



Foto: Martine Sprangers

Gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs, gezondheid en seksualiteit

## Voorzieningen bereiken migranten niet altijd

Door Angela van den Broek en Ellen Kleijnen

---

**Gezinnen die problemen hebben op het gebied van opvoeding, onderwijs en gezondheid kunnen in Nederland gebruikmaken van publieke voorzieningen. Niet-westerse migranten doen dat echter relatief weinig, hoewel ze vaker opvoed-, ontwikkelings- en gezondheidsproblemen hebben dan autochtone Nederlanders. Dat blijkt uit het onderzoek *Naar Hollands gebruik?* van het Sociaal en Cultureel Planbureau. De etnische verschillen in het gebruik van voorzieningen worden voor een belangrijk deel verklaard door achtergrondkenmerken, de houding tegenover de voorzieningen en de toegankelijkheid ervan.**

De migrantenjeugd en hun ouders moeten even goed bereikt worden door algemene voorzieningen als autochtone Nederlanders. Dat doel is in het overheidsbeleid vastgelegd. De praktijk leert echter anders, blijkt uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in opdracht van ZonMw.

Begin 2010 verscheen de eerste CBS-publicatie hierover in het kader van het ZonMw-programma Diversiteit in het jeugdbeleid, de zogeheten nulmeting. De publicatie geeft een overzicht van het gebruik van voorzieningen op vier terreinen: opgroeien in het gezin; talenten ontwikkelen en de overgang naar werk; fysieke en mentale gezondheid; vriendschappen, vrijetijdsbesteding, relaties en seksualiteit. De nulmeting biedt echter geen verklaring voor verschillen tussen herkomstgroepen en het blijft onduidelijk of die verschillen ongewenst zijn (De Jong en anderen, 2010).

Daarom heeft het SCP een verdiepende studie uitgevoerd, *Naar*

*Hollands gebruik?*. In dat onderzoek is voor vier voorzieningen, afgeleid van de vier thema's van de nulmeting, nagegaan in hoeverre er etnische verschillen bestaan in het gebruik ervan, en hoe die verschillen te verklaren zijn. De selectiecriteria waren het belang van de voorziening, het vóórkomen van verschillen tussen herkomstgroepen en de mate waarin het onderwerp al was uitgediept. De vier onderzochte voorzieningen zijn formele opvoedingsondersteuning; het speciaal onderwijs; de huisarts; anticonceptie, abortus en soa-tests als voorzieningen op het gebied van seksuele gezondheid. Het onderzoek is gebaseerd op analyses van gegevens uit bestaande databestanden, literatuuronderzoek en interviews met experts van de Fiom, FORUM, het NIGZ, Pharos, de Rutgers Nisso Groep en het Verwey-Jonker Instituut.

### **Formele opvoedingsondersteuning**

Bij problemen in de opvoeding of ontwikkeling van kinderen kunnen ouders een beroep doen op formele opvoedingsondersteuning. Uit analyses van gegevens van het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek van het SCP uit 2007 blijkt dat niet-westerse migranten een significant minder positieve opvoedbeleving hebben dan autochtone Nederlanders. Niet-westerse migrantenouders hebben bijvoorbeeld vaker het gevoel dat ze de opvoeding niet goed in de hand hebben – 31 procent tegenover 17 procent van de autochtone Nederlanders – of niet goed aankunnen – 20 tegenover 10 procent. Ook rapporteren ze meer psychosociale problemen bij hun kinderen dan autochtone Nederlandse ouders, 19 tegenover 11 procent.

Hoewel Turkse en Marokkaanse Nederlanders, net als andere niet-westerse migrantengroepen, vaker te maken hebben met opvoed- en opgroei problemen, zoeken zij relatief weinig hulp of advies bij de opvoeding: 18 procent van hen doet dat, tegenover 22 procent van de autochtone Nederlandse ouders. In de steekproef van het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek zijn alleen respondenten opgenomen die de Nederlandse taal beheersen. Mogelijk zijn de gevonden verschillen in het gebruik van opvoedingsondersteuning tussen autochtone Nederlanders en niet-westerse migranten in werkelijkheid groter.

Beroepskrachten in de eerstelijnszorg, onder wie maatschappelijk werkers, huisartsen, en medewerkers van het consultatiebureau, worden vaker bezocht door autochtone Nederlandse ouders – 76 procent – dan door niet-westerse migrantenouders – 55 procent. De laatste

groep maakt daarentegen vaker gebruik van tweedelijnsvoorzieningen als bureau jeugdzorg en de ggz, 57 tegenover 42 procent.

### **Speciaal onderwijs**

Er bestaan diverse typen speciaal onderwijs voor leerlingen die niet goed meekomen in het reguliere onderwijs. Zo zijn de cluster-4-scholen, die deel uitmaken van het speciaal en voortgezet speciaal onderwijs, bedoeld voor kinderen en jongeren met gedragsproblemen. Uit gegevens van het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek blijkt dat gedragsproblemen vaker voorkomen bij de niet-westerse migrantenjeugd dan bij de autochtone Nederlandse jeugd, respectievelijk 21 en 12 procent.

Volgens registratiecijfers over het schooljaar '08-'09 zijn niet-westerse migrantenleerlingen echter relatief weinig te vinden in cluster 4 van het speciaal en voortgezet speciaal onderwijs; hun aandeel van circa 12 procent is bijvoorbeeld lager dan in het gehele speciaal en voortgezet speciaal onderwijs, ongeveer 17 procent. Vooral kinderen en jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst nemen relatief weinig deel aan het cluster-4-onderwijs. Van het totaal aantal leerlingen in het speciaal en voortgezet speciaal onderwijs zit 44 procent op een cluster-4-school, terwijl dat geldt voor 20 procent van de Turks- en 32 procent van de Marokkaans-Nederlandse leerlingen (CBS StatLine, 2010; Smeets en anderen, 2009).

Niet-westerse migrantenkinderen en -jongeren zijn daarentegen wel relatief vaak te vinden in andere takken van het speciaal onderwijs: het speciaal basisonderwijs, cluster 1, 2 en 3 van het speciaal en voortgezet speciaal onderwijs, het leerwegondersteunend onderwijs en het praktijkonderwijs (CBS StatLine, 2010). Dat spoort grotendeels met het hogere risico van de niet-westerse migrantenjeugd op de problematiek waarvoor die voorzieningen zijn bedoeld. Uit eerder onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat niet-westerse migrantenkinderen beduidend vaker met leerachterstanden kampen dan de autochtone Nederlandse jeugd. Daarnaast hebben zij 11 procent meer kans op een aangeboren aandoening, en scoren zij – misschien niet altijd terecht – gemiddeld lager op intelligentietests. Bovendien zijn er aanwijzingen dat sociaal-emotionele problemen vaker voorkomen onder de niet-westerse migrantenjeugd (Crone en anderen, 2005; Van Dijk en Tellegen, 2004; Gijsberts en Herweijer, 2009; Waelput en Achterberg, 2007).

## Huisartsbezoek

Uit onderzoek is bekend dat migrantenkinderen en -jongeren gemiddeld ongezonder zijn dan de autochtone Nederlandse jeugd (Van Vliet en anderen, 2009). Zo had in 2008 ruim 22 procent van de niet-westerse migranten van 2 tot 25 jaar overgewicht, tegenover 14 procent van de autochtone Nederlandse jeugd. Diabetes, vaak gerelateerd aan overgewicht, komt vaker voor onder migranten, met name onder de Surinaams-Nederlandse jeugd. Ook laten niet-westerse migrantenkinderen en -jongeren vaak een minder gunstige psychische gezondheid zien; schizofrenie komt bij hen bijvoorbeeld vaker voor (Jeugdgezondheid, 2010).

Migrantenjongeren zijn bovendien iets minder tevreden over hun gezondheid dan de autochtone Nederlandse jeugd: 87 procent van de niet-westerse migrantenjongeren voelde zich in 2008 gezond, tegenover 93 procent van de autochtone Nederlandse jongeren (Bucx, 2009; CBS, 2009).

Deze gezondheidsverschillen worden weerspiegeld in het huisartsengebruik: de niet-westerse migrantenjeugd heeft iets vaker contact met de huisarts dan de autochtone Nederlandse jeugd, zo blijkt uit *Naar Hollands gebruik? Van de Turks-Nederlandse jeugd had bijvoorbeeld 73 procent ten minste één keer contact met de huisarts in 2008, tegenover 71 procent van de autochtone Nederlandse jeugd. Verder heeft de Turks-Nederlandse jeugd gemiddeld vaker contact met de huisarts – 2,8 keer per jaar – vergeleken met de autochtone Nederlandse jeugd – 2,4 keer per jaar.*

## Anticonceptie, abortus en soa-tests

Uit analyses van gegevens afkomstig van het onderzoek *Seks onder je 25e* (De Graaf en anderen, 2005) blijkt dat driekwart van de seksueel actieve jongeren altijd gebruikmaakt van anticonceptie. Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren zijn het minst consequent en autochtone Nederlandse jongeren het meest: respectievelijk 61 en 79 procent gebruikt altijd anticonceptie. Onder jongeren van Turkse en Marokkaanse afkomst gebruikt 69 procent consequent anticonceptie. Surinaams-, Antilliaans- en autochtone Nederlandse jongeren maken vaker gebruik van de pil om een zwangerschap te voorkomen, terwijl jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond vaker kiezen voor het condoom.

Uit de Landelijke Abortus Registratie 2008 blijkt dat 1,1 procent van de meisjes van 15 tot en met 19 jaar zwanger is geraakt. Gelet op

de verhouding tussen het aantal tienerzwangerschappen en het aantal abortussen blijkt dat zwangere Marokkaans-Nederlandse meisjes het vaakst een abortus ondergaan en zwangere autochtone Nederlandse meisjes het minst; respectievelijk 79 en 61 procent (Kruijer en anderen, 2009).

Slechts 12 procent van de seksueel actieve jongeren die niet consequent condooms gebruiken, laat zich testen op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's). Jongeren van Surinaamse en Antilliaanse afkomst ondergaan significant vaker een soa-test – 27 procent – dan autochtone Nederlandse jongeren – 12 procent.

### **Vaker problemen, minder gebruik**

In vergelijking met autochtone Nederlanders hebben niet-westerse migrantenkinderen en -jongeren en hun ouders dus vaker opvoed-, ontwikkelings- en gezondheidsproblemen. Toch maken ze niet altijd meer gebruik van de publieke voorzieningen voor die problemen. Die tegenstelling wordt in *Naar Hollands gebruik?* verklaard vanuit verschillen in achtergrondkenmerken, de houding tegenover het gebruik van voorzieningen, en de toegankelijkheid ervan.

### **Andere achtergrond**

Tussen niet-westerse migranten en autochtone Nederlanders – en tussen migrantengroepen onderling – bestaan diverse verschillen in achtergrondkenmerken. Zo zijn niet-westerse migrantenouders gemiddeld beduidend lager opgeleid dan autochtone Nederlandse ouders. Circa 50 procent van de Turkse en Marokkaanse Nederlanders en 20 procent van de Surinaamse en Antilliaanse Nederlanders heeft bijvoorbeeld geen of alleen lager onderwijs gevolgd, iets wat met 8 procent onder autochtone Nederlanders nauwelijks meer voorkomt (Gijsberts en Herweijer, 2009).

Daarnaast hechten met name mensen van Turkse en Marokkaanse herkomst doorgaans veel belang aan religie, zo blijkt uit de analyses van *Naar Hollands gebruik?*.

Alleenstaand ouderschap komt veel voor in Antilliaans- en Surinaams-Nederlandse kringen: respectievelijk 50 en 41 procent van de kinderen met een Antilliaanse of Surinaamse achtergrond groeit op in een eenoudergezin, tegenover 11 procent van de autochtone Nederlandse kinderen (Bucx, 2009).

Deze en andere achtergrondkenmerken hangen, blijkens *Naar*

*Hollands gebruik?*, enigszins samen met het gebruik van de onderzochte voorzieningen. Zo hebben hoger opgeleiden meer kennis en vaardigheden die nodig zijn om de juiste hulp te zoeken, kan religie bijdragen aan terughoudendheid op het gebied van seksualiteit, en doen alleenstaande ouders, bij gebrek aan een partner, eerder een beroep op formele opvoedingsondersteuning.

### Hulp is soms niet gewenst

Achtergrondkenmerken verklaren echter niet alle verschillen. Ook andere factoren doen ertoe, zoals de mate waarin migranten de voorzieningen willen gebruiken.

#### *Problemen niet gezien*

Migranten zoeken vaak minder hulp dan autochtone Nederlanders omdat ze bijvoorbeeld anders aankijken tegen problemen en gedragingen. Dat heeft deels te maken met verschillen in kennis, blijkt uit *Naar Hollands gebruik?*. Migrantjongeren weten bijvoorbeeld minder over veilig vrijen, zwangerschap en soa's dan hun autochtone Nederlandse leeftijdgenoten. Zo denkt 34 procent van de jongeren met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond ten onrechte dat een meisje niet zwanger kan raken als een jongen niet klaarkomt, en gelooft 37 procent dat een meisje onvruchtbaar kan raken van de pil. Deze misvattingen heersen ook bij respectievelijk 19 en 25 procent van de autochtone Nederlandse jongeren.

Waar het gaat om de opvoeding wijzen interviews met deskundigen uit dat niet-westerse migrantenouders gedragingen van kinderen die door autochtone Nederlanders als probleem worden beschouwd, niet altijd als zodanig kwalificeren. Gedragsproblemen en internaliserende problematiek worden door een deel van de niet-westerse migrantenouders bijvoorbeeld niet gesignaleerd of erkend. Dat speelt ook een rol bij het geringe gebruik van het cluster-4-onderwijs.

Bovendien hebben niet-westerse migranten minder het idee dat zij zelf een rol kunnen spelen bij het verminderen of voorkómen van bijvoorbeeld opgroei- en gezondheidsproblemen. Ze zijn minder snel geneigd te zoeken naar ondersteuning bij de opvoeding, doordat ze de oorzaken van de problemen buiten zichzelf leggen. Tegelijkertijd doen ze hierdoor wel vaker een beroep op de huisarts, voor onderzoek en medicijnen.

Wanneer migranten problemen wel signaleren, is er vaak nog een andere drempel. Vooral bij niet-westerse migrantenouders is het

uitkomen voor opvoedproblemen vaak niet vanzelfsprekend, wat relevant is voor het gebruik van opvoedingsondersteuning en het speciaal onderwijs. Schaamte is daarbij een belangrijke factor. Bij het bezoek aan de huisarts speelt schaamte minder een rol; volgens de geïnterviewde deskundigen rust er vooral een taboe op psychosociale problemen.

#### *Negatievere kijk op voorzieningen*

De onderzoeksliteratuur en geïnterviewde deskundigen wijzen erop dat migranten niet altijd positief oordelen over voorzieningen (Kalthoff, 2009; Naber en anderen, 2009). Wat betreft opvoedingsondersteuning heerst bij een deel van de migranten een zeker wantrouwen en een negatief beeld van zorgverleners. Ze zijn bijvoorbeeld bang niet goed begrepen te worden en onder druk gezet te worden om te ‘vernederlandsen’. Tevens speelt er angst voor verre gaande consequenties van vragen om hulp: een deel van de migrantenouders vreest dat hun kinderen worden afgenomen wanneer ze uitkomen voor hun opvoedproblemen.

Onder sommige migrantenouders bestaat het idee dat het speciaal onderwijs bedoeld is voor ‘gekken’, en dat deelname eraan de kans op een gedegen opleiding vermindert – dat laatste idee hebben ze niet geheel ten onrechte.

Op het gebied van anticonceptie blijkt uit de analyses in *Naar Hollands gebruik?* dat niet-westerse migrantenjongeren afwijzender tegenover condoomgebruik staan dan autochtone Nederlanders. Zo vindt 20 procent van de Surinaams- en Antilliaans-Nederlandse jongeren dat het net is alsof je je partner niet vertrouwt als je met een condoom wilt vrijen, tegenover 6 procent van de autochtone Nederlandse jongeren.

### **Hulp is soms niet toegankelijk**

Niet alleen is hulp soms niet gewenst, het kan ook moeilijk, zo niet onmogelijk, zijn om gebruik te maken van beschikbare voorzieningen.

#### *Hulp zoeken is moeilijk*

Hulp zoeken vraagt meestal veel van hulpbehoevende kinderen, jongeren en hun ouders. Zo worden ouders veelal geacht het initiatief te nemen tot het zoeken van hulp bij de opvoeding, en spelen zij een belangrijke rol bij een eventuele verwijzing naar het speciaal onderwijs. Een deel van de migrantenouders weet echter niet dat zij

bij opvoedvragen en -problemen een beroep kunnen doen op formele opvoedingsondersteuning, en dat kinderen die niet kunnen meekomen in het reguliere onderwijs gebruik kunnen maken van speciaal onderwijs. En als ze al weten dat hulp mogelijk is, is voor hen vaak onduidelijk welke voorzieningen er precies zijn en zijn procedures soms te ingewikkeld (Van Dijk en anderen, 2007; interviews *Naar Hollands gebruik?*).

Ook een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal belemmert een deel van de migranten in het contact met beroepskrachten, aldus de geïnterviewde experts. Vooral het gebruik van vaktermen en moeilijke formuleringen kan een probleem vormen. Procedures voor een verwijzing naar het speciaal onderwijs worden extra ingewikkeld door taalproblemen. Ook wijst eerder onderzoek erop dat migrantenouders die gebruik willen maken van opvoedingsondersteuning buitengesloten kunnen worden doordat ze de benodigde formulieren niet kunnen invullen (Bekkema, 2007).

#### *Hulp sluit niet goed aan*

Wat opvoedingsondersteuning betreft, wijzen verschillende bronnen op een gebrek aan diversiteitsgevoeligheid van instanties. Reguliere instanties zijn geneigd zich te richten op een groep die niet te ver afwijkt van het gemiddelde en besteden in hun beleid vaak weinig aandacht aan culturele diversiteit. Veel instellingen worden dan ook gezien als ‘witte’ instanties die niet voor migranten bedoeld zijn (Distelbrink, 2009; Ince en Van den Berg, 2009; Pels en anderen, 2009; Vos, 2010).

Het gebrek aan diversiteitsgevoeligheid is terug te zien in de geboden ondersteuning. Zo sluiten opvoedvaardigheden die in het reguliere aanbod centraal staan, zoals belonen, negeren en overleggen, vaak niet aan bij de belevingswereld van migranten. Bovendien krijgen specifieke vragen van migrantenouders veelal weinig gehoor, bijvoorbeeld vragen over discriminatie, de religieuze opvoeding en het rijmen van de ‘eigen’ normen en waarden met de in Nederland meer gangbare moraal.

Ook in de spreekkamer van de huisarts sluit de hulp niet altijd aan. Zo zijn veel niet-westerse migranten gewend aan artsen die standaard veel medicijnen voorschrijven, terwijl die binnen het Nederlandse zorgsysteem minder snel worden gegeven. Daarnaast stellen huisartsen – overwegend autochtone Nederlanders – vaak open en reflecterende vragen, terwijl mensen uit andere culturen het minder gewend zijn op dusdanige manier naar zichzelf te kijken (interviews *Naar Hollands gebruik?*; Vermeer 2006).

### *Problemen met diagnostiek*

Meetinstrumenten die gebruikt worden om kinderen te testen, bijvoorbeeld bij een verwijzing naar het speciaal onderwijs, zijn doorgaans gebaseerd op westerse uitgangspunten. Ze kunnen niet vanzelfsprekend probleemloos toegepast worden bij kinderen met een niet-westerse achtergrond. Zo hebben leerlingen met een andere moedertaal over het algemeen een hogere kans om slechter te scoren op IQ-tests dan leerlingen met het Nederlands als moedertaal (Karsten en anderen, 2008; Rietveld, 2009).

Ook het vaststellen van gedragsstoornissen bij de migrantenjeugd verloopt niet vlekkeloos, wat vooral relevant is voor het cluster-4-onderwijs. Gedragsstoornissen worden bij hen relatief vaak niet gediagnosticeerd. Dat heeft enerzijds te maken met schaamtegevoelens en ondersignalering van gedragsproblemen bij migrantenouders. Anderzijds spelen beroepskrachten een rol: hulpverleners kunnen door onjuiste of onvolledige informatie niet tot de juiste diagnose komen, en het is volgens geïnterviewde deskundigen voor leerkrachten lastiger om in te schatten wanneer er bij niet-westerse migrantenleerlingen sprake is van een stoornis (Vermaas en anderen, 2009; Zwirs, 2006).

### **Drempels verlagen**

Al met al komt het gebruik van voorzieningen door niet-westerse migranten vaak niet overeen met de omvang van problemen. Om dat te veranderen, moeten barrières worden weggenomen. Het verlagen van de drempels kan het bereik van algemene voorzieningen vergroten, en daarmee de kans verhogen op een goede ontwikkeling voor alle kinderen en jongeren in Nederland, ongeacht hun culturele achtergrond.

Op diverse vlakken wordt actie ondernomen om de drempels te verlagen. Zo moet er eind 2011 in elke Nederlandse gemeente een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) gerealiseerd zijn, waar het aanbod van opvoedingsondersteuning van diverse instanties wordt samengebracht. Een zogenaamde handreiking voor CJG's besteedt aandacht aan interculturalisatie, om een groter bereik onder niet-westerse migranten te bewerkstelligen (Sproet en Smulders 2009).

De laatste jaren ontstaan ook laagdrempelige initiatieven vanuit de eigen kring, zoals opvoedingsondersteuning door migrantenzelforganisaties, die beter aansluiten bij de behoeften en wensen van migrantenouders. De aanwezige deskundigheid is echter niet altijd toereikend om goede ondersteuning te bieden, en ook de aansluiting

op het reguliere aanbod schiet soms tekort (Distelbrink 2009; Pels en anderen, 2009). Binnen het ZonMW-programma Diversiteit in het jeugdbeleid wordt door middel van onderzoek, ontwikkeling en lokale initiatieven gewerkt aan verbetering van het aanbod voor, en het bereik van migranten.

Ook in de gezondheidszorg wordt aandacht besteed aan culturele diversiteit. Het Nederlands Huisartsen Genootschap biedt bijvoorbeeld interculturele competentietrainingen voor huisartsen aan (interview *Naar Hollands gebruik?*).

Ondanks dergelijke initiatieven is het probleem van het slechte bereik onder niet-westerse migranten nog niet opgelost. Er is meer beleidsaandacht nodig op dit terrein.

Dit artikel is gebaseerd op het rapport *Naar Hollands gebruik?*

Broek, A. van den, Kleijnen, E. & Keuzenkamp, S. (2010). *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau. Te downloaden en te bestellen via [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

Dit artikel is, net als de andere artikelen in dit nummer, gratis te downloaden via [www.jeugdenco.nl](http://www.jeugdenco.nl) > Kennis > jaargang 2011 > No 1/2011.

## Verder lezen

Bekkema, N. (2007). *Opvoedingsondersteuning aan allochtone gezinnen*. Leiden, TNO Preventie en Zorg.

Berg, G. van den (2010). Interventies houden geen rekening met culturele verschillen. *Jeugd en Co Kennis*, jaargang 4, nummer 2, pagina 8-17.

Bucx, F. (2009). De leefsituatie van kinderen en jongeren met een niet-westerse achtergrond. In: Gijsberts, M. & Dagevos, J. (red.), *Jaarrapport integratie 2009*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.

CBS (2009). *Jaarrapport 2009. Landelijke Jeugdmonitor*. Den Haag/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek.

Crone, M., Wiefferink, K. & Reijneveld, M. (2005). Psychosociale gezondheid van kinderen. In: Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (red.), *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden, Sociaal en Cultureel Planbureau/TNO Kwaliteit van Leven.

- Dijk, B. van, Slabbèrtje, A. & Maarschalkerweerd, A. (2007). *Koersen op het kind. Groeistuipe in het speciaal onderwijs*. Den Haag, Projectbureau Operatie Jong.
- Dijk, H. van & Tellegen, P.J. (2004). *Nederlandse Intelligentietest voor Onderwijsniveau. Handeling en verantwoording. De NIO en schoolkeuze*. Amsterdam, Boom test uitgevers.
- Distelbrink, M. (2009). *Ondersteuning van opvoeders in Amsterdam Noord, Slotervaart en Zuidoost: praktijk, beleid en migrantenorganisaties. Inventarisatie voor de kenniswerkplaats Tienplus*. Utrecht, Verwey- Jonker Instituut.
- Gijsberts, M. & Herweijer, L. (2009). Onderwijs en opleidingsniveau. In: Gijsberts, M. & Dagevos, J. (red.), *Jaarrapport integratie 2009*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Graaf, H. de, Meijer, S, Poelman, J. & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005*. Delft, Eburon.
- Ince, D. & Berg, G. van den (2009). *Overzichtsstudie interventies voor migrantenjeugd. Ontwikkelingsstimulering, preventie en vroeghulp*. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- Jeugdgezondheid (2010). Astma, Constitutioneel eczeem, Diabetes, Overgewicht en Schizofrenie. Geraadpleegd 6 mei 2010 via Nationaal Kompas Volksgezondheid, [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl).
- Jong, W. de, Rijk, A. de & Schreven, L. (2010). *Opgroeien in diversiteit. Beschrijving van de nulmeting van de Monitor Diversiteit in het Jeugdbeleid*. Den Haag/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Kalthoff, H. (2009). Opvoedingsondersteuning aan migrantengezinnen schiet tekort. *Jeugd en Co Kennis*, jaargang 3, nummer 4, pagina 8-18.
- Karsten, S., Schooten, E. van & Blok, H. (2008). *Achterblijven in Amsterdam? Verslag van het onderzoek naar de leerlingen met een lwoo- en Pro-verwijzing*. Amsterdam, SCO-Kohnstamm Instituut.
- Kruijer, H., Lee, L. van & Wijsen, C. (2009). *Landelijke Abortus Registratie 2008*. Utrecht, Rutgers Nisso Groep.
- Naber, P., Bijvoets, M. & Heerebeek, M. van (2009). *Ontwikkeling en opvoeding van migrantenjeugd in Amsterdam. Gesprekken met tieners en ouders in Slotervaart, Zuidoost en Noord. Deelproject van de kenniswerkplaats Amsterdam Inclusief 10+ in het kader van Diversiteit in het Jeugdbeleid*. Amsterdam, Kenniskring Leefwerelden van Jeugd.
- 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.
- Rietveld, L. (2009). *Toepasbaarheid van meetinstrumenten bij allochtone kinderen en hun ouders*. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut.
- Rouvoet, A., & Vogelaar, E. (2008). *Brief Diversiteit in het Jeugdbeleid*. Den Haag, ministerie van Jeugd en Gezin.
- Smeets, E., Driessen, G., Elfering, S. & Hovius, M. (2009). *Allochtone leerlingen en speciale onderwijsvoorzieningen*. Nijmegen, ITS.
- Sproet, M. & Smulders, E. (2009). *Handreiking. De interculturalisatie van het Centrum voor Jeugd en Gezin. Inspiratie door en voor gemeenten*. Utrecht, Pharos.

- Vermaas, J. , Pluijm, J. van der, Weener, R. & Keesenberg, H. (2009). *Een punt van zorg. Allochtone leerlingen in het speciaal onderwijs*. Utrecht, FORUM.
- Vliet, K. van, Gruijter, M. de & Bulsink, D. (2009). *Healthy Inclusion. Perspectieven van aanbieders op deelname van allochtonen aan gezondheidsbevordering in Nederland*. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut.
- Vos, R. (2010). *Het interculturele CJG. Gastvrij, praatpaal, vraagbaak, wijze, raadgever, cultureel sensitief, vertrouwenspersoon, 'om de hoek'*. Utrecht, Pharos.
- Waelput, A.J.M. & Achterberg, P.W. (2007). *Kinderwens van consanguïne ouders: risico's en erfelijkheidsvoorlichting*. Bilthoven, RIVM.
- Zwirs, B.W.C. (2006). *Externalizing disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands* (proefschrift). Utrecht, Universiteit Utrecht.
- 

**Angela van den Broek** (aem.van.den.broek@scp.nl) en **Ellen Kleijnen**

(e.kleijnen@scp.nl) zijn hoofdauteurs van het rapport *Naar Hollands gebruik?*. Zij werken bij de onderzoeksgroep Emancipatie, Jeugd en Gezin van het Sociaal en Cultureel Planbureau.