handelingsadviezen uit de transcripties (Boeije, 2014; Strauss & Corbin, 1998). De quote “ik denk niet dat dit komt door de cultuur” kreeg bijvoorbeeld de code “niet cultuurgebonden”. De verklaringen voor de knelpunten en gegeven handelingsadviezen zijn hierdoor inzichtelijker en beter bruikbaar gemaakt voor verdere analyse.

Tijdens de axiale codering is de open codering omgezet in een schema (zie bijlage D). De lijst met codes zoals opgesteld in de eerste coderingsfase, is in deze fase gegroepeerd en in een tabel geplaatst. Door het gebruik van verschillende kleuren is in de tabel inzichtelijk gemaakt of de drie verklaringen ‘Kennis over de LVB en de gedragsproblemen’, ‘Visie op de LVB, gedragsproblemen en de behandeling’ en ‘De verwachtingen van de behandeling van de LVB en de gedragsproblemen’ voor de knelpunten herkend, deels herkend of niet herkend werden door de respondenten. Ook zijn de door de respondenten zelf aangedragen verklaringen, nuances en handelingsadviezen geclusterd en inzichtelijk gemaakt in verschillende tabellen. In de fase van de selectieve codering is onderzocht hoe de antwoorden van de respondenten zich verhouden tot de eerder gevonden theoretische principes. Op basis van de tabellen kunnen de onderzoeksvragen worden beantwoord en kan worden geconcludeerd in hoeverre de opgestelde hypotheses overeenkomen met de resultaten.

Resultaten

Beperkte kennis als mogelijke verklaring van knelpunten

In het interview is gevraagd in hoeverre de respondenten een beperkte kennis van de LVB en de gedragsproblemen bij jongeren en hun ouders met een niet-westerse achtergrond herkenden als verklaring voor de knelpunten in de behandeling. Bijna alle respondenten (N=14) bevestigden dit. Bij twee respondenten is dit thema niet ter sprake gekomen. Elf respondenten herkenden dat ouders de LVB niet accepteerden vanwege onwetendheid over de betekenis van de LVB en de gedragsproblemen. Van hen gaf drie de verklaring dat een LVB niet zichtbaar is, en daardoor voor ouders vaak niet bestaat. De gedragsproblemen worden door ouders gelabeld als “mijn kind is anders” en worden niet gezien als een probleem. Dit wordt door de respondenten vaker gezien bij ouders van Marokkaanse afkomst. Een andere verklaring die gegeven werd voor de beperkte kennis van ouders is dat in het land van herkomst de hulpverlening minder gedifferentieerd is en dat er culturen zijn waar

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

psychiatrische ziektes en of beperkingen niet bestaan. Zes respondenten gaven aan dat ouders niet-biologische factoren als oorzaken zien van de LVB en de gedragsproblemen. De verklaring dat de jongere bezeten is, werd genoemd voor de Surinaamse en Antilliaanse cultuur. Zo heeft een expert met een Nederlandse achtergrond gezegd: “Wij hebben de geesten wakker geroepen, waardoor dit kind bezeten is geraakt.”

Vershil in visie als mogelijke verklaring van knelpunten

In het interview werd aan de respondenten gevraagd of de culturele achtergrond een rol speelt in de vorming van een visie op en/of een verwachting van de LVB, de gedragsproblemen en de behandeling daarvan bij jongeren en hun ouders met een niet-westerse achtergrond. De meerderheid van de respondenten (N=15) bevestigde dit. Slechts één respondent, een begeleider met een Marokkaanse achtergrond, vond dat cultuur hierbij geen rol speelt en dat enkel de religie van de jongeren en hun ouders hier een rol bij speelt. Hij verklaarde dat een beperking zoals het syndroom van Down geaccepteerd is binnen de Marokkaanse cultuur. De meerderheid van de respondenten (N=12) erkende dat religie een rol kan spelen. De normen en waarden van een gezin kunnen onder andere worden gevormd door religieuze overwegingen. Zo werd bijvoorbeeld door een expert gezegd: “Als je zelf heel religieus bent, dan heeft dat effect op hoe je denkt dat problemen moeten worden opgelost, hoe je ze verklaart en wat je eraan moet doen.” Eén respondent herkende de rol van religie niet, en gaf aan dat enkel de culturele achtergrond van de betreffende jongere en zijn ouders een rol speelt.

Tien respondenten beaamden dat een verschil in visie tussen Nederlandse begeleiders en cliënten met een niet-westerse achtergrond, een verklaring kan zijn voor de knelpunten in de behandeling. Zes van hen gaven aan dat dit cultuurgebonden is. Vier respondenten nuanceerden dat de LVB van jongeren door hun ouders als een ziekte beschouwd wordt. Door vijf respondenten wordt een verschil in visie herkend als religie-gebonden. Vanuit een religie kan een beperking, of het hebben van een kind met een beperking, ervaren worden als een straf of beloning van Allah of God. Drie respondenten gaven aan dat Marokkaanse ouders de LVB en de gedragsproblemen bij hun kind zien als een lotsbestemming, als Gods wil.

Twaalf respondenten herkenden dat een andere visie op de behandeling van de LVB en de gedragsproblemen bij deze doelgroep een verklaring vormt voor de knelpunten. Vier respondenten vonden dat de Nederlandse hulpverlening – die gericht is op individuele ontplooiing – niet aansluit bij jongeren en hun ouders met een niet-westerse achtergrond. Eén

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

expert gaf aan dit niet te herkennen. Hij zei: “In de kern is geen enkele cultureel aangepaste behandeling meer effectief gebleken dan een niet-aangepaste. Dat is heel frustrerend, maar daar zit geen verschil in effectiviteit.” Twee respondenten herkenden dit wel, maar zagen dit deels anders. Volgens hen kunnen de huidige behandelmethoden als basis dienen, mits zij aangepast worden aan het gezin. Negen respondenten zeiden dat ouders met een niet-westerse achtergrond op zoek gaan naar alternatieve zorg die beter aansluit op hun visie op de behandeling. Drie respondenten gaven aan dat er door Marokkaanse en Turkse gezinnen zorg gezocht wordt in het land van herkomst: “Kinderen gaan soms mee naar (...) Marokko, allerlei pelgrimstoestanden.” Daarnaast werd genoemd dat sommige ouders alternatieve vormen van behandeling laten uitvoeren, zoals geestenuitdrijving of voodoo-rituelen. Over de Surinaamse cultuur werd bijvoorbeeld het volgende gezegd door een expert: “(...) voodoo en rituele wassingen en al dat soort zaken. Want het kind moet bevrijd worden van demonen. Als het niet goed leert of als het niet goed luistert.”

Hoge verwachtingen als mogelijke verklaring voor knelpunten

Aan de respondenten werd gevraagd of het hebben van te hoge verwachtingen van de behandeling van de LVB en de gedragsproblemen, een verklaring kan zijn voor de knelpunten bij de behandeling van jongeren met een niet-westerse achtergrond. Het merendeel van de respondenten (N=14) herkende dit, maar één respondent – een begeleider van Nederlandse afkomst – herkende dit niet. Zij gaf namelijk aan dit probleem ook bij westerse gezinnen te ervaren. Zes respondenten gaven aan dat de ouders de verwachting hebben dat de LVB te genezen is door behandeling in een Nederlands OBC. Eén respondent van Marokkaanse afkomst gaf aan dat ouders soms denken dat de LVB en de gedragsproblemen op te lossen zijn door te trouwen. Hij vertelde: “Zij geloven wel dat het inderdaad te genezen is. Maar ook door bijvoorbeeld te trouwen.” Twee respondenten gaven ook aan dat ouders de verwachting hebben dat de gedragsproblemen te genezen zijn. Ook is de respondenten gevraagd of de hoge verwachting van ouders met een niet-westerse achtergrond over de behandeling van hun kind komt door de benaderingswijze van de Nederlandse hulpverlening. Acht respondenten antwoordden bevestigend dat de Nederlandse hulpverlening hoge verwachtingen schept door het stellen van hoge streefdoelen en het laten ondertekenen van het behandelplan. Dit kan volgens hen een verklaring zijn voor de knelpunten.

Tijdens het interview is de respondenten gevraagd of een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond een verschil kan maken bij de behandeling van jongeren met een niet-

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

westerse achtergrond. Tien respondenten meenden dat dit een positief effect zou kunnen hebben op het verloop van de behandeling. Drie respondenten zeiden dat een hulpverlener met dezelfde culturele achtergrond sneller een vertrouwensband met de jongere en zijn ouders heeft en dat dit de behandeling ten goede komt. Eén respondent van Marokkaanse afkomst gaf aan: “Ik denk voornamelijk dat de band opbouwen, (...) dat dit meer tijd in beslag zou nemen bij een Nederlandse begeleider dan bij een begeleider van dezelfde afkomst. Ik merk dat er heel snel veiligheid gecreëerd wordt. Dat ze zich bij mij heel snel veilig voelen en mij in vertrouwen nemen.” Hij vervolgt met: “Ik heb het pas geleden nog ervaren bij een cliënt van 17 jaar. Een Nederlandse collega kreeg geen ingangen en ik stapte erin en we hadden al heel snel een band opgebouwd.” Acht respondenten gaven aan dat er ook nadelen kleven aan het inzetten van hulpverleners met dezelfde culturele achtergrond. Dit kan bij de jongeren en ouders tot de angst leiden dat deze hulpverlener in de gemeenschap zal doorvertellen dat er problemen in een hun gezin zijn. “Deze hulpverlener is ook Marokkaans, straks komt zij allemaal dingen over mij te weten, die gaat dit straks weer aan iemand vertellen en dan heb ik een probleem.” Eén expert vond dat dit voornamelijk speelde in de Surinaamse gemeenschap: “Dat geldt voor de Surinaamse cultuur misschien nog wel het meest, want dat is een hele kleine groep. De Turkse gemeenschap is in vergelijking qua omvang ongeveer net zo groot, maar Turkije is natuurlijk een veel groter land. En in Suriname wonen net zo veel mensen die Surinaams zijn als in Nederland. Die relaties zijn vaak veel meer terug te halen. Dus dat speelt zeker een rol.” Een ander nadeel van ethnic matching dat genoemd wordt voor de Marokkaanse of Turkse cultuur, zijn religieuze opvattingen over de omgang tussen mannen en vrouwen. Door één begeleider werd gezegd: “We hebben bijvoorbeeld een Iraanse ouderbegeleider, een man... en die was niet welkom bij de Marokkaanse moeders, alleen. Vaders gingen dan werken, moeder bleef alleen thuis en een Iraanse man komt bij jou thuis voor hulpverlening. Dat kan gewoon niet.” Het derde nadeel van ethnic matching werd door respondenten met een Arabische achtergrond genoemd. Zij gaven aan dat zij, doordat zij dezelfde culturele achtergrond als de jongeren en hun families hebben, juist niet met hen over taboes kunnen spreken. Dit zou namelijk leiden tot een breuk in de vertrouwensband: “Nadeel is dat het je als Marokkaan zijnde nog lastiger maakt om over die taboes te spreken. Ik zou het nooit met een vader over een stukje seksualiteit kunnen hebben. Terwijl een Nederlandse collega dit makkelijker kan doen. (...) Bij mij zou het echt het vertrouwen schaden en leiden tot een breuk in de relatie.”

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Handelingsadviezen

Ten slotte is de respondenten gevraagd naar mogelijke handelingsadviezen voor de knelpunten, wat leidde tot een aantal algemene adviezen. Door twee respondenten werd aangegeven dat hulpverleners alert moeten blijven op “overshadowing”: Dat niet alle problemen verklaard kunnen worden op basis van culturele verschillen. Als tweede advies is gegeven dat het is heel belangrijk om eerst een vertrouwensband met een cliënt op te bouwen, ook al kost dit relatief veel tijd. Het opbouwen van een vertrouwensband wordt gezien als een investering die zich later in de behandeling terugbetaalt: “Want dit is gewoon een investering, en je investeert in die relatie. Op een later moment betaalt dat zich terug, eerst in het begin vertrouwen opbouwen, tijd, misschien wat vaker of wat meer huisbezoeken, of vaker die ouders uitnodigen of vaker meer herhalen, meer bij elkaar zitten (...) zodat die vertrouwensband of die vertrouwensrelatie ook staat. (...) gedurende de behandeling betaalt dat zich terug.” een hulpverlener met een Nederlandse achtergrond meer tijd dan een hulpverlener met dezelfde achtergrond als de jongeren en hun ouders. Verder werd het advies genoemd om de jongere via een ‘belangrijk’ familielid te benaderen in plaats van een directe benadering door een hulpverlener. Als voorbeeld waarom deze methode zou kunnen werken, werd een situatie uit de Marokkaanse gezin genoemd: “De vader erbij betrekken als het om een jongen gaat. Want via vader kan je jezelf belangrijk laten worden binnen het gezin. Dus als je steun krijgt via vader en als hij meegaat in de visie die jij brengt en als vader daar ook achter staat, dat accepteert en beaamt waardoor die jongere dat ook gaat accepteren of makkelijker gaat accepteren.” Hetzelfde lijkt te gelden voor cliënten met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond. Daarover werd het volgende gezegd: “Ga naar het systeem kijken. Kijk wie de belangrijke poppetjes zijn. Je moet de schakel vinden.”

Om te zorgen dat ouders meer kennis hebben van de LVB en de gedragsproblemen van hun kind, is door meerdere respondenten aangegeven dat het belangrijk is om de behandeling te starten met individuele psycho-educatie voor ouders. Deze psycho-educatie kan het beste bij de ouders thuis worden gegeven. Binnen de Antilliaanse cultuur zouden informatiebijeenkomsten of oudergroepen niet werken vanwege schaamtegevoelens: “Ik denk dat je niet makkelijk een Antilliaanse bijeenkomst kan houden, ‘hoe om te gaan met mijn LVB kind’. Je toko blijft leeg (...) , dat betekent dat iedereen die daar naar toe zou komen, aan de gemeenschap laat zien dat hij zwak is. Dus dat gaat niet gebeuren.” Respondenten

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

gaven het advies om ouders door middel van testresultaten heel feitelijk uit te leggen wat er anders is aan hun kind. Eén respondent gaf hierbij aan dat de SON-R daarom beter zou aansluiten bij de doelgroep, omdat deze methode werkt met referentieleeftijden: “Dus als je een ouder hebt die de verstandelijke beperking niet herkent, kan je wel uitleggen van: hij is 8, maar hij functioneert op een leeftijd van 3. Dan kun je dat heel duidelijk maken, want bij de WISC-III heb je die referentieleeftijden niet, maar dat soort dingen helpen juist wel.” Daarnaast werd geadviseerd dat problemen visueel gemaakt zouden moeten worden voor ouders, bijvoorbeeld door het geven van voorbeelden van het gedrag van het kind. Twee respondenten gaven aan dat het belangrijk is om bij deze uitleg niet alleen de nadruk te leggen op het probleem, maar hier meteen handelingsadviezen aan te koppelen.

Vier respondenten gaven tevens het advies dat een hulpverlener zich moet aanpassen aan de normen en waarden van het gezin. Om aan te sluiten bij de visie die ouders hebben op de behandeling van hun kind, moet een hulpverlener bewust zijn van de cultuur en religie van het betreffende gezin. Bij cliënten met een Antilliaanse achtergrond werd aangegeven dat het belangrijk is dat de hulpverlener zich bewust is van de invloed van religie. Eén expert van Nederlandse afkomst zei hierover: “De houding en openheid en toch ook een zeker respect, maar in ieder geval een besef een bewustzijn dat je met mensen te maken hebt met totaal andere verwachtingen en beelden. (...) Om gewoon ook maar eens eerst te observeren en luisteren van wat, hoe zit het daar in mekaar.” Ook het uitspreken van heldere verwachtingen aan het begin van de behandeling naar de ouders toe, wordt als advies genoemd met betrekking tot het managen van verwachtingen. Eén respondent geeft aan dit te doen door samen met de jongeren en/of ouders het behandelplan op te stellen. Op die manier zorgt hij ervoor dat zij dezelfde verwachtingen hebben van de behandeling.

Discussie en conclusies

In dit onderzoek is geanalyseerd welke invloed cultuur en religie hebben op de kennis van, de visie op en de verwachtingen van een LVB, gedragsproblemen en de behandeling daarvan in een OBC bij niet-westerse jongeren en hun ouders. Daarnaast is onderzocht welke handelingsadviezen gegeven kunnen worden aan begeleiders om de rol van deze factoren te verminderen en tot een effectievere begeleiding en behandeling van deze jongeren en hun ouders te komen.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

De culturele en de religieuze achtergrond van jongeren die behandeld worden in een OBC kan een verklaring geven voor de knelpunten die begeleiders van de OBC's ervaren bij cliënten met een Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse of Surinaamse achtergrond. Doordat ouders een gebrekkige kennis hebben van de LVB en de gedragsproblemen, worden deze vaker niet herkend. Daarnaast accepteren niet-westerse ouders de LVB en de gedragsproblemen minder vaak, vanwege onwetendheid. Ook kunnen ouders niet-biologische factoren als oorzaak zien van de LVB en de gedragsproblemen bij hun kind. Vanuit de Surinaamse en Antilliaanse cultuur wordt vaker gedacht dat de LVB en de gedragsproblemen het gevolg zijn van bezetenheid. Ouders met een Marokkaanse of Turkse achtergrond die de islam als religie aanhangen, ervaren de LVB en de gedragsproblemen vaker als lotsbestemming: het is Allah zijn wil.

Vanuit culturele en religieuze overwegingen kunnen ouders een andere visie hebben op de LVB, de gedragsproblemen en de behandeling hiervan. Dat komt voort uit een andere beleving van de LVB en de gedragsproblemen. Vanwege een andere visie hebben niet-westerse jongeren en hun ouders vaker onrealistische verwachtingen van de behandeling. Wanneer de LVB wordt gezien als ziekte, is deze in de ogen van ouders vaak te genezen. De verwachting dat de gedragsproblemen te genezen zijn, is echter maar door enkele respondenten benoemd.

De hoge verwachtingen kunnen mede ontstaan door de benaderingswijze van de OBC's. Door het stellen van hoge (vaak niet haalbare) doelen en het ondertekenen van een behandelplan, kunnen ouders onrealistische verwachtingen krijgen van een behandeling binnen de OBC's. Maar het is moeilijk om te zegen of de culturele of religieuze achtergrond hier een rol bij speelt, of dat jongeren en ouders met een westerse achtergrond hetzelfde probleem ervaren. Verder werd in de literatuur (Zevenbergen, 1996; Vollebergh, 2002) aangegeven dat methoden die gericht zijn op individuele ontplooiing niet geheel zouden aansluiten bij de familiegerichte levensstijl van mensen met een Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse of Surinaamse achtergrond. Dit wordt echter niet bevestigd in dit onderzoek. Op basis van de resultaten kan gezegd worden dat de huidige methoden een goede basis vormen voor een passend behandelplan, afgestemd op de culturele normen en waarden van het gezin. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van Pels, Distelbrink en Tan (2009). Zij stellen op basis van een literatuurstudie, dat generieke interventies effectief kunnen zijn voor

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

verschillende groeperingen, mits deze interventies aangepast zijn. De effectiviteit van de interventies zou daarmee wellicht aanzienlijk verhoogd kunnen worden.

Dit onderzoek onderschrijft dat ethnic matching geen verschil maakt bij het effect van de behandeling, zoals Van Els en Knipscheer (2015) al eerder schreven. Het sneller opbouwen van een vertrouwensband wordt het meeste genoemd als voordeel van ethnic matching. Voor gezinnen met een Marokkaanse of Surinaamse achtergrond kleven er echter ook nadelen aan ethnic matching. Allereerst werd de angst genoemd dat de hulpverlener het probleem in de gemeenschap zou doorvertellen. Vanwege de relatief kleine omvang, speelt deze angst met name in de Surinaamse gemeenschap een grote rol. Het tweede nadeel zijn de religieuze opvattingen over de omgang tussen mannen en vrouwen binnen de islamitische cultuur. Het laatste nadeel werd aangedragen door respondenten met een Arabische achtergrond. Zij gaven aan dat zij niet over taboes kunnen spreken wanneer jongeren en hun ouders dezelfde achtergrond als zij hebben, omdat dit leidt tot een breuk in de vertrouwensband.

Ten slotte werd de respondenten gevraagd welke handelingsadviezen het meest effectief zijn om de knelpunten bij deze doelgroep - als gevolg van gebrekkige kennis, verschillende visies op de LVB, gedragsproblemen, alsmede de onrealistische verwachtingen - te verminderen. De respondenten benadrukten dat het belangrijk is om meer tijd te nemen bij deze doelgroep. Om de kennis te vergroten bij deze ouders is geadviseerd om de behandeling te starten met individuele psycho-educatie, waarbij met feitelijke voorbeelden over het gedrag en de testuitslagen, op een visuele manier zichtbaar wordt gemaakt wat anders is bij de betreffende jongere. Het is van belang dat de hulpverlener op de hoogte is van de visie en verwachtingen van het gezin. Wanneer sprake is van hechte familierelaties, is het belangrijk om dit netwerk bij de behandeling te betrekken. Het kan bijvoorbeeld helpen als een hulpverlener de ouder of de jongere niet direct benadert, maar eerst contact legt met een belangrijk persoon in de familie. Dit kan ervoor zorgen dat ouders zich sneller aansluiten bij de visie van de behandeling. Ten slotte dienen hulpverleners heldere verwachtingen uit te spreken aan het begin van de behandeling naar de ouders toe.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er eerst een verkenning is uitgevoerd naar de knelpunten die begeleiders ervaren in de begeleiding en behandeling van niet-westerse jongeren met een LVB en gedragsproblematiek. Deze verkenning vormde de basis voor een literatuurstudie naar de mogelijke theoretische verklaringen van deze knelpunten. Hierdoor

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

zijn (voor zover bekend) de verklaringen voor de knelpunten rondom het thema “kennis, visie en verwachting van de LVB, gedragsproblemen en de behandeling hiervan” voor het eerst op een wetenschappelijke manier getoetst. De verklaringen uit de literatuur zijn voor deze specifieke doelgroep met deze specifieke hulpverlening getoetst aan de praktijk. De verklaringen zijn kwalitatief getoetst door middel van semi-gestructureerde interviews met een diverse groep respondenten (zowel westerse als niet-westerse respondenten en zowel begeleiders als experts). Op die manier is een gedetailleerd beeld ontstaan over de knelpunten en mogelijke verklaringen. Op basis van deze resultaten zijn handelingsadviezen geformuleerd, die relevant zijn voor de huidige praktijksituatie.

Een beperking van het huidige onderzoek is dat de (interbeoordelaars)betrouwbaarheid van het onderzoek minder gewaarborgd was dan aanvankelijk werd beoogd, doordat interviews maar door één persoon zijn gelabeld. Ten tweede konden respondenten door tijdgebrek tijdens de interviews soms geen duidelijke of uitgebreide antwoorden geven. Dit tijdgebrek ontstond doordat in elk interview vier verklaringsthema's werden besproken. Met name de beleving van de gegeven verklaringen van de kennis van, de visie op en de verwachtingen van de LVB en gerelateerde gedragsproblemen en de behandeling hiervan bij cliënten met een Turkse achtergrond is hierdoor minder onderzocht onderbelicht geraakt ten opzichte van cliënten met een Antilliaanse, Marokkaanse en Surinaamse achtergrond.

De verklaringen voor de gegeven knelpunten blijken betrekking te hebben op de samenwerking tussen begeleiders met de ouders van niet-westerse jongeren die behandeld worden in een OBC. Een beperking van dit onderzoek is dat er niet met ouders gesproken is. Er kan dus niet vanuit gegaan worden dat ouders de genoemde verklaringen die genoemd worden, op dezelfde manier ervaren.

Aanbevelingen voor onderzoek.

Er zou meer onderzoek gedaan moeten worden naar de kennis van, de visie op en de verwachting van LVB's, gedragsproblemen en de behandeling hiervan binnen de OBC's, bij zowel westerse als niet-westerse jongeren en hun ouders. Dit is belangrijk om een beter onderscheid te kunnen maken welke problemen specifiek cultuur- of religie-gebonden zijn, en welke problemen verklaard kunnen worden door andere factoren. Daarnaast is het belangrijk dat er door middel van onderzoek nagegaan wordt of niet-westerse jongeren en hun ouders de verklaringen op dezelfde manier ervaren als in de literatuur wordt geschetst.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Ook zou het van grote meerwaarde zijn als de gegeven handelingsadviezen uit dit onderzoek (en uit de andere drie onderzoeken die tegelijkertijd zijn uitgevoerd door Cornelisse, Prikker en Roelofs) worden geïmplementeerd en getoetst op hun effectiviteit in de dagelijkse praktijk. Op die manier groeit de kennis en ervaring van de werking van cultureel sensitieve professionalfactoren voor deze specifieke doelgroep.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB,
GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Literatuur

- Acherrat-Stitou, Z. (2009). Islam en psychiatrie in Nederland, een verkenning. *Psyche & Geloof*, 20, 110-118. Gevonden op [http://cvppp.nl/site/system/files/Acherrat-Stitou%20\(2009\).%20Islam%20en%20psychiatrie%20in%20NL_0.pdf](http://cvppp.nl/site/system/files/Acherrat-Stitou%20(2009).%20Islam%20en%20psychiatrie%20in%20NL_0.pdf)
- Alleato. (2008). *Onderzoek allochtone ouderen en allochtone ouders met een kind met een verstandelijke beperking in de provincie Utrecht*. Utrecht: Alleato.
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Bellaart, H. (2013). *Jongeren weer op de rails. Verminderen van recidive bij ontspoorde migrantenjongeren*. Utrecht: FORUM – Instituut voor Multiculturele Vraagstukken.
- Bodde, J., & Hagen, B. (2009). *LVG-jongeren beter in beeld*. Utrecht: Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra [VOBC].
- Boeije, H. R. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Van den Broek, A., Kleijnen, E., & Keuzenkamp, S. (2010). *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Bulsink, D., & De Gruijter, M. (2013). *Vriendschap opent een nieuwe wereld*. Gevonden op Verwey-Jonker Instituut website: <http://www.verwey-jonker.nl>
- Cabral, R. R., & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 537–554. doi:10.1037/a0025266
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS]. (2014). *Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering*. Gevonden op <http://statline.cbs.nl>
- Cornelisse, M. M. (2015). *De rol van een taalbarrière en communicatiestijl in de alledaagse begeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking en een niet-westerse culturele achtergrond in orthopedagogische behandelcentra* (masterthesis). Universiteit Utrecht: Utrecht.
- Diepenhorst, M. C., & Hollander, M. (2011). *Zorg voor licht verstandelijk gehandicapten: Aard en omvang van LVG-zorg*. Zoetermeer: Research voor Beleid.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB,
GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

- Durà-Vilà, G., & Hodes, M. (2012). Ethnic factors in mental health service utilization among people with intellectual disability in high-income countries: Systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56, 827-842. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01466.x
- Eldering, L. (2008). *Cultuur en opvoeding*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Eldering, L. (1999). *Verstandelijk Gehandicapte Kinderen in Marokkaanse en Turkse Gezinnen*. Assen: Van Gorcum.
- Van Els, H., & Knipscheer, J. W. (2015). Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: Een cultuursensitieve benadering. *Tijdschrift voor de gedragstherapie*, 48, 2-29. Gevonden op http://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2015-1-2/Cognitieve-gedragstherapie-bij-allochtonen-een-cultuursensitieve-benadering
- Expertisecentrum William Schrikker. (2012). *Handleiding Interculturele Praatwijzer OpvoedingPlus*. Gevonden op http://www.williamschrikkergroep.nu/downloads/interculturele_praatwijzer_plus.pdf
- Fatimilehin, I. A., & Nadirshaw, Z. (1994). A cross-cultural study of parental attitudes and beliefs about learning disability (mental handicap). *Mental Handicap Research*, 7, 202-27. doi:10.1111/j.1468-3148.1994.tb00127.x
- FORUM (2013). *Traditionele opvattingen over natuur, psyche en het bovennatuurlijke*. Utrecht: FORUM, Instituut voor Multiculturele Vraagstukken.
- Ghaly, M. (2005). Islam en handicap: theologische perspectieven. *Theologisch Debat*, 2, 20-23. Gevonden op https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/13350/1%20islam_handicap.pdf?sequence=1
- Hoffer, C. (2004). Geestelijke gezondheidszorg en cliëntenvisies: het consulteren van islamitische genezers als voorbeeld. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 34(3), 137-147.
- Hoffer, C. (2012). Religieuze tradities, volksgeloof en religieuze geneeswijzen in multicultureel Nederland: implicaties voor de GGZ-praktijk. In P. J. Verhagen, & H. J. G. M. van Megen (red.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 179-194). Utrecht: De Tijdstroom.
- Katbamna, S., Bhakta, P., & Parker, G. (2000). Perceptions of disability and care-giving relationships in South Asian communities. In W. I. U. Ahmad (Eds.), *Ethnicity, Disability and Chronic Illness* (pp. 12-28). Buckingham: Open University Press.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB,
GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2004a). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 543-554. doi:10.1002/jclp.20008
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2004b). The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrants in Dutch mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77*, 273-278. doi:10.1348/147608304323112537
- MEE. (2010). *Samen verder in de gekleurde wereld van Rotterdam*. Rotterdam: MEE Rotterdam Rijnmond.
- Mirza, I., Tareen, A., Davidson, L. L., & Rahman, A. (2009). Community management of intellectual disabilities in Pakistan: A mixed methods study. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 559-70. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01176.x
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk, 4*(1), 23-28.
- Nelissen, H., & Morée, M. (2001). *Mantelzorg en allochtonen 2001: Visie en voorstellen*. Utrecht: FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling; Landelijk Centrum Opbouwwerk; Landelijke Organisatie Thuisverzorgers; Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Orobio De Castro, B., Embregts, P., Van Nieuwenhuijzen, M., & Stolker, J. J. (2008). Samen op zoek naar een effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met een licht verstandelijke beperking: het consortium Effectieve Behandeling Gedragsproblemen LVG. *Onderzoek & Praktijk, 1*, 6-11. Gevonden op <http://www.kenniscentrumlvb.nl/images/oenp/oenpvoor2008.pdf>
- Pels, T., Distelbrink, M., & Postma, L. (2009). Opvoeding in de migratiecontext: Review van onderzoek naar de opvoeding in gezinnen van nieuwe Nederlanders. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Pels, T., Distelbrink, M., & Tan, S. (2009). *Meetladder Diversiteit Interventies. Naar verhoging van bereik en effectiviteit van interventies voor verschillende (etnische) doelgroepen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB,
GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

- Prikker, E. (2015). *De rol van schaamte, taboe en sociale isolatie in de behandeling van niet-westerse jongeren met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek binnen orthopedagogische behandelcentra* (masterthesis). Universiteit Utrecht: Utrecht.
- Roelofs, Y. A. M. (2015). *Knelpunten bij OBC's in de begeleiding van LVB-jongeren met een niet westerse culturele achtergrond binnen het thema gezagsverhoudingen* (masterthesis). Universiteit Utrecht: Utrecht.
- Smaling, A. (2012). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek in Nederland*, 14, 5-12. Gevonden op http://www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/KWALON/2009/3/KWALON_2009_014_003_002.pdf
- Spierenburg, M., & Hagen, B. (2008). *Integrale werkwijze voor LVG-jongeren met gedragsproblemen. Sluitende aanpak van zorg, onderwijs en arbeid*. Utrecht: VOBC.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage.
- Van Veen, C. (2013). *Jij twee benen, ik vier wielotjes. Een onderzoek naar de sociale participatie van niet-westerse allochtonen met een beperking*. (masterthesis). Universiteit Utrecht: Utrecht.
- Vereniging voor Orthopedagogische Behandelcentra (2014a). *Factsheet jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Gevonden op <http://www.vobc.nu/publicaties/product/15-factsheet-jeugdigen-met-een-licht-verstandelijke-beperking>
- Vereniging voor Orthopedagogische Behandelcentra (2014b). *Factsheet orthopedagogische behandelcentra*. Gevonden op <http://www.vobc.nu/publicaties/product/16-factsheet-orthopedagogische-behandelcentra>
- Verstegen, D. (2005). Zorg voor mensen met een lichte verstandelijke handicap met meervoudige problematiek. *Onderzoek & Praktijk*, 3, 5-8. Gevonden op <http://www.kenniscentrumlvb.nl/images/oenp/oenpvoor2005.pdf>
- Vollebergh, W. A. (2003). Gemiste kansen. *Kind en adolescent*, 24(4), 136-144. doi:10.1007/BF03060894

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB,
GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

- Wieberdink, A. (2010). *Dubbel Anders: Nederlanders met een beperking en niet-westerse achtergrond uit de verdomhoek*. Gevonden op Expertisecentrum Mantenzorg website: <http://www.expertisecentrummantelzorg.nl>
- Zevenbergen, H. (1996). Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. In J. E. de Neef, J. Tenwolde, K. A. A. Mouthaan (red.), *Handboek Interculturele zorg III* (2-10). Maarsen: Elsevier; De Tijdstroom.
- Zilveren Kracht. (2001). *Mantelzorg en allochtonen 2001- Visie en voorstellen*. Utrecht: MOVISIE.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Bijlagen

Bijlage A: vooronderzoek

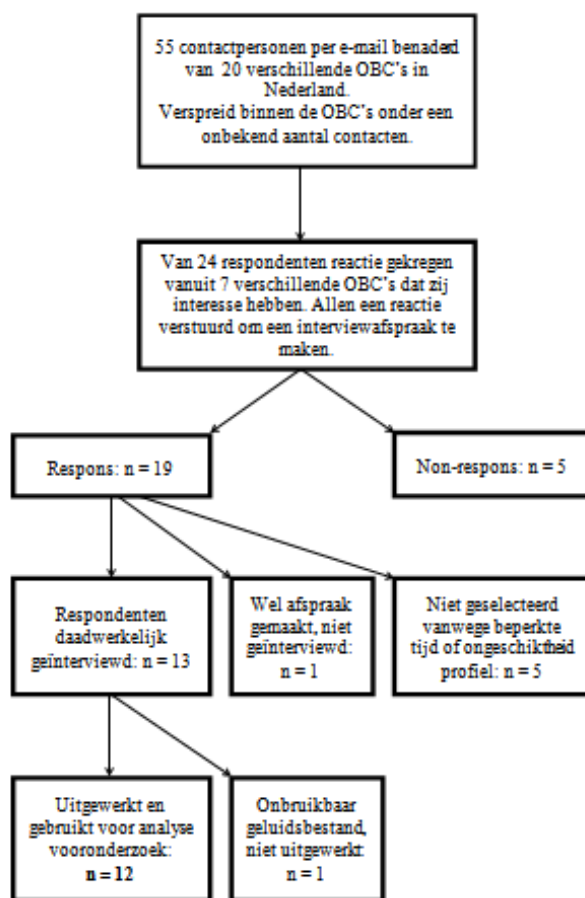
Aanleiding. Het vooronderzoek is op initiatief van het Landelijk Kenniscentrum LVB (LKC LVB) uitgevoerd, omdat er vanuit verschillende OBC's in Nederland knelpunten werden opgevangen over de extra problemen die begeleiders ervoeren in de begeleiding/behandeling van niet-westerse jongeren met een LVB en gedragsproblemen en hun ouders, ten opzichte van jongeren met een Nederlandse achtergrond en hun ouders. De onderzoeksvraag die in het vooronderzoek centraal staat is: welke knelpunten worden ervaren door hulpverleners in de alledaagse begeleiding en behandeling van niet-westerse jongeren met een LVB en gedragsproblematiek binnen OBC's en welke verklaringen hebben zij voor die ervaren knelpunten?

Type onderzoek. Het vooronderzoek is een kwalitatief onderzoek, waarin door middel van een open interview en met behulp van een topiclijst op een semigestructureerde manier interviews zijn afgenomen met begeleiders/hulpverleners van OBC's (Boeije, 2014). De topiclijst is opgesteld naar aanleiding van de knelpunten die via de e-mail vanuit de OBC's werden ontvangen door de contactpersoon van het Landelijk Kenniscentrum LVB in combinatie met een korte literatuurstudie (zie bijlage X). In het interview is allereerst op een open manier gevraagd naar de opvattingen, houdingen en ervaringen van de begeleiders ten aanzien van de door hen ervaren knelpunten in het werken met niet-westerse jongeren met een LVB en gedragsproblematiek. Daarna is via de topiclijst gecontroleerd of alle onderwerpen al op een spontane manier waren verteld en uitgevraagd. Indien onderwerpen nog niet aan bod waren gekomen, werden deze aan de hand van de topiclijst alsnog uitgevraagd, waardoor er een zo breed mogelijk beeld ontstond van de ervaren knelpunten.

Respondenten. Er golden voor dit onderzoek duidelijke inclusiecriteria waarmee participanten geselecteerd zijn. Er is gericht gezocht naar begeleiders/hulpverleners van OBC's die problemen ervoeren in de begeleiding/behandeling van niet-westerse jongeren met een LVB en gedragsproblematiek. De contactpersonen van de 55 deelnemers van het LKC LVB (waaronder ruim 20 OBC's) zijn benaderd middels een algemene e-mail waarin de onderzoeksopzet en de inclusiecriteria voor de te werven begeleiders stonden vermeld. Deze contactpersonen hebben deze e-mail verspreid onder begeleiders binnen hun organisaties. Er hebben 24 begeleiders in eerste instantie gereageerd. Deze 24 begeleiders zijn allemaal

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

uitgenodigd voor een interview. Hier hebben 19 begeleiders op gereageerd (en 5 dus niet). Door beperkte tijd van de onderzoekers en/of voldoen aan de gestelde inclusiecriteria zijn er met 14 begeleiders interviewafspraken gepland. Door ziekte van één van de onderzoekers is één interviewafpraak afgezegd, waardoor er uiteindelijk 13 begeleiders zijn geïnterviewd. Uiteindelijk bleken 12 transcripten bruikbaar voor de analyse, één transcript kon niet worden uitgewerkt door de gebrekkige kwaliteit van het geluidsbestand, waardoor zowel de onderzoekers als de respondent niet verstaanbaar waren. Zie figuur A1.



Figuur A1. Procedure werving respondenten vooronderzoek.

Analyse. Alle interviews zijn opgenomen met een voicerecorder. Vervolgens zijn de audiobestanden uitgeschreven tot transcripten. Voor de analyse is gebruik gemaakt van de twee typen coderingen van Strauss en Corbin (1998), open codering en axiale codering. De eerste coderingsfase, de open codering, heeft de grote hoeveelheid data uit de transcripten gereduceerd tot een beperkte omvang. De geselecteerde fragmenten gelabeld en gecodeerd. Het eerste transcript is gezamenlijk door de vier onderzoekers gelabeld en gecodeerd zodat

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

elke onderzoeker dezelfde werkwijze hanteerde bij het labelen en het coderen van de overige interviews. De codes zijn alomvattende termen van de knelpunten uit de transcripten (Boeije, 2014; Strauss & Corbin, 1998). De bestaande topiclijst kon worden aangepast met deze codes, waardoor er inzicht ontstond in de ervaren knelpunten en ook welke knelpunten het meeste voorkwamen. Tijdens de axiale codering zijn codes verder geclusterd en zijn er hiërarchische verbanden tussen de codes aangebracht (zie figuur A2).

Resultaten. Tijdens de axiale codering zijn er vier hoofdcodes naar voren gekomen, waaraan de ervaren knelpunten zijn opgehangen. Voor de hoofdcode ‘gezagsverhoudingen’, werden als knelpunten ervaren dat met name jongens geen gezag accepteren van een jongere en/of vrouwelijke begeleider. Daarnaast werden er veel onbegrip en conflicten ervaren over de manieren van opvoeden en disciplineren, zoals een andere manier van opvoeden door ouders (slaan, harde straffen, geen inspraak, jongens worden vrijer gelaten dan meisjes) dan op het OBC gedaan wordt (overlegcultuur, geen fysieke straffen, benadering/sancties/toezicht is gelijk voor jongens als meisjes).

Voor de hoofdcode ‘schaamte, taboe en sociale isolatie’, werd als knelpunt ervaren dat problemen niet werden gedeeld, waardoor de kern van de problematiek bij de jongere/binnen het gezin niet goed kon worden achterhaald. Daarnaast werd als knelpunt ervaren dat respondenten sommige onderwerpen (LVB, hulpverlening, gedragsproblemen, seksualiteit, middelengebruik) niet konden bespreken bij jongeren/ouders, omdat op deze onderwerpen een taboe rust bij de jongeren/ouders. Tot slot werd als knelpunt ervaren dat respondenten het moeilijk vinden om het netwerk te betrekken bij de jongeren/ouders, omdat jongeren/ouders vaak de problemen niet willen bespreken met bekenden.

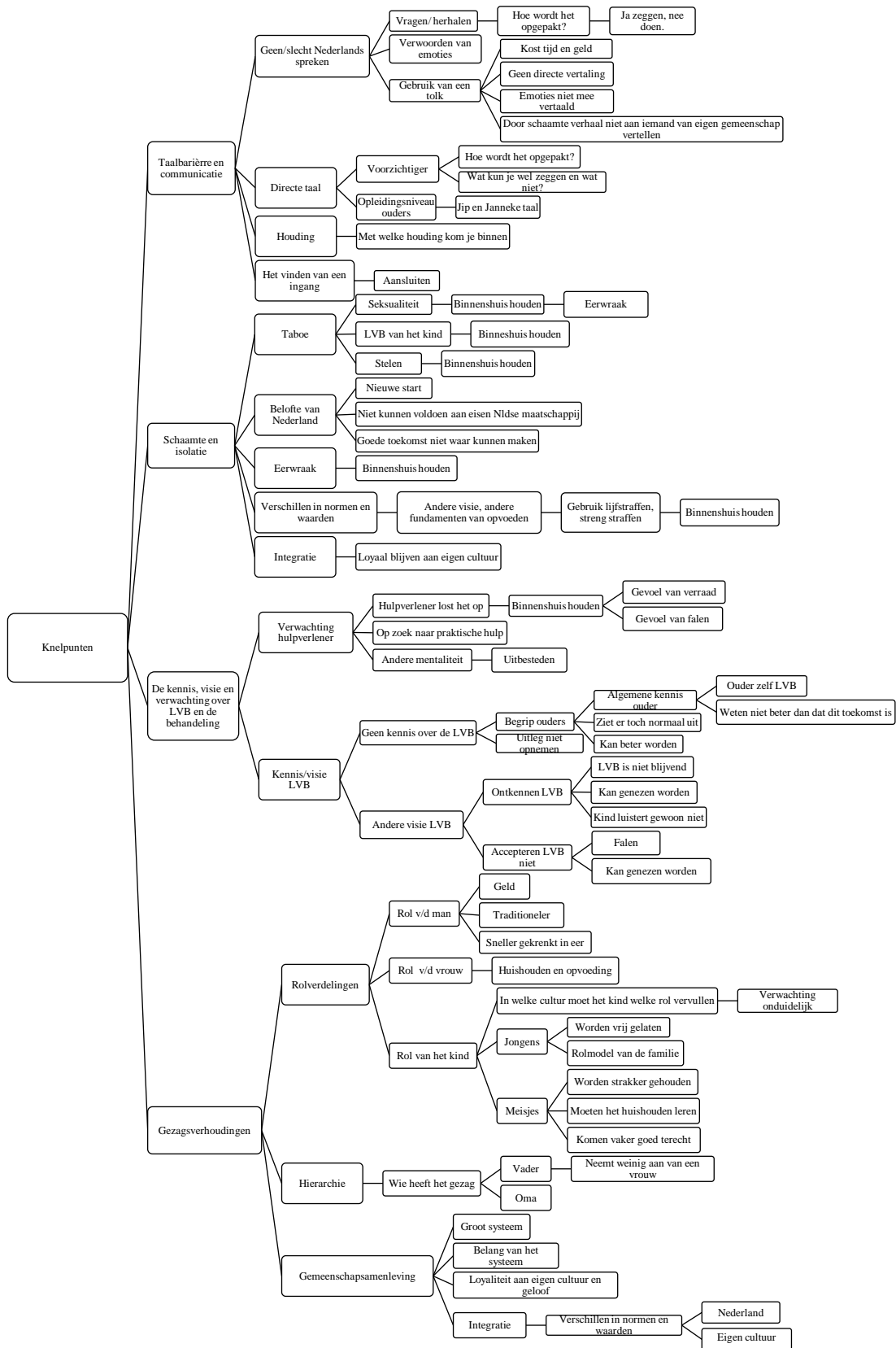
Voor de hoofdcode ‘taalbarrière en communicatiestijl’, werd als knelpunt ervaren dat jongeren/ouders geen of slecht Nederlands spreken, waardoor emoties, vragen en/of adviezen niet goed worden begrepen. Daarnaast werd ervaren dat het inzetten van een tolk als knelpunt met zich meebracht dat er vaak geen juiste of directe vertaling was en dat de jongeren/ouders niet altijd de waarheid vertelt aan iemand van dezelfde cultuur. Daarnaast gaven respondenten aan dat zij voorzichtiger zijn in hun houding en taalgebruik, omdat zij niet weten hoe iets wordt opgepakt door de jongere/ouders. Tot slot gaven respondenten aan dat zij door deze knelpunten het moeilijker vinden om een vertrouwensband op te bouwen met de jongere/ouders.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Voor de hoofdcode ‘kennis over, visie op en verwachtingen van de LVB, de gedragsproblematiek en de behandeling’, werd als knelpunt ervaren dat de verwachtingen over de behandeling/begeleiding van de jongeren/ouders niet overeenkwamen met wat werd geboden. Zo werd bijvoorbeeld genoemd dat sommige jongeren/ouders dachten dat de LVB of de gedragsproblemen te genezen waren door opname in een OBC. Daarnaast werd als knelpunt genoemd dat jongeren/ouders structureel, zelfs na meerdere malen uitleg, niet leken te snappen wat er aan de hand was met zichzelf/hun kind, of de problemen nog steeds ontkenden of niet accepteerden. Tot slot werden er veel onbegrip en conflicten ervaren over de uitleg die ouders gaven over de verklaringen (boze geesten, wil van Allah, kind luistert gewoon niet en moet normaal doen) en voor de oplossingen (terug naar land van herkomst/naar ouder familielid sturen, intensieve fysieke arbeid) voor het feit dat hun kind een LVB had of gedragsproblemen vertoonde. Zie figuur A2 voor de axiale codering en voor de gegeven codes voor deze knelpunten. Tot slot werden door enkele respondenten ongevraagd algemene handelingsadviezen gegeven, zoals ‘gebruik een tolk’ en ‘koppel een hulpverlener van dezelfde cultuur bij een gezin’. Deze zijn meegenomen voor toetsing in het hoofdonderzoek.

Op basis van alle resultaten is richting gegeven aan het hoofdonderzoek naar de verklaringen voor deze knelpunten en wat voor handelingsadviezen gegeven kunnen worden.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING



Figuur A3. Axiale codeboom met ervaren problemen.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Bijlage B: Topiclijst interview vooronderzoek

- Verschillen in normen en waarden
 - Op basis van cultuur / Op basis van religie
 - Eigen cultuur als superieur (etnocentrische bril).
 - Schaamtegevoel en stigmatisering vanuit eigen culturele groep (gezichtsverlies voorkomen), dubbele discriminatie (andere culturele achtergrond en kind met verstandelijke beperking hebben).
 - Taboe op hulp zoeken, toegankelijkheid en praten over problemen
 - Andere percepties en/of gebrekkige kennis over negatief gedrag of verstandelijke beperking.
 - Andere gezagsrelaties (bijv. man-vrouw) of gezinssamenstellingen (bijv. binnen Antilliaans/Surinaamse cultuur is vader vaak afwezig).
 - Het zoeken van alternatieve culturele oplossingen (imams, medicijnmannen, gebedsgenezers etc.)
 - Zelfmanagement (plicht vanuit Allah om het zelf op te lossen).
- Andere opvattingen over opvoeding en hulpverleningsproces gebaseerd op verschillende normen en waarden.
 - O.a.: lakser, denken vanuit eer en trots (voorkomen van gezichtsverlies), meer focus op fysieke opvoeding (eten geven, het kind er goed uit laten zien) en minder focus op sociaal-emotioneel vlak, Andere percepties en/of gebrekkige kennis over negatief gedrag of verstandelijke beperking. etc.
 - Ervaringen vanuit land van oorsprong over de behandeling van verstandelijk beperkte kinderen (totale isolatie van maatschappij)
- Moeilijkheden rondom verbinding en samenwerking.
- Andere verwachtingen van ouders over hulpverleners/behandeling
 - O.a.: hulpverleners lossen het probleem wel even op. Beperking kan wel genezen worden. Verantwoordelijkheid wordt buiten zichzelf gezocht.
- Taalbarrière
 - Volledig niet kunnen spreken/begrijpen van de Nederlandse taal.
 - Wel de Nederlandse taal enigszins spreken/begrijpen maar moeite met de complexiteit, denk hierbij aan lengte van de zinnen, het gebruik van verwijzwoorden en ironie.
- Andere manier van communiceren
 - bijv. in NL meer directe vorm, moeite met bepaalde ‘gevoelige’ onderwerpen.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

- Onvoldoende kennis, onbegrip en moeite met acceptatie van de diagnose.
 - Bijvoorbeeld het geloof dat een VB een ziekte is of een bovennatuurlijk verschijnsel (bijv. demonen) wat genezen kan worden.
 - Geloof dat de VB veroorzaakt is door ouders zelf, waardoor ouders een extra schaamte- en schuldgevoel hebben.
 - Het geloof dat gedragsproblemen alleen maar te wijten zijn aan “de ziekte”, geen kennis van VB en bijbehorende psychiatrische stoornissen. Afwijkend gedrag niet herkennen of kunnen toeschrijven aan een verstandelijke beperking of psychiatrische stoornis.
- Onbegrip voor de (individualistische) Nederlandse/Westerse samenleving
 - O.a.: cliënt leeft in twee werelden zowel in de NL maatschappij en moet zich vormen aan de strakke gedragscodes van de familie.
- Onvoldoende kennis van de hulpverleners over verschillende culturen, normen en waarden, verschillende achtergronden.
 - Het eventuele gebruik van vooroordelen vanuit hulpverleners.
 - Handelingsverlegenheid
- Opleidingsniveau van de ouders; een lager opleidingsniveau kan leiden tot verschillen in de manier van denken, communiceren.
 - Gebruik verklaringsmodellen
 - Niet-westerse allochtonen zijn lager opgeleid en hebben minder financiële middelen. Bijv. Antillianen/Surinamers: meer eenoudergezinnen, minder economische middelen.
- De toegankelijkheid van de Nederlandse hulpverlening die ervaren wordt eventueel gecombineerd met het meer geïsoleerd leven.
 - Het gevoel dat de hulpverlening niet goed genoeg aansluit op de wensen van de familie/de cultuur, de angst dat het kind te veel wordt ‘vernederlandst’

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Bijlagen C: Interview hoofdonderzoek

Algemene inleiding:

Jongeren met een licht verstandelijke beperking [LVB] en hun ouders worden ervaren als een lastige groep om te begeleiden. Binnen de orthopedagogische behandelcentra [OBC] worden LVB-jongeren met bijkomende gedragsproblematiek begeleidt. *Er wordt echter ervaren dat als deze groep ook nog een niet-westerse culturele achtergrond heeft dat deze begeleiding als nog lastiger ervaren wordt.* Dit is een factor waar wij ons tijdens dit onderzoek op richten. We willen gaan verklaren waardoor dit knelpunt ervaren wordt en wat er mogelijk aan te doen is. Vanuit ons vooronderzoek wordt bevestigd dat er problemen worden ervaren in de begeleiding van LVB-jongeren en hun ouders in orthopedagogische behandelcentra met een andere culturele achtergrond. In het vervolg van dit interview bedoelen deze doelgroep wanneer we spreken over jongeren en hun ouders.

Vervolgens zijn we gaan zoeken naar mogelijke verklaringen voor deze knelpunten. Uiteindelijk zijn we op basis van literatuuronderzoek en ons vooronderzoek op 4 hoofdverklaringen uitgekomen die volgens ons alle ervaren knelpunten kunnen verklaren:

1. Gezagsverhoudingen; waarbij onder meer gekeken wordt naar de opvoeding, rolverdeling en verhoudingen in het gezin en de sociale toezicht en het leven in twee werelden m.b.t. de maatschappij.
2. Taalbarrière en communicatie; waarbij er gekeken gaat worden naar communicatie tussen begeleiders en jongeren maar ook naar de communicatie tussen begeleiders en ouders.
3. Kennis, visie en verwachting over LVB en de behandeling.
4. Schaamte, taboe, verlies van eer omtrent de LVB/gedragsproblematiek/de hulpverlening en daarop volgende (sociale) isolatie van de jongeren en hun gezin.

We zullen per verklaring straks uitvragen of u deze herkent en bekijken of u hier vanuit uw ervaringen aanvullingen op heeft. Per verklaring/thema zullen we enkele verdiepende vragen stellen om een beter en meer gedifferentieerd beeld te krijgen van de verklaringen en hoe die gerelateerd kunnen zijn aan de ervaren knelpunten. De bedoeling is om er achter te komen hoe bovenstaande verklaringen er voor kunnen zorgen dat er moeilijkheden ervaren worden in

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

de alledaagse begeleiding binnen OBC's van LVB-jongeren met een niet-westerse culturele achtergrond. Vervolgens gaan we op zoek naar handelingsadviezen om met de knelpunten om te gaan of, liever nog, om die te voorkomen. Dit onderzoek zal 4 scripties opleveren, elk gericht op 1 van de 4 genoemde verklaringen en de mogelijke handelingsadviezen.

Wij zijn er van bewust dat veel knelpunten door meerdere factoren verklaard kunnen. Omdat wij per verklaring een thesis schrijven, proberen we de verklaringen wel zo gescheiden mogelijk uit te vragen.

Het is van te voren belangrijk om te benoemen dat we ons binnen onze thesis richten op de 2 onderstaande doelgroepen:

- Marokkaans/Turks
- Antilliaans/Surinaams

Deze groepen zijn uit de literatuur en in ons vooronderzoek het meeste naar voren gekomen.

De doelgroepen zijn niet geheel 1-op-1 te vergelijken dus wij zullen gericht doorvragen over de verschillen en overeenkomsten die gezien worden en binnen welke doelgroep(en) de knelpunten vooral ervaren worden.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Interviewonderdeel: Moeilijkheden in de begeleiding binnen OBC's van LVB-jongeren met een niet-westerse culturele achtergrond binnen het thema gezagsverhoudingen.

Uit het vooronderzoek blijkt dat veel begeleiders het verschil in de gezagsverhoudingen binnen de begeleiding van LVB-jongeren met een niet-westerse culturele achtergrond als moeilijkheid ervaren. Daar wordt hier verder op ingegaan.

Duale socialisatie

Uit het vooronderzoek blijkt dat de gezinnen in twee werelden lijken te leven, en de meerdere, soms tegengestelde, referentiekaders aanwezig zijn die knelpunten op kunnen leveren. Waar ouders vooral waarde hechten aan hun eigen culturele achtergrond, leven de jongeren tussen 2 werelden. Voor begeleiders kost het veel moeite te investeren in dit contact met de gezinnen en de begeleiding soepel te laten verlopen. Knelpunten zijn vooral te vinden in begrippen als acceptatie, adaptatie, culturele continuïteit¹ en bonding en bridging². Begeleiders zouden moeite hebben om strategieën met betrekking tot etnische socialisatie toe te passen.

- Zou dit volgens u knelpunten kunnen geven in de begeleiding met de ouders?
 - Zo ja, hoe speelt dit een rol?
- Zou dit aanleiding kunnen geven tot moeilijkheden in de begeleiding van de jongeren?
 - Zo ja, hoe speelt dit een rol?
- Ziet u dit terug binnen alle vooraf aangegeven doelgroepen of in meer of mindere mate slechts in enkele specifieke culturele achtergronden?
- Wat zijn volgens u mogelijkheden om met het bovenstaande knelpunt om te kunnen gaan? (*Handelingsadviezen voor omgang met ouders en omgang met jongere*).

Conformiteit

Uit de literatuur blijkt dat de Nederlandse opvoeding zich vooral richt op het ontwikkelen van autonomie, terwijl in de niet-westerse samenlevingen conformiteit (het aanpassen aan de eisen die de omgeving stelt) als het belangrijkste doel van de opvoeding staat. In niet-westerse gezinnen staat het collectieve belang voorop, zijn er duidelijke hiërarchische verhoudingen tussen man-vrouw en jong-oud en spelen gehoorzaamheid en respect naar ouderen een

¹ Het begeleiden van het aanpassen van de jongeren voor het leven in twee werelden, behouden van de dubbele loyaliteit en richting ouders het begeleiden van de behoefte aan culturele continuïteit.

² Het zowel aandacht schenken en versterken van de relaties binnen de eigen gemeenschap, bonding, als de relatie tussen verschillende gemeenschappen, bridging.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

sleutelrol. Bij begeleiders speelt de onbekendheid een rol, maar er kunnen eveneens weer problemen ontstaan door acceptatie, adaptatie en culturele continuïteit en bonding en bridging.

- Zou dit verschil knelpunten kunnen opleveren in de begeleiding van de jongeren?
 - Zo ja, hoe speelt dit dan een rol?
- Zou dit verschil knelpunten kunnen opleveren in de begeleiding van de ouders
 - Zo ja, hoe speelt dit dan een rol?
- Ziet u dit terug binnen alle vooraf aangegeven doelgroepen of in meer of mindere mate slechts in enkele specifieke culturele achtergronden?
- Hoe zouden begeleiders hiermee om kunnen gaan om problemen in de begeleiding van de jongeren, maar ook de ouders, te verminderen of te voorkomen?

Ouder-kind interactie

Uit het vooronderzoek kwam naar voren dat de ouder-kind interactie kan zorgen voor moeilijkheden in de begeleiding. In Nederland is er een meer egalitaire en individualistische opvoeding centraal komen te staan, waar in overleg met hun kinderen en met minder macht wordt opgevoed. Allochtone opvoeders hanteren over het algemeen een meer autoritaire opvoedstijl met strikte controle binnenshuis en het gebruik van machtsmiddelen. Uit de literatuur blijkt dat de Marokkaanse en Turkse gezinnen het meest autoritair en de Surinaamse en Antilliaanse ouders hier tussenpositie in nemen. Doordat er echter vele verschillende mengvormen zijn tussen de Nederlandse en niet-westerse opvoeding, is het lastig voor begeleiders om hierop in te spelen. Het aanpassen door begeleiders en de acceptatie speelt hierbij opnieuw een rol.

- Zou dit verschil knelpunten in de begeleiding van jongeren kunnen veroorzaken?
 - Zo ja, hoe speelt dit dan een rol?
- Zou dit verschil knelpunten in de begeleiding van ouders kunnen veroorzaken?
 - Zo ja, hoe speelt dit dan een rol?
- Ziet u hierin het verschil tussen de Marokkaanse/Turkse gezinnen en de Antilliaanse en Surinaamse gezinnen?
- Wat zijn volgens u de mogelijkheden om met dit knelpunt om te gaan?

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

- Hoe pakt u dit aan richting de ouders en hoe richting de jongeren?

Seksespecifieke opvoeding

Ook de seksspecifieke opvoeding binnen de migrantengezinnen geeft aanleiding tot knelpunten. Er is hierin echter een verschil in culturele achtergrond. Over het algemeen is dit bij Turkse en Marokkaanse gezinnen specifiekier dan bij Surinaamse en Antilliaanse gezinnen. Als begeleider kan dit knelpunten opleveren doordat dit niet samengaat met je eigen normen en waarden. Daarnaast kan het bij de ouders weerstand oproepen.

- Zou dit verschil in seksspecifieke opvoeding kunnen zorgen voor moeilijkheden in de behandeling van Turkse en Marokkaanse LVB-jongeren en hun ouders?
 - Zo ja, hoe speelt dit een rol en speelt dit vooral bij ouders of bij de jongeren?
- Zou dit verschil in seksspecifieke opvoeding kunnen zorgen voor moeilijkheden in de behandeling van Surinaamse en Antilliaanse LVB-jongeren en hun ouders?
 - Zo ja, hoe speelt dit een rol en speelt dit vooral bij ouders of bij de jongeren?
- Wat kan volgens u gedaan worden om dit knelpunt te verminderen of te voorkomen, zowel richting de ouders als richting de jongeren?
 - Wat geldt voor Turkse en Marokkaanse en wat voor Surinaamse en Antilliaanse?

Taakverdeling vaders en moeders

De inbreng van vaders in niet-westerse gezinnen is over het geheel genomen minder groot dan de inbreng van autochtone vaders. Moeder zijn voor het grootste deel verantwoordelijk voor de opvoeding en verzorging binnen niet-westerse gezinnen. Voor veel begeleiders blijkt deze beperkte betrokkenheid van vaders te zorgen voor knelpunten in de begeleiding. Het strookt niet met eigen normen en waarden, en adaptatie en culturele continuïteit zijn lastig in de samen in de begeleiding toe te passen.

- Zou de taakverdeling in de opvoeding en verzorging van de kinderen bij allochtone gezinnen kunnen zorgen voor problemen of onbegrip binnen de begeleiding?
 - Zo ja, hoe speelt dit een rol? (*Hoe bij de jongeren en hoe bij de ouders*).
- Ziet u hierin ook een verschil tussen en binnen de Marokkaanse/Turkse doelgroep en de Antilliaanse en Surinaamse doelgroep?

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB,
GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

- Wat zijn volgens u mogelijkheden om hiermee om te gaan?
 - Richt dit zich vooral op de ouders of vooral op de jongeren?

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Interviewonderdeel: Schaamte en isolatie

Inleiding: Vanuit ons vooronderzoek zijn de onderwerpen schaamte, isolatie, taboe en verlies van eer naar voren gekomen als een herkenbaar knelpunt voor begeleiders en andere professionals die te maken hebben met allochtone jongeren met een LVB en hun gezinnen. In de vraagstelling leggen wij dit verder uit.

Wij-cultuur, reputatie/eer en daaruit onstaande taboes

- Zoals eerder benoemd, komt vanuit de literatuur en het vooronderzoek naar voren dat de Marokkaanse, Turkse, Surinaamse en Antilliaanse gezinnen meer een wij-cultuur kennen, waarbij wat je als individu doet/zegt bepalend kan zijn voor de reputatie of de eer van het gezin/de familie/de gemeenschap. Om de reputatie of de eer niet te schaden, wordt er vaak niet met mensen van buiten het gezin gesproken over de LVB van de jongere, de gedragsproblematiek en de hulpverlening die daarvoor wordt ingezet. Soms wordt er ook in het gezin zelf niet over de genoemde onderwerpen gesproken, omdat er hier een taboe op rust. Wij hoorden van hulpverleners dat het daarom lastiger is om er precies achter te komen wat bij de jongere/het gezin speelt, wat de kern van de gedragsproblematiek is en wie er bij de problematiek betrokken zijn.
 - Herkent u deze benaderingswijze op de problematiek vanuit het collectief denken en het effect dat deze benaderingswijze heeft op de hulpverlening?
 - Zo nee, kunt u uitleggen waarom?
 - Zo ja, op wat voor manier herkent u dit?
 - Herkent u verschillen hierin bij verschillende (genoemde) bevolkingsgroepen en tussen de jongeren/ouders, en zo ja, waarom?
 - Heeft de benaderingswijze vanuit de jongere/het gezin ook te maken met de afkomst/ benaderingswijze van de hulpverlener zelf, en zo ja, waarom?
 - Hoe kan je als hulpverlener het beste aansluiten bij het vanuit de wij-cultuur denken over reputatie, eer en taboes? Wat betekent dit voor de begeleiding/behandeling van de jongere met een LVB en zijn/haar gezin?
 - Zit er verschil in hoe autochtone hulpverleners het beste kunnen aansluiten en hoe allochtone hulpverleners dit het beste kunnen doen?

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Schaamte voor de LVB/het probleemgedrag/de hulpverlening en daaropvolgende isolatie

Wij horen en lezen vaak terug dat er schaamte ontstaat bij allochtone LVB-jongeren, hun gezinnen of gemeenschap rondom deze dingen:

- LVB bij de jongere (en het gevolg dat de jongere vaker laag niveau onderwijs volgt)
- De gedragsproblemen (waarvoor de LVB-jongere is aangemeld bij hulpverlening)
- Het feit dat de LVB-jongere en/of het gezin hulpverlening krijgt (en niet meer bij machte is om het binnen de familie/de gemeenschap op te lossen).

Door deze schaamte ervaren sommige hulpverleners veel weerstand vanuit de LVB-jongere/ gezinnen om de gedragsproblemen aan te pakken en hebben hulpverleners regelmatig het gevoel dat interventies stuklopen, omdat het schaamtegevoel moeilijk te doorbreken is. Ook horen wij vaak dat ouders/gezinnen van allochtone LVB-jongeren zichzelf meer lijken te isoleren en minder contact opzoeken met familieleden en kennissen uit de gemeenschap, uit angst dat zij achter de eerder genoemde feiten komen waarvoor de jongere/de familie zich schaamt. Dit maakt het voor hulpverleners lastiger om het netwerk van de jongere/het gezin te betrekken bij de behandeling, omdat de angst voor negatieve gevolgen voor de jongere/het gezin een rol speelt. Wij kregen vanuit het vooronderzoek de indruk dat de gevoelens van schaamte en het sociaal isoleren het meest bij de Marokkaanse en Turkse jongeren/gezinnen speelde, ten opzichte van de Surinaamse en Antilliaanse jongeren/gezinnen.

- Herkent u deze uitingen van schaamte voor de LVB/de gedragsproblemen/de hulpverlening, het sociaal isoleren vanuit de schaamte en hoe dit gerelateerd is aan de problemen in de begeleiding/behandeling?
 - Zo nee, kunt u uitleggen waarom?
 - Zo ja: Wat zijn specifieke signalen dat (isoleren vanuit) schaamte een rol speelt? Zijn er volgens u verschillen tussen de culturele groepen in hoeverre deze schaamte/isolatie een rol speelt, zo ja, waarom? Maakt het volgens u verschil of de hulpverlener autochtoon of allochtoon is, en of schaamte/isolatie vanuit de jongere/het gezin bij één van de twee een grotere rol speelt? Wat maakt het dat hier wel/geen verschil in zit?
 - Hoe kan een hulpverlener het beste omgaan met deze gevoelens van schaamte over de LVB/gedragsproblemen/krijgen van hulpverlening, waardoor er minder

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

weerstand ontstaat? Wat werkt volgens u het beste (bij welke doelgroep), en waarom?

→ Hoe kan je als hulpverlener het beste omgaan met sociale isolatie bij de LVB-jongere en bij zijn/haar familie, waardoor je toch nog het sociale netwerk van de jongere/het gezin kan betrekken in de behandeling? Wat werkt volgens u het beste (bij welke doelgroep), en waarom?

Interviewonderdeel: Moeilijkheden in de begeleiding binnen OBC's van LVB-jongeren met een andere, niet-Nederlandse, culturele achtergrond binnen het thema communicatie.

Inleiding.

Veel begeleiders ervaren met name moeilijkheden vanwege de aanwezige taalbarrière en de verschillende gebruikte communicatiestijlen bij LVB-jongeren met een andere, niet Nederlandse culturele achtergrond. Bij verschillende communicatie stijlen moet u denken aan een indirecte of directe manier van communiceren. De moeilijkheden met taalbarrière en communicatiestijl wordt door begeleiders ook ervaren met de ouders van deze jongeren.

Taalbarrière

Problemen rondom taalbarrière uitten zich op twee verschillende manieren. Allereerst op het gebied van taal in brede zin. Uit het vooronderzoek is gebleken dat het niet goed begrijpen van de Nederlandse taal zorgt voor moeilijkheden binnen de begeleiding van jongeren met een LVB en een niet Nederlandse culturele achtergrond.

Daarnaast is uit de literatuur gebleken dat om goed met elkaar te kunnen communiceren, dezelfde betekenissen van begrippen moeten worden beheerst. Uit het vooronderzoek komt naar voren dat er in de Turkse, Marokkaanse, Surinaams, Antilliaanse en Nederlandse cultuur andere betekenissen worden toegekend aan begrippen rondom beperkingen, gezondheid en ziekte.

- Is dit herkenbaar?
- Met wie denkt u dat begeleiders op het gebied van taalbarrière de meeste problemen ervaren? Met ouders of met de jongeren zelf? En waarom?

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

- Een oplossing voor de problemen rondom het niet begrijpen van de Nederlandse taal zou kunnen zijn om met een tolk te werken. Door begeleiders die hier ervaring mee hebben wordt aangegeven dat dit niet altijd goed werkt, de informatie komt niet goed over zoals zij het bedoelen. Wat vindt u hiervan? En wat zou volgens u een oplossing kunnen zijn voor dit ervaren probleem?
- Kunt u een oplossing bedenken voor de problemen rondom de niet overeenkomende gehanteerde begrippen in de verschillende culturen?

Communicatiestijl.

Over niet-Westerse culturen wordt gezegd dat zij een manier van communiceren en taalgebruik hanteren die minder assertief en minder direct is dan mensen uit individualistische culturen, en meer aandacht besteden aan omgevingsfactoren en niet-vocale verschijnselen zoals lichaamshouding en oogcontact. Deze factoren kunnen belangrijk zijn bij de interpretatie van wat mensen zeggen. Individualisten letten daarentegen meer op de inhoud van de boodschap. Wat wordt gezegd is voor hen belangrijker dan hoe het wordt gezegd.

- Uit de vooronderzoeken is gebleken dat wij in Nederland inderdaad een andere manier van communiceren hanteren. Eentje die wordt omschreven als ‘direct’. Deze directe manier van communiceren staat haaks op de manier die veel niet-Westerse culturen hanteren. Levert dit volgens u ook problemen op? Wat voor problemen zijn dit dan vooral? Wat zou er gedaan kunnen worden om deze problemen m.b.t. communicatiestijl te kunnen verminderen?
- Begeleiders geven aan dat zij het moeilijk vinden om aansluiting te vinden bij ouders van jongeren met een LVB en een andere culturele achtergrond en om met deze ouders een vertrouwensband op te bouwen. Zo kost het hun bijvoorbeeld meer tijd dan bij Nederlandse ouders om de juiste ingang te vinden om een moeilijk bespreekbaar onderwerp te kunnen bespreken. Waar zou dat volgens u aan kunnen liggen? En hoe zou u het aanpakken/wat zou volgens u een goede manier zijn om aansluiting te vinden bij deze groep op het gebied van communiceren?

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB,
GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

- Gebleken is dat begeleiders met name problemen ervaren op het gebied van communicatie met de ouders en niet zozeer met de jongeren zelf. Kunt u zich hier iets bij voorstellen? Herkent u dit? Heeft u hier een verklaring voor? Hoe kunnen begeleiders het beste omgaan met ouders van deze doelgroep?
- Begeleiders geven aan dat zij vaak zien dat ouders zeggen dat ze met de aangeboden handelingsadviezen van begeleiders aan de slag gaan, maar vervolgens dit niet doen. Dit wordt omschreven als: 'ja zeggen, nee doen'. Herkent u dit? Heeft u hier een verklaring voor? Hoe kunnen begeleiders dit aanpakken om ervoor te zorgen dat ouders toch aan de slag gaan met de geboden adviezen.

Cultuur en communicatie.

- Er kan bijvoorbeeld gekozen worden voor het inzetten van een begeleider met dezelfde culturele achtergrond als de jongeren op de groep. Hoe kijkt u hier tegen aan? Ziet u dit als een oplossing voor de ervaren moeilijkheden met.....? En zouden hier ook nadelen aan kunnen kleven?

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Interviewonderdeel: De kennis van, visie op en verwachting over LVB en de behandeling.

Inleiding:

Veel begeleiders van jongeren met een LVB en een niet-westerse achtergrond en hun ouders, ervaren dat er bij deze doelgroep knelpunten zijn in hun kennis van, visie op en verwachtingen over de LVB en de behandeling daarvan. In ons vooronderzoek werd bijvoorbeeld gezegd dat er ouders zijn die verwachten dat de LVB problematiek te genezen is. Ook vroegen begeleiders zich of de geboden behandelingen aansloten bij de cultuur van de jongeren met een niet-westerse achtergrond, omdat de behandelingen soms moeizaam kunnen verlopen.

Welke knelpunten ervaart u /herkent u in de begeleiding van een LVB-jongere met een, niet Nederlandse, culturele achtergrond binnen het kader van de kennis van, visie op en de verwachting over de behandeling van deze jongeren?

- Op welke manier werken deze knelpunten door op de begeleiding van de jongeren en hun ouders?
- Weet u hoe deze problemen t.a.v. kennis, visie en behandeling aangepakt of voorkomen zouden kunnen worden?
- Welke verschillen zijn er tussen de knelpunten die Nederlandse hulpverleners ervaren en de knelpunten die hulpverleners met een niet westerse achtergrond ervaren met deze doelgroep?
- Welke verschillen in de aanpak van een behandeling voor LVB jongere met een niet westerse achtergrond, zijn er tussen een Nederlandse hulpverlener of een hulpverlener met een niet westerse achtergrond.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

In ons vooronderzoek en in de literatuur komt naar voren dat bij de groepen Marokkaans/Turks en Antilliaans/Surinaams religie een grote rol kan spelen in de vorming van hun visie en de verwachtingen over de hulpverlening.

- Erkent u dit?
 - Waarom herkent u dit wel of niet?
- Op welke manier speelt religie een rol in de visie en de verwachtingen over de hulpverlening bij de jongeren en of ouders met een niet-westerse achtergrond, denkt u?
- Bij welke vorm van religies merkt u dit?

Naast religie kan de culturele achtergrond ook een grote rol hebben in de vorming van een visie en verwachtingen over het hebben van een LVB en de behandeling daarvan.

- Welke verschillende visies bestaan er volgens u over het hebben van een LVB problematiek? (uitsplitsen naar culturen)?
- Hoe kan volgens u de begeleiding van deze jongeren en hun ouders het beste omgegaan met deze verschillende visies om de problemen bij de jongeren te verminderen of te voorkomen?

In de literatuur wordt beschreven dat de sterke individualiserende manier van behandelen slecht aansluit bij de meer op de familie gerichte levenswijze van sommige allochtone groeperingen.

- Sluiten de huidige methoden van behandeling aan bij de jongeren met een LVB problematiek en een niet westerse achtergrond, volgens u (uitsplitsen groepen)?
- Op welke manier wordt de aansluiting gevonden bij deze groep jongeren en hun ouders?

In veel van de landen waar de migranten vandaan komen kent men vaak geen uitgebreid zorgstelsel zoals we hier in Nederland gewend zijn. Wanneer men in Nederland woont geeft het vaak een extra drempel om gebruik te maken van deze hulp. Ook levert het vaak veel onbegrip op wanneer er hulp van bovenaf wordt opgedrongen. Hierdoor kunnen verschillende verwachtingen ontstaan over de hulpverlening. Ouders begrijpen vaak niet wat door de Nederlandse hulpverleningsinstanties van hen wordt verwacht en geven mede daardoor hun

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

kinderen niet de begeleiding die van hen verwacht wordt door de hulpverlening. Ook scheppen Nederlandse hulpverleners soms het beeld het beter te weten en kunnen.

- Denkt u dat de Nederlandse hulpverlening de verwachting bij ouders met een niet westerse achtergrond scheidt dat ‘wij’ de LVB problematiek kunnen oplossen/beter kunnen maken?
 - Op welke manier denkt u dat wij dit doen?
- Kunt u eventueel de verwachting dat de LVB problematiek bij de jongere te genezen is op een andere manier verklaren?
 - Bij welke doelgroep wordt deze verkeerde verwachting vooral opgemerkt?
- Wat kan een Nederlandse hulpverlener doen om een duidelijk kader te scheppen m.b.t. de verwachtingen van de behandeling?

In ons vooronderzoek werd meerdere malen benoemd dat er bij veel ouders met een niet-westerse achtergrond vaak een tekort is aan kennis over de LVB en gedragsproblemen bij hun kind. Zo werd benoemd dat gedragsproblemen op te lossen zijn door je kind hard te laten werken op het land, onder het motto: ‘dan leert hij het wel af’. Ook werden er door hulpverleners knelpunten ervaren op de manier waarop je deze kennis bij deze ouders kan vergroten.

- Hoe ervaart u de kennis van ouders met een niet-westerse achtergrond over de LVB en de gedragsproblemen van hun kind?
- In hoeverre vindt u dat de uitleg van de hulpverlening over de LVB problematiek aansluit bij deze doelgroep?
 - Op wat voor manier zou de kennis over de LVB problematiek bij ouders vergroot kunnen worden?
 - Waarom zou u het op die manier doen?
- Wat kan je als Nederlandse hulpverlener doen om een duidelijk kader te scheppen m.b.t. de verwachtingen van de behandeling?
 - Waarom is het belangrijk denkt u dat je dat zou moeten doen?

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB,
GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Interviewonderdeel: Statistische vragen

1. Wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw geslacht?
 - Man
 - Vrouw
3. In welke regio bent u werkzaam?
4. Wat is uw vooropleiding?
 - MBO
 - HBO
 - Universitair
5. Wat is uw functie?
6. Hoeveel jaren bent u al werkzaam binnen deze organisatie?
7. Heeft u ervaring binnen de LVB sector en zo ja hoeveel jaar?
8. Wat is uw eigen culturele achtergrond?
9. Welke talen spreekt uzelf?
10. In welke mate bent u met verschillende etnische/culturele groepen aan het werk?
 - Heel veel; dagelijks
 - Vaak; meerdere keren per week
 - Af en toe; meerdere keren per maand
 - Zelden; enkele keren per jaar
 - Nooit

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB,
GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

- Via onderzoek

11. Met cliënten van welke verschillende culturele achtergronden werkt u, of heeft u gewerkt? Gelieve al uw antwoorden noteren. In het geval van een onderzoeker of expert selecteren naar welke doelgroepen onderzoek is gedaan.

- Nederlands
- Marokkaans
- Turks
- Antilliaans
- Surinaams
- Overig namelijk;

Bijlage D: Tabellen resultaten

Tabel D1: Categorisatie antwoorden respondenten, herkenning rol van de culturele en religieuze achtergrond op visie en verwachtingen LVB, gedragsproblemen, hulpverlening en andere antwoorden.

| Label | Respondenten | | | | | | | | | | | | | | | | | Totaal |
|--|--------------|--------|----------|---------|------|----------|------|------|------|------|------|----------|----------|---------|------|------|----------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 17 | 18 | |
| Sekse | V | V | M | V | M | M | V | V | M | V | V | V | M | V | M | V | V | |
| Achtergrond | TRK | MRK | NLD | NLD/HGR | MRK | SRN | NL | MRK | ALG | NLD | NLD | NLD | MRK | JOD/GRK | MRK | ANT | NLD | |
| Functie | Ex./GW | Ex./GW | Ex./Thp. | Grl. | Grl. | Ex./Thp. | Thp. | Grl. | Exp. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | Exp./Oz. | Grl. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | |
| Leeftijd | 45 | 24 | - | 33 | 27 | 55 | 39 | 35 | - | 47 | 47 | 38 | 44 | 43 | 45 | - | - | |
| Opleiding | WO | WO | - | MBO | HBO | HBO/WO | HBO | HBO | - | HBO | HBO | WO | WO | HBO | HBO | - | WO | |
| Ervaring (jr) | 4,5 | 2,5 | - | 13 | 5 | 28 | 8 | 10 | - | 11 | 7,5 | 0* | 24 | 15 | 9 | - | - | |
| Cultuur heeft een rol in de visie en de verwachting | √ | √ | √ | √ | X | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | ° | √ | √ | √ | 15x ja 0x deels 1x nee 1xonbenoemd |
| Religie heeft een rol in de visie en de verwachting | √ | ° | √ | X | √ | ° | √ | √ | √ | √ | √ | √ | ° | √ | ° | √ | √ | 12x ja 0x deels 1x nee 4xonbenoemd |

Notitie. * = geïnterviewde is wel expert op het gebied van gedragsproblematiek bij niet-westerse jongeren, maar heeft geen specifieke ervaring met LVB. Sekse: V = vrouw, M = man. Achtergrond: TRK = Turks, MRK = Marokkaans, NLD = Nederlands, HGR = Hongaars, SRN = Surinaams, ALG = Algerijns, JOD = Joods, GRK = Grieks, ANT = Antilliaans. Functie: Ex. = expert, GW = gedragswetenschapper (orthopedagoog), Thp. = therapeut, Grl. = groepsleiding/begeleider, Oz. = onderzoeker. Opleiding: MBO = middelbaar beroepsonderwijs, HBO = hoger beroepsonderwijs, WO = wetenschappelijk onderwijs/universiteit. Kleuren: **groen** (√) = ja, **oranje** (±) = deels, zie "anders, nl...", **rood** (X) = nee, **blauw** (°) = niet genoemd/noch ontkennend, noch bevestigend. Antwoorden bij "anders, nl...", zie onder.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Tabel D2: Categorië antwoorden respondenten, thema kennis van de LVB, gedragsproblemen en andere antwoorden.

| Label | Respondenten | | | | | | | | | | | | | | | | | Totaal |
|---|--------------|--------|----------|---------|------|----------|------|------|------|------|------|----------|----------|---------|------|------|----------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 17 | 18 | |
| Sekse | V | V | M | V | M | M | V | V | M | V | V | V | M | V | M | V | V | |
| Achtergrond | TRK | MRK | NLD | NLD/HGR | MRK | SRN | NL | MRK | ALG | NLD | NLD | NLD | MRK | JOD/GRK | MRK | ANT | NLD | |
| Functie | Ex./GW | Ex./GW | Ex./Thp. | Grl. | Grl. | Ex./Thp. | Thp. | Grl. | Exp. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | Exp./Oz. | Grl. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | |
| Leeftijd | 45 | 24 | - | 33 | 27 | 55 | 39 | 35 | - | 47 | 47 | 38 | 44 | 43 | 45 | - | ? | |
| Opleiding | WO | WO | - | MBO | HBO | HBO/WO | HBO | HBO | - | HBO | HBO | WO | WO | HBO | HBO | - | WO | |
| Ervaring (jr) | 4,5 | 2,5 | - | 13 | 5 | 28 | 8 | 10 | - | 11 | 7,5 | 0* | 24 | 15 | 9 | - | ? | |
| Gebrek aan kennis bij ouders over de LVB en gedragsproblemen | √ | √ | √ | √ | ° | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | X | √ | √ | ° | 14x ja 0x deels 1x nee 2xonbenoemd |
| - Toeschrijven aan niet-biologische factoren | ° | ° | √ | ° | X | √ | ° | √ | √ | √ | ° | ° | ° | ° | √ | ° | ° | 6x ja 0x deels 1x nee 10xonbenoemd |
| - Niet accepteren door Onwetendheid | √ | √ | √ | √ | X | ° | √ | √ | √ | √ | ° | √ | ° | ° | √ | √ | ° | 11x ja 0x deels 1x nee 5xonbenoemd |

Notitie. * = geïnterviewde is wel expert op het gebied van gedragsproblematiek bij niet-westerse jongeren, maar heeft geen specifieke ervaring met LVB. Sekse: V = vrouw, M = man. Achtergrond: TRK = Turks, MRK = Marokkaans, NLD = Nederlands, HGR = Hongaars, SRN = Surinaams, ALG = Algerijns, JOD = Joods, GRK = Grieks, ANT = Antilliaans. Functie: Ex. = expert, GW = gedragswetenschapper (orthopedagoog), Thp. = therapeut, Grl. = groepsleiding/begeleider, Oz. = onderzoeker. Opleiding: MBO = middelbaar beroepsonderwijs, HBO = hoger beroepsonderwijs, WO = wetenschappelijk onderwijs/universiteit. Kleuren: groen (√) = ja, oranje (±) = deels, zie "anders, nl...", rood (X) = nee, blauw (°) = niet genoemd/noch ontkennend, noch bevestigend. Antwoorden bij "anders, nl...", zie onder.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Tabel D3: Categorië antwoorden respondenten, thema visie op de LVB, gedragsproblemen, de hulpverlening en andere antwoorden.

| Label | Respondenten | | | | | | | | | | | | | | | | | Totaal |
|--|--------------|--------|----------|---------|----------------|----------|----------------|------|------|----------------|------|----------|----------|---------|------|------|----------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 17 | 18 | |
| Sekse | V | V | M | V | M | M | V | V | M | V | V | V | M | V | M | V | V | |
| Achtergrond | TRK | MRK | NLD | NLD/HGR | MRK | SRN | NL | MRK | ALG | NLD | NLD | NLD | MRK | JOD/GRK | MRK | ANT | NLD | |
| Functie | Ex./GW | Ex./GW | Ex./Thp. | Grl. | Grl. | Ex./Thp. | Thp. | Grl. | Exp. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | Exp./Oz. | Grl. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | |
| Leeftijd | 45 | 24 | - | 33 | 27 | 55 | 39 | 35 | - | 47 | 47 | 38 | 44 | 43 | 45 | - | ? | |
| Opleiding | WO | WO | - | MBO | HBO | HBO/WO | HBO | HBO | - | HBO | HBO | WO | WO | HBO | HBO | - | WO | |
| Ervaring (jr) | 4,5 | 2,5 | - | 13 | 5 | 28 | 8 | 10 | - | 11 | 7,5 | 0* | 24 | 15 | 9 | - | ? | |
| Andere visie op de beperking | ◦ | ◦ | √ | ◦ | ◦ | √ | ◦ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | ◦ | √ | √ | ◦ | 10x ja 0x deels 0x nee 7xonbenoemd |
| - Ethic matching positief voor de behandeling | √ | √ | √ | √ | √ | ◦ | ◦ | √ | ◦ | ± ₃ | √ | ◦ | ◦ | √ | √ | ◦ | √ | 10x ja 1x deels 0x nee 6xonbenoemd |
| - Ethic matching negatief voor de behandeling | ◦ | √ | √ | √ | √ | ◦ | ◦ | √ | ◦ | ± ₄ | √ | ◦ | ◦ | √ | ◦ | ◦ | √ | 8x ja 2x deels 0x nee 8xonbenoemd |
| Nederlandse benaderingswijze sluit niet aan bij een niet-westerse cultuur | √ | ◦ | X | ◦ | ± ₅ | ◦ | ◦ | ◦ | √ | ◦ | √ | ◦ | ◦ | ◦ | ◦ | √ | ± ₆ | 4x ja 2x deels 1x nee 10xonbenoemd |
| Andere beleving van de LVB | ◦ | ◦ | √ | ◦ | ◦ | √ | ◦ | √ | √ | √ | ◦ | √ | ◦ | √ | √ | √ | ◦ | 9x ja 0x deels 0x nee 8xonbenoemd |
| - Cultuur gebonden | ◦ | ◦ | ◦ | ◦ | X | √ | ◦ | √ | √ | √ | √ | ◦ | ◦ | ◦ | √ | ◦ | ◦ | 6x ja 0x deels 1x nee 10xonbenoemd |
| - Religie gebonden | ◦ | ◦ | √ | ◦ | ◦ | ◦ | ◦ | ◦ | √ | ◦ | ◦ | √ | ◦ | √ | √ | √ | ◦ | 6x ja 0x deels 0x nee 11xonbenoemd |
| Andere visie op de behandeling | √ | ◦ | √ | ◦ | √ | ◦ | ◦ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | ◦ | 12x ja 0x deels 0x nee 5xonbenoemd |
| - Zoeken alternatieve zorg die aansluit bij de visie | √ | ◦ | √ | ◦ | √ | ◦ | ± ₇ | √ | √ | √ | √ | X | ◦ | √ | √ | ◦ | ◦ | 9x ja 1x deels 1x nee 6xonbenoemd |

Notitie. * = geïnterviewde is wel expert op het gebied van gedragsproblematiek bij niet-westerse jongeren, maar heeft geen specifieke ervaring met LVB. Sekse: V = vrouw, M = man. Achtergrond: TRK = Turks, MRK = Marokkaans, NLD = Nederlands, HGR = Hongaars, SRN = Surinaams, ALG = Algerijns, JOD = Joods, GRK = Grieks, ANT = Antilliaans. Functie: Ex. = expert, GW = gedragswetenschapper (orthopedagoog), Thp. = therapeut, Grl. = groepsleiding/begeleider, Oz. = onderzoeker. Opleiding: MBO = middelbaar beroepsonderwijs, HBO = hoger beroepsonderwijs, WO = wetenschappelijk onderwijs/universiteit. Kleuren: groen (√) = ja, oranje (±) = deels, zie "anders, nl...", rood (X) = nee, blauw (◦) = niet genoemd/noch ontkennend, noch bevestigend. Antwoorden bij "anders, nl...", zie onder.

³ Interview 10: deels anders, in sommige gevallen is het positief, maar het is praktisch vaak niet haalbaar.

⁴ Interview 10: deels anders, in sommige gevallen is het positief, maar het is praktisch vaak niet haalbaar.

⁵ Interview 4: deels anders, wanneer er sprake is van een familie breuk, sluit de individuele benadering wel aan.

⁶ Interview 18: deels anders namelijk, door middel van de Diversiteitsladder kunnen interventies cultuur sensitief gemaakt worden.

⁷ Interview 7: deels anders, de respondent herkent het niet als een probleem bij niet-westerse gezinnen. Ze ervaart dit ook bij westerse gezinnen.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Tabel D4: Categorisatie antwoorden respondenten, thema verwachtingen over de LVB, gedragsproblemen, de hulpverlening en andere antwoorden.

| Label | Respondenten | | | | | | | | | | | | | | | | | | Totaal |
|--|--------------|--------|----------|---------|------|----------|--------|------|------|------|------|----------|----------|---------|------|------|----------|---|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 17 | 18 | | |
| Sekse | V | V | M | V | M | M | V | V | M | V | V | V | M | V | M | V | V | | |
| Achtergrond | TRK | MRK | NLD | NLD/HGR | MRK | SRN | NL | MRK | ALG | NLD | NLD | NLD | MRK | JOD/GRK | MRK | ANT | NLD | | |
| Functie | Ex./GW | Ex./GW | Ex./Thp. | Grl. | Grl. | Ex./Thp. | Thp. | Grl. | Exp. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | Exp./Oz. | Grl. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | | |
| Leeftijd | 45 | 24 | - | 33 | 27 | 55 | 39 | 35 | - | 47 | 47 | 38 | 44 | 43 | 45 | - | ? | | |
| Opleiding | WO | WO | - | MBO | HBO | HBO/WO | HBO | HBO | - | HBO | HBO | WO | WO | HBO | HBO | - | WO | | |
| Ervaring (jr) | 4,5 | 2,5 | - | 13 | 5 | 28 | 8 | 10 | - | 11 | 7,5 | 0* | 24 | 15 | 9 | - | ? | | |
| Onrealistische verwachtingen van de hulpverlening | √ | √ | √ | √ | √ | √ | ± 8 | √ | √ | √ | √ | √ | ° | √ | ° | √ | √ | 14x ja 1x deels 0x nee 2xonbenoemd | |
| - Verwachting van genezing LVB door behandeling | ° | ° | √ | √ | √ | ° | ° | √ | √ | √ | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | 6x ja 0x deels 0x nee 11xonbenoemd | |
| - Verwachting van genezing gedragsproblemen door behandeling | ° | ° | ° | √ | X | ° | ° | ° | ° | √ | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | 2x ja 0x deels 1x nee 14xonbenoemd | |
| - Hoge verwachting door benaderingswijze Nederlandse hulpverlening | ° | ° | √ | ° | √ | ° | ° | ° | √ | √ | X | √ | ° | √ | X | √ | √ | 8x ja 0x deels 2x nee 7xonbenoemd | |

Notitie. * = geïnterviewde is wel expert op het gebied van gedragsproblematiek bij niet-westerse jongeren, maar heeft geen specifieke ervaring met LVB. Sekse: V = vrouw, M = man. Achtergrond: TRK = Turks, MRK = Marokkaans, NLD = Nederlands, HGR = Hongaars, SRN = Surinaams, ALG = Algerijns, JOD = Joods, GRK = Grieks, ANT = Antilliaans. Functie: Ex. = expert, GW = gedragswetenschapper (orthopedagoog), Thp. = therapeut, Grl. = groepsleiding/begeleider, Oz. = onderzoeker. Opleiding: MBO = middelbaar beroepsonderwijs, HBO = hoger beroepsonderwijs, WO = wetenschappelijk onderwijs/universiteit. Kleuren: groen (√) = ja, oranje (±) = deels, zie "anders, nl...", rood (X) = nee, blauw (°) = niet genoemd/noch ontkennend, noch bevestigend. Antwoorden bij "anders, nl..." zie onder.

⁸ Interview 7: Deels anders, de respondent herkent het niet als een probleem bij niet-westerse gezinnen. Ze ervaart dit ook bij westerse gezinnen.

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Tabel D5: Categoriëatie overige antwoorden respondenten, m.b.t. thema kennis, visie en verwachtingen.

| Label | Respondenten | | | | | | | | | | | | | | | | | Totaal |
|--|--------------|--------|----------|----------|--------|----------|------|------------------|----------|--------|----------|--------------|----------|----------|--------|----------|----------|-------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 17 | 18 | |
| Sekse | V | V | M | V | M | M | V | V | M | V | V | V | M | V | M | V | V | |
| Achtergrond | TRK | MRK | NLD | NLD/HGR | MRK | SRN | NLD | MRK | ALG | NLD | NLD | NLD | MRK | JOD/GRK | MRK | ANT | NLD | |
| Functie | Ex./GW | Ex./GW | Ex./Thp. | Grl. | Grl. | Ex./Thp. | Thp. | Grl. | Exp. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | Exp./Oz. | Grl. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | |
| Leeftijd | 45 | 24 | - | 33 | 27 | 55 | 39 | 35 | - | 47 | 47 | 38 | 44 | 43 | 45 | - | - | |
| Opleiding | WO | WO | - | MBO | HBO | HBO/WO | HBO | HBO | - | HBO | HBO | WO | WO | HBO | HBO | - | WO | |
| Ervaring doelgroep | 4,5 | 2,5 | - | 13 | 5 | 28 | 8 | 10 | - | 11 | 7,5 | 0* | 24 | 15 | 9 | - | - | |
| Andere verklaringen/meningen over kennis | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niet gewend aan hulpverlening vanuit het land van herkomst | √ T/M | | | | | | | | | √ | | | | | | | | 2 (1T/1M) |
| De LVB zie je niet, dus het is er niet | | √ M | | | √ | | | √ M | | | | | | | | | | 3 (2M) |
| Gedragsproblemen worden gezien als 'mijn kind is anders', niet als een beperking | | √ M | | √ M/T | √ | | | √ | √ | | | √ M/T/S/A | | | | | | 6 (3M/2T/ 1S/1A) |
| In een aantal culturen bestaat psychiatrie niet | | | | | | √ | | | | | √ | | | | | | | 2 |
| LVB is een ziekte | | | √ | | | √ | | √ | | | | | √ ISL | | | | | 4 (1ISL) |
| Een beperking is een vervloeking | | | | | | √ | | | | | | | | | | | | 1 |
| Mijn kind is bezeten | | | √ | | | | | √ | √ S/A | √ S | | | | | | | | 4 (2S/1A) |
| LVB is een lotsbestemming: 'gods wil' | | | √ ISL | | | | | √ | | | | √ ISL | | | √ M | √ CHR | | 5 (1M/2ISL/ 1CHR) |
| Andere verklaringen/meningen over visie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problematiek oplossen binnen het eigen systeem | √ | | | | | | √ | | √ | | | | | | | | | 3 |
| Geen overleg cultuur; niet kunnen praten over wat je dwars zit. Houdt gedragsproblemen in stand | √ M/T | | | | | | | | | | | √ M | | | | | | 2 (2M/1T) |
| Opkomst culturele hulpverleningsinstanties; sluiten aan bij visie | √ T | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 (1T) |
| Negatief tegenover hulpverlener zelfde achtergrond i.v.m. angst dat deze het in de gemeenschap doorverteld | | √ M | √ S | | | | | √ M | | √ | √ ISL | | | | | | | 5 (2M/1S/ 1ISL) |
| Hulpverlener zelfde achtergrond op de groep een meerwaarde | | √ M | | | | | | | | | | | | | | | | 1 (1M) |
| Negatief tegenover hulpverlener zelfde achtergrond i.v.m. religieuze opvattingen man/vrouw | | √ M | | √ M | | | | √ M/T | | | | | √ | | | | | 4 (3M/1T) |
| Religie speelt een rol door de normen en waarden die daarbij horen | | | | | √ | | √ | | | | | | | | | | | 2 |
| Hulpverlener met dezelfde achtergrond bouwt sneller een vertrouwensband op | | | | | √ M | | | √ M | | | √ | | | | | | | 3 (2M) |
| Alternatieve zorg in het land van herkomst zoeken | | | | | √ M | | | √ M/T | | | | | | | | | | 3 (2M/1T) |
| Hulpverlener met dezelfde achtergrond kan geen taboes bespreken | | | √ | | √ M | | | √ M | √ | | | | √ M | √ M/T | | | | 6 (4M/1T) |
| Je lost het op door te trouwen | | | | | | | | √ M/T/ S/A | | | | | | | | | | 1 (1M/1T/ 1S/1A) |

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

| Label | Respondenten | | | | | | | | | | | | | | | | | Totaal |
|---|--------------|--------|----------|---------|------|----------|------|------|------|--------|------|------------|----------|---------|------|--------|----------------------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 17 | 18 | |
| Sekse | V | V | M | V | M | M | V | V | M | V | V | V | M | V | M | V | V | |
| Achtergrond | TRK | MRK | NLD | NLD/HGR | MRK | SRN | NLD | MRK | ALG | NLD | NLD | NLD | MRK | JOD/GRK | MRK | ANT | NLD | |
| Functie | Ex./GW | Ex./GW | Ex./Thp. | Grl. | Grl. | Ex./Thp. | Thp. | Grl. | Exp. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | Exp./Oz. | Grl. | Grl. | Grl. | Exp./Oz. | |
| Leeftijd | 45 | 24 | - | 33 | 27 | 55 | 39 | 35 | - | 47 | 47 | 38 | 44 | 43 | 45 | - | - | |
| Opleiding | WO | WO | - | MBO | HBO | HBO/WO | HBO | HBO | - | HBO | HBO | WO | WO | HBO | HBO | - | WO | |
| Ervaring doelgroep | 4,5 | 2,5 | - | 13 | 5 | 28 | 8 | 10 | - | 11 | 7,5 | 0* | 24 | 15 | 9 | - | - | |
| Andere verklaringen/meningen over verwachtingen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ik heb niemand nodig, ik kan het zelf | | | | | | | | | | | | | | | | √ A | 2 (1A) | |
| Ze pakken onze kinderen af; hulpverlening niet welkom | √ T | | | | | | | | | | | √ | | | | | 2 (1T) | |
| Er gebeuren wonderen door de directe NL manier van communiceren over de behandeling | | | | | √ | | | | √ | √ T | | √ M/T/S | | | | | √ 5 (1M/2T/1S) | |
| Jij bent de hulpverlener, jij lost het op | | | √ | √ | | √ | | | | √ T | √ | | | | | √ | 6 (1T) | |

Notitie. * = geïnterviewde is wel expert op het gebied van gedragsproblematiek bij niet-westerse jongeren, maar heeft geen specifieke ervaring met LVB. Sekse: V = vrouw, M = man. Achtergrond: TRK = Turks, MRK = Marokkaans, NLD = Nederlands, HGR = Hongaars, SRN = Surinaams, ALG = Algerijns, JOD = Joods, GRK = Grieks, ANT = Antilliaan. Functie: Ex. = expert, GW = gedragswetenschapper (orthopedagoog), Thp. = therapeut, Grl. = groepsleiding/begeleider, Oz. = onderzoeker. Opleiding: MBO = middelbaar beroepsonderwijs, HBO = hoger beroepsonderwijs, WO = wetenschappelijk onderwijs/universiteit. Kleuren: groen (√) = ja. Achtergrond waarvoor herkend: M=Marokkaans, T=Turks, A= Antilliaan, S= Surinaams. Religie waarvoor herkend: ISL= Islamitische, CHR= Christelijk

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Tabel D6: Categorisatie genoemde oplossingen respondenten m.b.t. thema kennis, visie en verwachtingen.

| Label | Respondenten | | | | | | | | | | | | | | | | | Totaal |
|---|--------------|----------|----------|---------|--------|----------|------|------|------|------|------|----------|----------|------------|------|--------|----------|---------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 17 | 18 | |
| Sekse | V | V | M | V | M | M | V | V | M | V | V | V | M | V | M | V | V | |
| Achtergrond | TRK | MRK | NLD | NLD/HGR | MRK | SRN | NLD | MRK | ALG | NLD | NLD | NLD | MRK | JOD/GRK | MRK | ANT | NLD | |
| Functie | Ex./GW | Ex./GW | Ex./Thp. | GrI. | GrI. | Ex./Thp. | Thp. | GrI. | Exp. | GrI. | GrI. | Exp./Oz. | Exp./Oz. | GrI. | GrI. | GrI. | Exp./Oz. | |
| Leeftijd | 45 | 24 | ? | 33 | 27 | 55 | 39 | 35 | ? | 47 | 47 | 38 | 44 | 43 | 45 | ? | ? | |
| Opleiding | WO | WO | ? | MBO | HBO | HBO/WO | HBO | HBO | ? | HBO | HBO | WO | WO | HBO | HBO | ? | WO | |
| Ervaring doelgroep | 4,5 | 2,5 | ? | 13 | 5 | 28 | 8 | 10 | ? | 11 | 7,5 | 0* | 24 | 15 | 9 | ? | ? | |
| Manieren om er mee om te gaan, Algemeen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eerst een vertrouwensrelatie opbouwen | √ | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Overshadowing met cultuur voorkomen | | | | | | | | | | | √ | √ | | | | | | 2 |
| De tijd nemen | √ | | | √ | √ | √ | √ | | √ | √ | | | √ | | | | | 8 |
| Manieren om er mee om te gaan, Kennis | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Feitelijk voorbeelden geven van het gedrag dat je ziet en d.m.v. testuitslagen uitleggen wat anders is | | √ M | √ | | | | √ | | | | | √ | | √ | | √ | | 6 (1M) |
| Visueel maken voor ouders waar de problemen zitten | | √ M | | | | √ | √ | | | | | | | | | | | 3 (1M) |
| Bij het geven van uitleg niet alleen de nadruk leggen op het probleem, meteen handelingsadviezen koppelen | | √ M | | | | | | | | | | | | | | | | 1 (1T) |
| Begin met psycho-educatie van ouders | | | | | | √ | √ | | | | | | | | √ | | √ | 4 |
| Manieren om er mee om te gaan, Visie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Als hulpverlener open het gesprek in gaan | | √ | | | | | | | | | | √ | | | √ | | √ | 4 |
| Gezin zelf informeren naar hun normen en waarden en jezelf daar op aanpassen | | √ M/T | √ | | | | | | √ | | | √ | | | | | | 4 (1M/1T) |
| Inzetten hulpverlener met dezelfde achtergrond per gezien bekijken | | √ M | | | | | | | | | | | | | | | | 1 (1M) |
| Andere benaming hulpverlening | | | | | | | | | | | | | | | | √ A | | 1 (1A) |
| Jongere benaderen via belangrijk persoon | | | | | √ M | | | | | | | | | | | | | 1 (1M) |
| Sociaal-/familienetwerk betrekken | | | | | | | | | | √ | √ | | | | √ | √ A | √ | 5 (1A) |
| Systeem gericht werken wanneer familiebanden intact zijn | | | | | √ | √ | | | | | | | | | | | | 2 |
| Individueel werken wanneer er sprake is van een breuk in de familieband | | | | | √ | | | | | | | | | | | | | 1 |
| Informeren hoe die visie vanuit de cultuur/religie werkt. Vanuit daar de visie van de instelling toelichten | | | | | | √ A | √ | √ | | √ | | | | | | | | 4 (1A) |
| Stilstaan bij de invloed van religie | | | √ A | | | | | | | | | | | √ A/ISL | | | | 2 (2A/1SL) |
| Manieren om er mee om te gaan, Verwachtingen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Heldere verwachtingen bij het begin van de behandeling uitspreken richting ouders | | √ | | √ | √ | | | | | | √ | | | | | | √ | 5 |
| Samen met ouders het behandelplan opstellen | | | | | | | | | | √ | | | √ | | √ | | | 3 |

DE KENNIS VAN, DE VISIE OP EN DE VERWACHTING VAN DE LVB, GEDRAGSPROBLEMEN EN DE BEHANDELING

Notitie. * = geïnterviewde is wel expert op het gebied van gedragsproblematiek bij niet-westerse jongeren, maar heeft geen specifieke ervaring met LVB. Sekse: V = vrouw, M = man. Achtergrond: TRK = Turks, MRK = Marokkaans, NLD = Nederlands, HGR = Hongaars, SRN = Surinaams, ALG = Algerijns, JOD = Joods, GRK = Grieks, ANT = Antilliaan. Functie: Ex. = expert, GW = gedragswetenschapper (orthopedagoog), Thp. = therapeut, Grl. = groepsleiding/begeleider, Oz. = onderzoeker. Opleiding: MBO = middelbaar beroepsonderwijs, HBO = hoger beroepsonderwijs, WO = wetenschappelijk onderwijs/universiteit. Kleuren: groen (√) = ja. Achtergrond waarvoor herkend: M=Marokkaans, T=Turks, A= Antilliaan, S= Surinaams. Religie waarvoor herkend: ISL= Islamitische, CHR= Christelijk