



# **VoorZorg, naar een meer selectieve interventie voor regionale en etnische subgroepen**

**Anne-Eva van der Mark**



# **VoorZorg, naar een meer selectieve interventie voor regionale en etnische subgroepen**

Master thesis  
Universiteit van Utrecht  
Faculteit Sociale Wetenschappen  
Master Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken  
september 2012 – juni 2013

Auteur: Anne-Eva van der Mark  
Studentgegevens: 3644456  
a.r.vandermark@students.uu.nl

Eerste beoordelaar: Dr. Cathy van Tuijl  
Tweede beoordelaar: Dr. Monique van Londen  
Begeleider VUmc: Dr. Silvia van den Heijkant

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to investigate whether the relation between the intervention project ‘VoorZorg’ and the effectiveness of this project was moderated by ethnicity and urbanization. The goal is to determine whether the intervention should be adjusted for specific subgroups. This research includes a sample of nine ‘VoorZorg’ nurses working in rural and urban areas and 460 mothers participating in a RCT who are eligible for the effect study from the VUmc. In the quantitative study ethnicity did not moderate the relation between the intervention and the effect whereas urbanisation showed a weak moderating effect on this relationship. However, interviews in the qualitative study showed discrepancies between ethnic target groups and the level of urbanisation. These differences are mostly related to parenting, mothers’ existing care system, the use of social welfare facilities and the target group. The large number of missing values is a restriction in this study. Future directions for research are discussed. *Keywords:* program effectiveness, moderation, ethnicity, urbanization.

## **SAMENVATTING**

In deze studie is onderzocht in hoeverre de relatie tussen de interventie VoorZorg en de effectiviteit van dit programma wordt gemodereerd door etniciteit en verstedelijking. Het algehele doel is te kunnen concluderen of het VoorZorg programma aangepast dient te worden voor specifieke subgroepen. De steekproef bestond uit negen VoorZorgverpleegkundigen werkzaam in stedelijke- en landelijke gebieden en 460 moeders participierend in een RCT van het VUmc waarvan 237 vrouwen het programma volgden. Uit de kwantitatieve deelstudie bleek dat er geen significant modererend effect is van etniciteit en een matig modererend effect van verstedelijking op de relatie tussen de interventie VoorZorg en de effectiviteit van het programma. Wel werden vanuit de afgenomen interviews uit het kwalitatieve deelstudie verschillen gerapporteerd tussen etnische doelgroepen en de mate van verstedelijking. Deze verschillen hebben met name betrekking op de opvoeding, het sociale netwerk van de moeder, het gebruik maken van sociale welzijnsvoorzieningen en de doelgroep. Het ontbreken van data binnen de bestaande effectstudie is een beperking in huidig onderzoek. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden besproken. *Kernwoorden:* programma effectiviteit, moderatie, etniciteit, urbanisatie.

## **1 INTRODUCTIE**

VoorZorg is een programma ter ondersteuning van gezinnen met veel risico's op opvoedingsproblemen. Doel van VoorZorg is het vergroten van de gezondheid en ontwikkelingskansen van zowel de moeders als van de kinderen. De interventie is gericht op het voorkomen van kindermishandeling bij ouders van jonge kinderen in risicosituaties door middel van een huisbezoekprogramma (Prinsen & Oudhof, 2007). Het is een preventieve interventie die voortkomt uit de Amerikaanse interventie Nurse Family Partnership (NFP) (Olds, Henderson, Tatelbaum, & Chamberlin, 1986). Vanuit dit programma is er een vertaalslag gemaakt naar de Nederlandse taal, gezondheidszorgsysteem en situatie (Prinsen & Oudhof, 2007). NFP is oorspronkelijk ontwikkeld door Olds als preventie van een groot aantal gezondheidsproblemen bij moeder en kind, door het gedrag van ouders en de ondersteuning vanuit de omgeving te verbeteren (Olds, 2002). De doelen van deze interventie zijn: 1) het verbeteren van zwangerschap- en geboorteresultaten voor moeder en kind, 2) het verbeteren van de gezondheid en de ontwikkeling van het kind en 3) het verbeteren van de persoonlijke ontwikkeling en de kansen op opleiding en werk van de moeder zodat zij meer kan betekenen voor haar kind. Het programma richt zich dan ook op jonge vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind, die geen adequate ondersteuning hebben, een lage opleiding en weinig geld tot hun beschikking hebben, die verwaarloosd of mishandeld zijn en/of die een psychiatrische stoornis hebben en/of verslaafd zijn (Prinsen & Oudhof, 2007). De doelgroep kan omschreven worden als hoogrisico (aanstaande) moeders. Gemiddeld komt 0,5-1,0% van het totaal aantal geboortes per gemeente in Nederland in aanmerking voor deze interventie (VoorZorg, 2012). De onderliggende theorieën van VoorZorg zijn: de eigen-effectiviteits theorie van Bandura, het ecologische model van Bronfenbrenner en de hechtingstheorie van Bowlby (Olds, 2002). De interventie NFP is één van de beste bewezen effectieve interventies ter wereld ten aanzien van het voorkomen van ernstige opgroei- en opvoedproblemen en kindermishandeling (Eckenrode, Campa, Luckey, Henderson, Cole, Kitzman et al., 2010; Mejdoubi, Van den Heijkant, Struijff, Van Leerdam, HiraSing, & Crijne, 2011). In de Verenigde Staten worden de grootste voordelen vanuit het huisbezoekprogramma behaald bij gezinnen met de meeste risico's (Olds et al., 1986).

## **2 THEORETISCH KADER**

### **2.1 VoorZorg in Nederland**

In 2007 is er vanuit het VU medisch centrum (VUmc) een onderzoek gestart naar de effectiviteit van VoorZorg in Nederland (Mejdoubi et al., 2011). Met behulp van een Randomised Controlled Trial (RCT) is een steekproef van 460 moeders getrokken waarbij gestreefd is naar representativiteit van de doelgroep. Uit deze effectstudie komen positieve onderzoeksresultaten naar voren (VoorZorg, 2012). Als eerst neemt het roken gedurende de zwangerschap af en roken moeders

uit de interventiegroep bij geboorte van het kind 50% minder dan de moeders uit de controlegroep. Daarnaast blijkt uit zelfrapportages van de moeders dat de interventiegroep niet rookt waar hun kind bij is in tegenstelling tot de controlegroep. Ook geven moeders hun kind op de leeftijd van zes maanden significant vaker borstvoeding. Tot slot neemt het huiselijk geweld af, ook als er gekeken wordt naar de langere termijn. Binnen de afname van huiselijk geweld valt zowel het slachtoffer zijn van seksueel geweld gedurende de zwangerschap als het zelf inzetten van huiselijk geweld. Deze eerste resultaten uit de effectstudie laten zien dat VoorZorg in staat is verandering in de leefwijze van deze hoogrisico doelgroep aan te brengen. In vergelijking met de longitudinale effectstudies die hebben plaatsgevonden in de Verenigde Staten, zijn de voorgaande Nederlandse resultaten veelbelovend.

## **2.2 Risico-cumulatie**

Verschillende empirische studies hebben uitgewezen dat factoren als kindermishandeling, ontwrichtingen in het gezin, armoede en stress een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van het kind (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards et al., 1998; MacKenzie, Kotch, Lee, Augsberger, & Hutto, 2011). Binnen de gezinsituaties van de doelgroep hoogrisico moeders is er zelden sprake van één risicofactor, maar stapelen risicofactoren zich op. Bij een tekort aan beschermende factoren leidt juist deze opeenstapeling van risicofactoren tot negatievere sociaal-emotionele, fysieke en cognitieve resultaten bij het kind. Zowel tijdens de kindertijd als in de verdere levensloop (Ackerman, Brown, & Izard, 2004; Appleyard, Egeland, Van Dulmen, & Sroufe, 2005; MacKenzie et al., 2011; Rutter, 1979). Op deze onderzoeksresultaten vullen Lucio, Rapp-Paglicci & Rowe (2011) vanuit hun longitudinale studie aan dat de cumulatie van risicofactoren ook verantwoordelijk is voor het academisch falen bij deze risicokinderen. Appleyard en collega's (2005) noemen dit ook wel de 'cumulatie hypothese'. Zij vonden bewijs van een lineair verband: hoe meer blootstelling aan risico's binnen de omgeving waarin het kind opgroeit, des te slechter de uitkomsten van de ontwikkeling van het kind. Hieruit kan afgeleid worden dat juist de cumulatie van risicofactoren bij kinderen zoals armoede, sociale instabiliteit en een slechte kwaliteit van de leefomgeving, zorgt voor een zwakkere cognitieve- en een negatieve psychosociale ontwikkeling (Ayoub, O'Conner, Rappoly-Schlichtmann, Vallotton, Raikes, & Chazan-Cohen, 2009; Fantuzzo, LeBoeuf, Rouse, & Chen, 2012; Gutman, Sameroff, & Cole, 2003; Rouse & Fantuzzo, 2009; Swanson, Valiente, & Lemery-Chalfant, 2012; Werner, 1993; Whipple, Evans, & Maxwell, 2010). De zojuist genoemde onderzoeksresultaten ondersteunen de noodzaak voor het aanbieden van preventieve en vroege interventies bij deze risicokinderen.

## **2.3 Beschermende factoren**

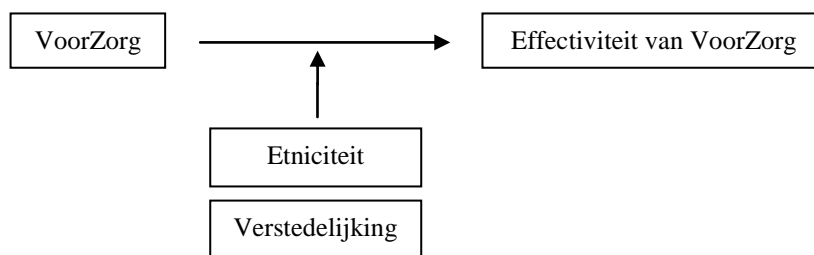
Sommige risicokinderen ontwikkelen zich wel succesvol terwijl zij opgroeien in een hoogrisico omgeving waarin beschermende factoren schaars zijn. Masten en Coatsworth (1998) laten

binnen hun studie naar veerkracht van kinderen zien, dat de verwachte negatieve ontwikkelingen niet bij elk kind zichtbaar worden. Deze succesvolle kinderen maken ons erop attent dat individuele verschillen (zoals de intelligentie van een kind) en de verschillende contexten (binnen de leefomgevingen van het kind zoals in de familie, school en vriendengroepen) een rol spelen (Werner, 1993). Elke context is een potentiële bron van beschermende factoren, maar ook van risicofactoren (Masten, 2001; Masten & Coatsworth, 1998; Werner, 1993). Hierbij maakt Bronfenbrenner (1986) de kanttekening: hoe proximaler de context des te meer invloed het heeft op de ontwikkeling van het kind. Belangrijke systemen die bescherming bieden ten aanzien van de ontwikkeling van de eigen competentie zijn de systemen zich manifesteren in de kwaliteit van ouder-kind interactie, gehechtheid, relaties, cognitie en in de zelfregulatie van het kind (Masten & Coatsworth, 1998). Met name het gedrag van de ouder neemt een essentiële rol in binnen de bronnen, de kansen en de veerkracht van het kind (Masten & Coatsworth, 1998).

Geconcludeerd kan worden dat preventieve interventies volgens de theorieën over veerkracht, de focus moeten leggen op zowel vermindering van de problemen (risicofactoren) als het versterken van de beschermende factoren: zo kunnen kinderen gestimuleerd worden in hun ontwikkeling (Luthar & Cicchetti, 2000; Masten, 2001; Masten & Coatsworth, 1998).

## 2.4 Modererende invloeden

Een modererende variabele wordt door Baron en Kenny (1986) gedefinieerd als een tweede onafhankelijke variabele waarvan wordt verondersteld dat deze een significante bijdrage levert aan de relatie tussen de onafhankelijke- en afhankelijke variabelen. Etniciteit en verstedelijking zijn binnen deze studie de modererende variabelen.



*Figuur 1: Conceptueel model van moderatie*

De onafhankelijke variabele VoorZorg kan binnen dit conceptuele model geoperationaliseerd worden naar een cultureel (aan de Nederlandse situatie) aangepaste versie van NFP die voornamelijk ontwikkeld is om kindermisbruik te voorkomen onder hoogrisico (zwangere) vrouwen. Binnen deze variabele wordt er onderscheid gemaakt tussen de controle- en de interventiegroep. Onder de effectiviteit van VoorZorg, de afhankelijke variabele binnen het conceptuele model, worden de volgende variabelen afgemeten aan de moederkenmerken: 1) angst, 2) depressie, 3) borstvoeding, 4) roken, 5) huiselijk geweld en 6) gebruik maken van sociale welzijnsorganisaties. De moderatorvariabele etniciteit wordt hierbij onderverdeeld in vier groepen: 1) Nederlands, 2)

Surinaams/Antilliaans, 3) Turks/Marokkaans en 4) anders. Tot slot vallen 1) stedelijk gebieden en 2) landelijke gebieden onder de moderatorvariabele verstedelijking.

## **2.5 Etniciteit**

De oorspronkelijke veronderstelling van het NFP is dat het gebruikt kan worden binnen alle etnische groeperingen in de samenleving (Olds et al., 1986). Echter, praktijkervaringen van (Nederlandse) VoorZorgverpleegkundigen (VZverpleegkundigen) wijzen erop dat culturele verschillen kunnen leiden tot verschil in de effectiviteit van de interventie VoorZorg. Ook komt uit onderzoeksresultaten van het VUmc naar voren dat er verschillen zijn aangetroffen tussen de etnische groepen wat betreft opvoedingsstrategieën binnen het gezin. Er kunnen andere opvoedingsdoelen worden nagestreefd (gehoorzaamheid vs. autonomie) en andere middelen worden gebruikt (fysieke straf vs. overreding). De eerdere RCT's laten daarnaast opvallende cijfers zien rondom de verschillende etniciteiten van de moeders. Voorbeeld hiervan is het hogere percentage depressieve niet-Nederlandse moeders gedurende de zwangerschap in vergelijking met de groep depressieve Nederlandse moeders (25 % vs. 11%). Echter, meer analyses zijn nodig om zicht te krijgen of een betere afgestemde implementatie van de interventie binnen deze etnische subgroepen nodig is.

De ecologische context waarin gezinnen leven en de culturele achtergronden van ouders vormen de context waarin het socialisatie proces plaatsvindt (Varela, Vernberg, Sanchez-Sosa, Riverdos, Mitchell, & Mashunkashey, 2004). De opvattingen van ouders over hun doelen en methoden van opvoeden verschillen naar sociale klasse, etniciteit en cultuur (Eldering, 2011). Uit onderzoek is dan ook gebleken dat in de veel gebruikte ouderschapspraktijken (opvoedstijl, verzorging en voeding) verschillen zichtbaar zijn binnen etnische groeperingen (Eldering, 2011; Julian, McKenry, & McKelvey, 1994). Echter zijn de theorieën achter gezinsinterventies voornamelijk gebaseerd op westerse gezinnen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van theoretische raamwerken die ontwikkeld zijn vanuit westerse (Europese en Amerikaanse) perspectieven op de ontwikkeling van het kind (Yasui & Dishin, 2007). Weinig aandacht gaat uit naar andere etnische groepen.

Binnen onderzoek waar gekeken is of etniciteit een modererend effect heeft op de uiteindelijke resultaten van preventieve (gedrags)interventies, komen tegenstrijdige resultaten naar voren. Deze zichtbare verdeling komt voort uit het feit dat er maar beperkte onderzoeksresultaten uit het preventieve onderzoeksveld beschikbaar zijn. Jones, Epstein, Hinshaw, Owens, Chi, Arnold en collega's (2009) en Kauffman, Conroy, Gardner en Oswald (2008) geven aan geen empirisch bewijs te hebben gevonden dat een interventie cultureel sensitief moet zijn. Deze bevindingen sluiten aan bij de universele culturele hypothese die concludeert dat hetzelfde programma voor elke deelnemer gevolgd moet worden (Bernal, Bonilla, & Bellido, 1995). Ook Olds sluit met de interventie NFP op deze hypothese aan door een standaardprogramma te hebben ontwikkeld die gebruikt wordt bij alle etnische (sub)groepen in de samenleving van de VS. Hier tegenoverstaand suggereert de hypothese van culturele aanpassingsvermogen echter dat een behandeling effectiever is als het aangepast wordt aan

de culturele patronen van de deelnemer (Bernal et al., 1995). Culturele aanpassing verwijst hierbij naar wijzigingen in een programma waardoor het programma cultureel gevoelig en op maat gesneden is voor visies en tradities van (andere) culturele groepen (Kumpfer, Alvarado, Smith, & Bellamy, 2002). Interventies waarbij rekening gehouden wordt met de culturele context waarin de behandeling wordt aangeboden zijn cultureel sensitief en volgens verscheidende onderzoekers essentieel binnen het preventieve- en interventieveld. Onderzoeksresultaten suggereren namelijk dat een meer cultureel responsieve interventie uiteindelijk positievere uitkomsten laten zien (Bernal et al., 1995; Bernal & Saez-Santiago, 2006; Dumas, Rollock, Prinz, Hops, & Blechman, 1999; Forehand & Kotchick, 1996; González Castro, Barrera, & Martinez, 2004). Daarop volgend impliceren Forehand en Kotchick (1996) dat zonder bewust te zijn van de waarde en invloeden van een cultuur op de ouder, pogingen om opvoedondersteuningsprogramma's te implementeren bij deze subgroepen zullen falen. Echter kan hieraan een kritische kanttekening worden geplaatst. Kumpfer en collega's (2002) laten namelijk binnen hun studie zien dat deelnemers door de culturele aanpassingen binnen het programma op opvoedniveau hogere resultaten boeken, maar dat deze werkelijke vooruitgang maar minimaal is. Culturele aanpassingen kunnen namelijk de consequentie hebben dat er een verminderende dosering plaatsvindt van de elementen van de interventie; eliminatie van belangrijke hoofdpunten van de interventie kan toenemen tot 40%.

Geconcludeerd kan worden dat onderzoek naar het modererend effect van etniciteit op de effectiviteit van een preventieve interventie tegenstrijdige resultaten laten zien. Aan de ene kant zijn er studies die aantonen dat het niet nodig is om een interventie aan te passen aan etniciteit (hypothese van culturele aanpassingsvermogen plus er zijn aanwijzingen dat delen van de interventie verloren gaan bij aanpassing naar etniciteit). Aan de andere kant wordt binnen de literatuur geattendeerd op het feit dat culturele diversiteit een steeds meer voorkomend fenomeen is binnen de maatschappij, waardoor onderzoek omtrent dit onderwerp in het (preventieve) interventie veld juist essentieel is (Yasui & Dishin, 2007).

## **2.6 Verstedelijking**

Bestaande RCT resultaten van het VUmc en praktijkervaringen van de VZverpleegkundigen suggereren dat verstedelijking van invloed is op het programma van VoorZorg. Onder andere lijken de problemen van deelnemers uit de steden complexer te zijn dan de problemen van deelnemers op het platteland.

Vooralsnog ontbreekt het echter aan empirische onderzoeksresultaten en algemene aannames over het modererende effect van verstedelijking op algehele preventieve (gedrags)interventies. De aanname dat een omgeving invloed heeft op (het ontwikkelen van) kindermishandeling wordt echter wel door verschillende studies onderbouwd (Coulton, Crampton, Irwin, Spilsbury, & Korbin, 2007; Coulton, Korbin, Su, & Chow, 1995; Garbarino & Kostelny, 1992; Spearly & Lauderdale, 1983). Daarnaast zijn er onderzoeksresultaten beschikbaar over de verschillen binnen de risicofactoren van



kindermishandeling tussen stedelijke- en landelijke gebieden. Incidentie cijfers van kindermishandeling in de Verenigde Staten laten zien dat kinderen die opgroeien in stedelijke gebieden significant meer kans hebben om mishandeld te worden (Cappelleri, Eckenrode, & Powers, 1993; Coulton et al., 1995; Spearly & Lauderdale, 1983). Uit onderzoeksresultaten van Wagenaar-Fischer, Heerdink-Obenhuijsen, Kamphuis en De Wilde (2010) blijken deze verhoogde incidentiecijfers onder andere voort te komen uit het feit dat gezinnen dichter op elkaar moeten leven. Dit leidt tot stress en spanningen en mogelijk tot meer kindermishandeling. Een andere verklaring kan worden gezocht in het verschil waarop de structuur van het sociale leven binnen deze gebieden wordt vormgegeven. De hulpbronnen, relaties en toegang tot de gezondheidszorg (hierbij kan gedacht worden aan de toegankelijkheid om kindermishandeling te melden) worden anders gekenmerkt (Coulton et al., 2007; Weissman, Jogerst, & Dawson, 2003). Ook blijkt uit onderzoek dat met name armoede zich in (moderne) stedelijke gebieden concentreert. Waarbij deze lage sociale economische status (SES) een risicofactor voor kindermishandeling blijkt te zijn (Cappelleri et al., 1993; Coulton, Korbin, & Su, 1999; Garbarino & Kostelny, 1992). Bovenstaande bevindingen komen overeen met een groeiende hoeveelheid studies die impliceren dat het opvoeden van kinderen in arme, onstabiele en geïsoleerde wijken voor meer uitdagingen bij ouders zorgt (Coulton et al., 2007; Coulton et al., 1999). Ouderschap wordt bemoeilijkt door het gebrek aan toegang tot middelen, sociale controle en steun vanuit de omgeving (Coulton et al., 2007; Spearly & Lauderdale, 1983). De link tussen kindermishandeling en sociale isolatie is hierbij significant (Garbarino & Kostelny, 1992; Vinson, Baldery, & Hartgreaves, 1996). Aanvullend concluderen Coulton en collega's (1995) en Vinson en collega's (1996) dat ouders met dit ouderlijke gedrag een minimale en zwakkere relatie met hun buurt laten zien, terwijl juist sociale steun als beschermende factor kan dienen. Sociale netwerken bieden namelijk bescherming tegen de effecten van stress en verlenen de mogelijkheid tot het geven van emotionele- en instrumentele steun (Coulton et al., 1999; Garbarino & Kostelny, 1992; Vinson et al., 1996). De grootste stressfactor komt hierbij voort uit de eerder genoemde lage SES waarmee deze hoogrisico gezinnen doorgaans kampen.

Tot slot kan bij bovenstaande onderzoeksresultaten de kanttekening worden geplaatst dat naast de onderliggende theorieën over de verscheidende risicofactoren van kindermishandeling (gebrek aan sociale controle, sociale cohesie, sociale hulpbronnen en steun), deze hoogrisico moeders vaak gedwongen worden om, of de neiging hebben in, arme en onstabiele buurten te gaan wonen (Coulton et al., 1999; Spearly & Lauderdale, 1983).

## **2.7 Probleemstelling**

Uit de resultaten van de effectstudie van het VUmc en de praktijkervaringen van VZverpleegkundigen kan afgeleid worden dat VoorZorg eventueel moet inspelen op de diversiteit die veroorzaakt wordt door etniciteit en verstedelijking. Binnen deze studie wordt onderzocht of de etnische en regionale verschillen tussen moeders van invloed zijn op de effectiviteit van VoorZorg. In

de kwalitatieve deelstudie staat de vraag centraal of de VZverpleegkundigen verschillen zien tussen moeders uit de verschillende etnische groepen en moeders uit de stedelijke gebieden vs. landelijke gebieden. In de kwantitatieve deelstudie wordt op basis van beschikbare data over de effectiviteit van VoorZorg nagegaan of etniciteit en urbanisatie een significant modererende invloed hebben. Dit met als algeheel doel te kunnen concluderen of het VoorZorg programma in Nederland aangepast dient te worden ten aanzien van specifieke subgroepen. Bovenstaande heeft geleid tot de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat voor verschillen rapporteren VZverpleegkundigen tussen etnische doelgroepen en de mate van verstedelijking?
2. Is er een (significant) modererend effect van verstedelijking (stad versus platteland) op de effectiviteit van VoorZorg?
3. Is er een (significant) modererend effect van etniciteit op de effectiviteit van VoorZorg?

Hierbij zijn vanuit de aanname en empirische bevindingen van Olds (2002) over de interventie NFP de volgende hypothesen geformuleerd:  $H_0$ : Er wordt geen verschil gerapporteerd door VZverpleegkundigen binnen etnische doelgroepen en de mate van verstedelijking,  $H_0$ : Er is geen (significant) modererend effect van verstedelijking op de effectiviteit van VoorZorg en  $H_0$ : Er is geen (significant) modererend effect van etniciteit op de effectiviteit van VoorZorg. De volgende alternatieve hypothesen zijn opgesteld:  $H_1$ : Er worden verschillen gerapporteerd door VZverpleegkundigen binnen de etnische doelgroepen en de mate van verstedelijking,  $H_2$ : Er is een (significant) modererend effect van verstedelijking op de effectiviteit van VoorZorg en  $H_3$ : Er is een (significant) modererend effect van etniciteit op de effectiviteit van VoorZorg.

### **3 METHODENSECTIE**

#### **3.1 Onderzoeksdesign**

Het huidige onderzoek bestond uit twee deelstudies: 1) een kwalitatieve studie; de negen verdiepende interviews met de VZverpleegkundigen en 2) een kwantitatieve studie; het analyseren van bestaande data uit de longitudinale effectstudie naar de interventie VoorZorg van het VUmc. Het onderzoeksdesign betrof een zogenoemd ‘mixed methods’ onderzoek. De deelstudies tezamen hebben geleid tot een antwoord op de onderzoeksvragen.

#### **3.2 Populatie en steekproef**

De steekproef voor het kwalitatieve deel bedroeg negen ( $N = 9$ ) VZverpleegkundigen. Voor het bepalen van deze omvang is rekening gehouden met het betrouwbaarheidsniveau van de steekproef. Er was gekozen voor negen respondenten, zodat de onderzoeksuitkomsten representatief waren voor de gehele populatie van 44 VZverpleegkundigen. De VZverpleegkundigen die binnen huidig onderzoek zijn meegenomen zijn werkzaam op de locaties: Zwolle, West-Veluwe, Noord-

Limburg, Zaanstreek-Waterland, Breda, 's-Hertogenbosch, Amsterdam en Rotterdam. Deze selectie was gemaakt met als doel verschillende locaties aan bod te laten komen, waarbij zowel de stedelijke als de landelijke gebieden gerepresenteerd werden. De professionals die zijn ondervraagd hadden de gemiddelde leeftijd van 45 jaar (28-58, SD = 11,1), hadden gemiddeld 18 jaar (5-32, SD = 10,1) werkervaring als jeugdgezondheidszorgverpleegkundige en gemiddeld zes jaar (2,5-7, SD = 1,5) werkervaring in hun huidige functie als VZverpleegkundige.

De populatie hoogrisico moeders werd in de kwantitatieve deelstudie van huidig onderzoek onderzocht. Zij werden geselecteerd aan de hand van de volgende inclusiecriteria: 1) zwanger van hun eerste kind, 2) maximale leeftijd van 25 jaar, 3) laag opleidingsniveau (maximaal VMBO kaderberoepsgerichte leerweg of twee jaar onderwijs in een andere schoolopleiding), 4) maximaal 28 weken zwanger en 5) begrip hebben van de Nederlandse taal. Aanvullende criteria: 1) geen of minimaal steunend sociaal netwerk, 2) een geschiedenis van of huidige situatie met huiselijk geweld en mishandeling, 3) psychische problematiek, 4) werkloosheid en/of huisvesting problematiek, 5) alcohol en/of drugsmisbruik en 6) het hebben van irrealistische opvattingen over het moederschap. De steekproef bedroeg 460 moeders die door hun verloskundige waren aangemeld voor de effectstudie van VoorZorg uitgevoerd door het VUmc. Van de geselecteerde vrouwen voldeed 98% van de vrouwen aan vier of meer risicofactoren, wat een hoog risico op kindermishandeling binnen deze doelgroep betekent. De moeders werden na aanmelding bij de RCT aselect ingedeeld in de interventie- of in de controlegroep, waarbij werd gerandomiseerd op etniciteit en locatie. De vrouwen uit de interventiegroep (N = 237) werden bezocht door een getrainde VZverpleegkundige. En de vrouwen uit de controlegroep (N = 223) hebben reguliere zorg ontvangen. Reguliere zorg is de gebruikelijke zorg van de huisarts, verloskundige en de consultatiebureaus die alle (aanstaande) moeders in Nederland aangeboden wordt. De RCT bestond uit zes metingen: bij aanmelding voor het VoorZorg programma, 32 weken gedurende de zwangerschap en 2, 6, 12 en 24 maanden na de geboorte. Tijdens deze contact momenten hebben er interviews plaatsgevonden door een getrainde interviewster bij de moeders thuis. Binnen deze studie was gebruik gemaakt van data uit de eerste, tweede en vierde meting van de RCT.

### **3.3 Procedure van dataverzameling**

Respondenten voor de kwalitatieve studie zijn binnen dit onderzoek via twee verschillende procedures geworven: 1) via de landelijke Case Conferences van februari 2013 en 2) vanuit de al gevolgde procedure binnen de RCT van het VUmc.

De meest efficiënte benaderingswijze voor het werven van de VZverpleegkundigen was via de landelijke Cases Conferences in februari jongstleden. De VZverpleegkundigen hebben mondeling of schriftelijk per mail kenbaar gemaakt op vrijwillige basis deel te willen nemen aan deze studie. De contactgegevens van de respondenten zijn verzameld tijdens deze Case Conferences of aangeleverd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Vanuit de aanmeldingen was er een selectie gemaakt welke VZverpleegkundigen werden meegenomen binnen huidig onderzoek. Deze selectie was gemaakt op

grond van spreiding in zowel de werkervaring als VZverpleegkundige als in de verscheidenheid van gebieden. De interviews hebben plaatsgevonden op de locatie waar de VZverpleegkundige werkzaam was en was uitgevoerd door de eerste auteur in de periode van februari 2013 tot en met april 2013. De onderzoeksgroep bestond uit negen respondenten. Daarmee lag de totale respons op 100%.

De steekproef en bestaande data die binnen de kwantitatieve studie gebruikt zijn, zijn deel van een grotere longitudinale studie van het VUmc naar de effectiviteit van de interventie VoorZorg. Het VUmc is verantwoordelijk geweest voor het verzamelen van de data rondom de RCT. Voor dit onderzoek was gebruik gemaakt van de gegevens van 460 moeders. Het gedeelte van de dataset behorende bij etniciteit en verstedelijking is gebruikt voor huidig onderzoek.

### **3.4 Meetinstrumenten**

Binnen de kwalitatieve deelstudie was gebruik gemaakt van één meetinstrument, namelijk het verdiepende interview met de VZverpleegkundigen. Deze interviews waren half gestructureerd vormgegeven op basis van een topiclijst. Binnen de samenstelling van de topiclijst was de onderzoeksvraag richtinggevend. De topics waren gedurende het gesprek leidend, echter was de VZverpleegkundige vrij om onderwerpen en bevindingen (waar de VZverpleegkundige een meerwaarde in zag) aan te dragen. De verdiepende interviews hadden het doel de praktijkervaringen van de VZverpleegkundigen meer inzichtelijk te maken.

Voor de kwantitatieve deelstudie binnen dit onderzoek zijn geen verdere meetinstrumenten gebruikt om data te verzamelen. Er was gebruik gemaakt van de bestaande data uit de effectstudie naar VoorZorg. Binnen deze data was door het VUmc gekozen de volgende vierdeling te maken binnen de etniciteiten van de moeders: Nederlands, Surinaams/Antiliaans, Turks/Marokkaans en anders. Gezien het geringe aantal moeders met een andere etniciteit dan de voorgaande benoemde etniciteiten zijn zij ondergebracht in de categorie 'anders'. Dit waren onder andere moeders uit Kaapverdië, Somalië en het Midden-Oosten. Met betrekking tot het analyseren van de bestaande data rondom urbanisatie was binnen de RCT gekozen voor de tweedeling: stedelijke- en landelijke gebieden. Onder de stedelijke gebieden vallen de locaties: Tilburg, Rotterdam, Breda, 's-Hertogenbosch en Amsterdam. En onder de landelijke gebieden vallen de locaties: Zaanstreek-Waterland, Icare (Noord-Drenthe, Lelystad/Dronten, Coevorden en Zwolle), West-Veluwe, Noord-Limburg en Rijswijk.

### **3.5 Data analyse**

Voor het kwalitatieve gedeelte waren de interviews opgenomen met een digitale voice-recorder. Vervolgens zijn ze handmatig getranscribeerd, zodat tijdens de analyses van de ruwe data de interviewgegevens deductief gecodeerd konden worden. Hierbij is gewerkt met zes hoofdvragen met bijbehorende antwoordcategorieën. Gekozen was voor een deductieve codering, omdat de hoofdvragen al vastgesteld waren voor er begonnen was met de data te analyseren. Door middel van een schematisch overzicht waren de antwoorden per respondent onder een antwoordcategorie

geschoven waardoor deze inzichtelijk werden en vergelijkingen konden worden gemaakt. Bij deze gehele analyse is er geen gebruik gemaakt van een statistisch programma.

Aan de hand van lineaire en binaire logistische regressie analyses zijn de bestaande onderzoeksresultaten uit de RCT door de eerste auteur geanalyseerd. Data analyse werd uitgevoerd door de software SPSS 21.0 (SPSS inc., 2013). Binnen beide analyses was gekozen voor een tweezijdige toets, omdat de richting van het verband vooraf niet bekend was. Hierbij is getoetst met een significantieniveau van .05 ( $\alpha = .05$ ).

### **3.6 Validiteit en betrouwbaarheid**

De validiteit en betrouwbaarheid binnen huidig onderzoek was op verschillende manieren gewaarborgd. Door data uit de RCT van het VUmc te gebruiken kon er geconcludeerd worden dat er sprake was van een zuiver experiment, omdat deelnemers op toevalbasis waren toegewezen aan een groep. Hierdoor werd verwacht dat de interventie- en controlegroep gelijk en uitwisselbaar zijn, waardoor vergelijkingen tussen de twee verschillende groepen gemaakt konden worden. Daarnaast werd gebruik gemaakt van een groot databestand (N = 460) waardoor de onbetrouwbaarheidsmarge binnen huidig onderzoek kleiner werd. Binnen de interviews was de betrouwbaarheid verhoogd door het interview op te nemen op een voice-recorder. De validiteit werd hierbinnen gewaarborgd door voorafgaand aan het gesprek te benadrukken dat het in de uitvoering over de ervaringen van de VZverpleegkundigen ging en hierin geen juiste of onjuiste antwoordmogelijkheden zijn. Hierdoor was getracht de sociaal wenselijkheid te minimaliseren. Tot slot werd er door gebruik te maken van het onderzoeksdesign ‘mixed methods’ de geldigheid en de betrouwbaarheid van de gezamenlijke onderzoeksresultaten verhoogd.

## **4 RESULTATEN**

In deze resultatensectie worden de uitkomsten van de data analyses aan de hand van de twee deelstudies beschreven. Er is onderzocht of er verschillen in en een (significant) modererend effect is van etniciteit en urbanisatie op de effectiviteit van de interventie VoorZorg. Dit werd onderzocht aan de hand van 1) de verdiepende interviews met negen VZverpleegkundigen op verschillende locaties en 2) regressie analyses uit de bestaande data van de RCT.

### **4.1 Studie 1 Verdiepende interviews met VZverpleegkundigen**

Aan de hand van de van te voren vastgestelde hoofdvragen die gedurende de interviews naar voren zijn gekomen, worden de resultaten binnen tabel 1 inzichtelijk gemaakt. In dit tabel wordt een schematische weergave gegeven van de hoofdvragen, bijbehorende antwoordcategorieën en de onderverdeling van de antwoordkeuzes van de VZverpleegkundigen. De gegeven antwoordkeuzes worden in deze paragraaf verder toegelicht en ondersteund met behulp van willekeurige en anoniem

toegedeelde citaten. Een kanttekening die hierbij geplaatst moet worden is dat deze citaten letterlijk binnen dit onderzoek zijn overgenomen, waardoor spreektaal naar voren kan komen.

#### 4.1.1 Opvoeding

Uit de antwoordkeuzes van de geïnterviewde VZverpleegkundigen was een verschil zichtbaar tussen de verschillende etnische groepen en hetgeen wat moeders over de opvoeding rapporteren, met name omtrent de moederkenmerken. Elke VZverpleegkundige had concrete voorbeelden hoe verschillen binnen de opvoeding tussen de groep Nederlandse moeders en de groep niet-Nederlandse moeders in de praktijk zichtbaar werden. De opvoedingsstijl van de groep niet-Nederlandse moeders werd gekenmerkt door een hardere opvoedingsstijl en het gemeenschappelijk opvoeden. Binnen deze hardere opvoedingsstijl is met name de pedagogische tik een algemeen geaccepteerde opvoedingsmethode. De grens met huiselijk geweld vervaagd daardoor. Een ander verschil was dat binnen de etnische subgroepen de familie en verdere gemeenschap sterk betrokken is bij het proces van opvoeden. Binnen het sociale netwerk nemen meerdere mensen de verantwoordelijkheid voor het kind. Het opvoeden werd door diverse VZverpleegkundigen als een gemeenschappelijke activiteit ervaren:

*'Zij hebben hun eigen opvoedingsstijl en die is vaak toch anders dan zoals bij de Nederlandse cultuur gebruikelijk is. Denk alleen al aan de Antilliaanse doelgroep. Daar is het al heel gebruikelijk dat de familie het kind opvoedt en zijn het niet alleen de ouders die opvoeden. Vaak spelen oma's daarbij een hele belangrijke rol. Een nog grotere rol.'*  
[VZverpleegkundige 7].

Binnen de ontwikkelingsstimulering worden ook verschillen aangetroffen. Volgens het merendeel van de VZverpleegkundigen kenmerken Nederlandse moeders zichzelf door: meer bewust te zijn van de ontwikkeling van hun kind, meer kennis te hebben van hoe het kind in zijn of haar ontwikkeling gestimuleerd kan worden en het hebben van hoge verwachtingen ten opzichte van hun kind. Hierbij kon worden gedacht aan de stimulering gedurende de interactie en het spelen met het kind, maar ook aan positief opvoeden en het complimenten geven zoals binnen de Westerse opvoeding naar voren komt. De niet-Nederlandse moeders benadrukten volgens een aantal VZverpleegkundigen warmte en discipline met name op een fysieke manier:

*'Vrouwen van buitenlandse afkomst hebben veel meer dat lijfelijke. Zijn lijfelijk met hun kinderen. Het masseren van hun kindje. Dat het gewoon. Nou, dat het gewoon geen punt is om ze een hele dag te dragen. Veel meer fysiek contact en dichtbij de moeder.'*  
[VZverpleegkundige 5].

Een ander verschil die een reeks VZverpleegkundigen gedurende het interview aandroegen, was dat de niet-Nederlandse moeders minder geneigd zijn structuur en regels binnen de opvoeding aan te brengen ten opzichte van de Nederlandse moeders. (Jonge) kinderen worden minder begrenst en ervaren meer vrijheid om zelf dingen te ontdekken en zich zelfstandig verder te ontplooiën:

Tabel 1.  
Schematisch overzicht van de resultaten uit de interviews met de VZverpleegkundigen

Hoofdvragen	Antwoord categorieën	Verdeling antwoorden VZverpleegkundigen (N=9) <sup>1</sup>	
1 Is er een verschil tussen etnische groepen in hetgeen VoorZorg moeders rapporteren over de opvoeding?	A	Ja, er komt een verschil naar voren dat betrekking heeft op de moederfactoren.	9
	B	Ja, er komt een verschil naar voren dat betrekking heeft op de kindfactoren.	1
	C	Nee, er komt geen verschil naar voren.	0
2 Is er een verschil tussen etnische groepen in hetgeen VoorZorg moeders rapporteren over het sociale netwerk?	A	Ja, er komt een verschil naar voren tussen de groep Nederlandse en niet-Nederlandse moeders.	9
	B	Nee, er komt geen verschil naar voren tussen de groep Nederlandse en niet-Nederlandse moeders.	0
3 Is er een verschil tussen etnische groepen in het gebruik van passende culturele welzijnsvoorzieningen en andere hulpverlening?	A	Ja, er wordt gebruik gemaakt van passende culturele hulpverlening en hierop wordt aansluiting ervaren door de moeders.	4 <sup>2</sup>
	B	Ja, er wordt gebruik gemaakt van passende culturele hulpverlening alleen wordt hierbij niet meer aansluiting ervaren dan bij de doorsnee sociale welzijnsvoorzieningen <sup>3</sup> .	2 <sup>2</sup>
	C	Nee, er wordt geen gebruik gemaakt van passende culturele hulpverlening en er wordt geen aansluiting ervaren op de doorsnee sociale welzijnsvoorzieningen <sup>3</sup> .	1
	D	Nee, er wordt geen gebruik gemaakt van passende culturele hulpverlening, maar er wordt wel aansluiting ervaren op de doorsnee sociale welzijnsvoorzieningen <sup>3</sup> .	4
4 Kan er ongeacht etniciteit met de handleiding van VoorZorg in de praktijk goed gewerkt worden waarbij de uitvoering gekenmerkt wordt door een dezelfde implementatieproces bij de Nederlandse groep als bij de niet-Nederlandse groep?	A	Ja, er kan ongeacht etniciteit met de handleiding goed gewerkt worden en het implementatieproces is niet anders bij de niet-Nederlands groep dan bij de Nederlandse groep.	3
	B	Ja, er kan ongeacht etniciteit met de handleiding goed gewerkt worden, maar het implementatieproces is wel anders bij de niet-Nederlandse groep dan bij de Nederlandse groep.	4
	C	Nee, er kan niet goed gewerkt worden met de handleiding bij VoorZorg moeders met een andere etniciteit, maar het implementatieproces is niet anders bij de niet-Nederlandse groep als bij de Nederlandse groep.	1
	D	Nee, er kan niet goed gewerkt worden met de handleiding bij elke etniciteit. Het implementatieproces is hierbij dan ook anders bij de niet-Nederlandse groep als bij de Nederlandse groep.	0
5 Verschilt de uitvoering van VoorZorg tussen stedelijke- en landelijke gebieden?	A	Ja, er komt een verschil naar voren tussen de stedelijke- en landelijke gebieden waar VoorZorg wordt uitgevoerd.	7
	B	Nee, er komt geen verschil naar voren tussen de stedelijke- en landelijke gebieden waar VoorZorg wordt uitgevoerd.	1
6 Op welke punten verschilt de uitvoering van VoorZorg tussen stedelijke- en landelijke gebieden?	A	Dit verschil heeft met name betrekking op de doelgroep.	7
	B	Dit verschil heeft met name betrekking op het implementatieproces van het programma VoorZorg.	4
	C	Dit verschil heeft met name te maken met het sociale netwerk van de moeder.	1
	D	Dit verschil heeft met name te maken met de sociale welzijnsvoorzieningen.	5

*Noot.* <sup>1</sup> = Meerdere antwoordcategorieën per respondent zijn mogelijk

<sup>2</sup> = Twee VZverpleegkundigen zitten tussen antwoordcategorie A en B in (of er vindt een zeer sterke aansluiting plaats of er is totaal geen sprake van aansluiting)

<sup>3</sup> = Onder 'doorsnee sociale welzijnsvoorzieningen' worden de sociale welzijnsvoorzieningen verstaan die geen passende culturele hulpverlening aanbieden, maar uitgaan van de Nederlandse context en de Nederlandse en/of westerse cliënt

*'Minder voorzichtig, minder beschermend. Dat betekent niet dat ze gelijk niet meer de veiligheid ervan in zien. Maar dat ze wel, ja. Dat ze letterlijk meer vrijheid krijgen. Wij Nederlanders zijn soms wat voorzichtig, betuttelen meer'. [VZverpleegkundige 7].*

Hiernaast werd door een aantal VZverpleegkundigen aangegeven dat de kinderen van niet-Nederlandse afkomst zich motorisch sneller ontwikkelen ten opzicht van de kinderen met een Nederlandse nationaliteit.

#### 4.1.2 Sociaal netwerk

Zoals de verdeling binnen tabel 1 (vraag 2) aangeeft, was er een discrepantie zichtbaar tussen de groep autochtonen- en allochtonen moeders als er gekeken werd naar het sociale netwerk. Uit de interviews bleek dat de sociale netwerken van de moeders met een andere etniciteit omvangrijker zijn dan bij de moeders van Nederlandse afkomst. Met name meer mensen om op terug te kunnen vallen en steun van te ontvangen. Ze zijn daarbij niet alleen hecht met directe familieleden, maar hebben ook nauwe familiebanden met indirecte familieleden en hun verdere culturele gemeenschap. Nederlandse moeders hebben daarentegen een kleiner netwerk, die met name bestaat uit het primaire gezin (directe familieleden) en een enkele vriend of vriendin.

*'Kijk binnen de Surinaamse en Antilliaanse cultuur zie je dat ze veel ooms en tantes hebben en iedereen er altijd is. Zij hebben veel meer mensen om zich heen. Of het ook allemaal daadwerkelijk tantes en ooms zijn dat vraag ik me af, maar zo noemen ze ze altijd wel. Maar je merkt wel dat daar veel meer netwerk is. Of het altijd een steunend netwerk is? Soms wel soms niet, dat wisselt nog wel'. [VZverpleegkundige 3].*

#### 4.1.3 Passende culturele sociale welzijnsvoorzieningen en andere hulpverlening

Binnen het programma VoorZorg werd over het algemeen door elke moeder gebruik gemaakt van sociale welzijnsvoorzieningen. Hierin hadden de VZverpleegkundigen vaak een doorverwijsfunctie. Gebruik maken van passende culturele hulpverlening verschilde echter per locatie. Onder passende culturele hulpverlening werd hulpverlening verstaan die probeert aan te sluiten op de culturele- en etnische achtergrond van de moeders en de eventuele bijbehorende problematieken. Voorbeelden van passende culturele hulpverlening waren: vluchtelingenwerk, bezoekvrouwen, tolken en zwangerschapsgym die gespecialiseerd zijn in het aanbieden van specifieke hulpverlening of het inzetten van een hulpverlener met dezelfde etniciteit, aldus de VZverpleegkundigen:

*'Niet altijd vindt er aansluiting plaats bij de normale sociale welzijnsvoorzieningen. Ik denk dat het komt door het stukje cultuur. Vooral wanneer er geen rekening mee wordt gehouden, vanuit het feit dat zij andere ideeën en gebruiken kunnen hebben. Daar kan overheen worden gewalst. En dat ze iets hebben van 'je moet het zo en zo doen'. Terwijl moeder iets anders denkt. Ja, ik denk dat dat wel een frustratie bij de moeder is'. [VZverpleegkundige 8].*



Merendeels maakten de VZverpleegkundigen minimaal gebruik van passende culturele hulpverlening; met uitzondering van de grootste steden. De redenen hiervan waren 1) te weinig tot geen passende culturele welzijnsvoorzieningen en hulpverlening in de omgeving (door o.a. de bezuinigingen), 2) de niet-Nederlandse moeders die geboren en opgegroeid zijn in de Nederlandse samenleving waardoor zij ‘vernederlandst’ waren, 3) hulpverleners bij de doorsnee sociale welzijnsvoorzieningen zelf al behoorden tot een etnische subgroep en/of 4) er geen barrières werden ervaren bij de doorsnee (Nederlandse) sociale welzijnsvoorzieningen. VZverpleegkundigen werkzaam op locaties in landelijke gebieden gaven met name aan weinig tot geen gebruik te maken van passende culturele hulpverlening als gevolg van de minimale instanties en programma’s die te raadplegen zijn binnen de betreffende gemeente.

Verschillende ervaringen kwamen naar voren betreffende de mate van aansluiting die werd ervaren. Een aantal VZverpleegkundigen geven aan dat passende culturele hulpverlening resulteert in een betere aansluiting op de moeder als individu. Het wordt als prettig ervaren dat er verbindingen werden gemaakt tussen de eigen cultuur en gewoontes en de Nederlandse maatschappij waarin zij leven en hun kind laten opgroeien. Daar tegenover gaven andere VZverpleegkundigen aan dat wanneer zij gebruik maakten van passende culturele hulpverlening bij moeders uit etnische subgroepen, er geen positievere resultaten werden geboekt doordat er niet meer aansluiting werd ervaren door de moeder dan bij de doorsnee sociale welzijnsvoorzieningen.

#### *4.1.4 Implementatie programma VoorZorg*

Uit de interviews bleek dat nagenoeg het gehele implementatieproces van het huisbezoekprogramma ook in bepaalde mate afhankelijk was van de moeder. Hierin hadden succesfactoren niet alleen te maken met een juiste implementatie, maar werden deze ook bepaald door het sociale netwerk en de intrinsieke motivatie van de moeder. Wanneer er werd gekeken naar het implementatieproces tussen de verschillende etnische groepen, gaven de VZverpleegkundigen merendeels aan de handleiding en werkmap momenteel al aan te passen aan de betreffende moeder. Etniciteit was binnen dit proces een factor die mee werd genomen, maar werd doorgaans niet door VZverpleegkundigen als barrière ervaren:

*‘Over het algemeen maakt het niet uit en kan ik gewoon VoorZorg als programma erop aanpassen en uitvoeren. En hoe je dan binnen een bepaald onderwerp dingen bespreekt en aangaat, dat pas je natuurlijk op de moeder aan. Of ze van Nederlandse afkomst is of van een andere afkomst, dan pas je het daar op aan. Uiteindelijk leer je er natuurlijk ook mee omgaan’.* [VZverpleegkundige 2].

Bij enkele onderwerpen in de werkmap (zoals binnen de onderwerpen voeding en slapen) werd door de VZverpleegkundigen de Nederlandse kijk of manier aangehaald en verder toegelicht, maar werd er met name gehandeld vanuit de basissituatie van de moeder. Het zijn kleine aanpassingen die de VZverpleegkundige zelf binnen het huisbezoekprogramma maakte. Implementatie bij etnische

subgroepen behoeft aanpassing, maar de groep niet-Nederlandse moeders hadden een net zo'n grote kans op een succesvolle implementatie van het programma VoorZorg als de autochtone groep, aldus de VZverpleegkundigen:

*'Ja, ik ervaar aansluiting. Want het gaat met name om het principe. Dat leg je natuurlijk uit. Het gaat niet om die voedingsmiddelen die daar staan. Maar het gaat natuurlijk om het idee van voldoende vezels, de schrijf van vijf etc. Weetje, dan moet je het gewoon veralgemeniseren, zodat het ook binnen haar patroon past'. [VZverpleegkundige 4].*

Geattendeerd werd op het feit dat er bij deze hoogrisico doelgroep altijd aangesloten moet worden op de betreffende moeder en haar huidige situatie. De handleiding is een richtlijn die uitgaat van het ideaal, waar VZverpleegkundigen naar eigen zeggen in de praktijk zo goed mogelijk gebruik van proberen te maken.

#### 4.1.5 Verstedelijking

Acht van de negen VZverpleegkundigen gaven aan zicht te hebben op de eventuele verschillen tussen de stedelijke- en landelijke gebieden waar VoorZorg werd geïmplementeerd. Zoals de verdeling in tabel 1 laat zien, kwamen er vanuit alle antwoordcategorieën verschillen naar voren. Met name kwam de doelgroep verschillend tot uiting. Aangegeven werd dat in landelijke gebieden hoogrisico moeders en etnische subgroepen minder frequent voorkomen; het zijn meer incidenten. De consequentie hiervan was dat er vanuit de gemeente minder aanleiding werd ervaren deze doelgroep tegemoet te komen, aldus de VZverpleegkundigen. Hierbij hadden de VZverpleegkundigen in stedelijke gebieden meer te maken met de groep niet-Nederlandse moeders. De problematieken van de moeders werden echter, door VZverpleegkundigen werkzaam in landelijke gebieden, niet als minder problematisch ervaren. Volgens hen kwam dezelfde problematiek voor, maar waren er in de stedelijke gebieden meer schrijvende gevallen zichtbaar en was het doorgaans 'net een graadje meer':

*'Ik denk dat de hoeveelheid in stadse gebieden meer is. De doelgroep is gewoon veel meer hoogrisico meiden. De bevolking is natuurlijk uitgebreider en groter. Grotere inwonersaantal. Maar hier gebeurt het net zo goed, alleen op kleinere schaal'. [VZverpleegkundige 1].*

Een groot verschil tussen de stedelijke- en landelijke gebieden werd ervaren op het gebied van (mogelijkheid tot gebruik te maken van) de sociale welzijnsvoorzieningen. VZverpleegkundigen werkzaam in landelijke gebieden ervoeren dat er meer mogelijkheden van passende (culturele) hulpverlening en organisaties in stedelijke gebieden te vinden waren. Meer mogelijkheden tot doorverwijzing en meer zichtbare initiatieven om tegemoet te komen aan de doelgroep. Daarnaast hadden de VZverpleegkundigen werkzaam in stedelijke gebieden meer ervaring met de verscheidende problematieken van deze hoogrisico doelgroep:

*'Voor ieder probleem is een instantie die iets opvangt of die iets regelt en iets kan betekenen voor die moeders. Daar zijn wij wel eens jaloers op'. [VZverpleegkundige 8].*

Een andere discrepantie was zichtbaar omtrent de uitvoering van het programma. Uit de interviews bleek dat de VZverpleegkundigen werkzaam in stedelijke- en landelijke gebieden niet eensgezind waren over het implementatie proces van het programma. Beide groepen gaven aan dat vanuit hun optiek de andere groep meer vast hield aan de handleiding en werkmap. Het implementatieproces week daarbij minder af van het vastgestelde programma. Een VZverpleegkundige werkzaam in een stedelijk gebied gaf bijvoorbeeld aan veel uren bezig te zijn met allerlei gebeurtenissen en problematieken rondom de moeder (zoals financiële- en huisvestingproblemen), waardoor het proces van het werkelijk implementeren van het VoorZorg programma bewaakt moest worden.

## **4.2 Studie 2 Analyse bestaande data effectstudie VoorZorg**

### *4.2.1 Steekproefbeschrijving*

Om inzicht te verkrijgen in de demografische gegevens van de moeders uit de RCT van het VUmc, zijn deze gegevens aan de hand van beschrijvend statistiek geordend en gestructureerd en worden algemene cijfers gegeven over de groep respondenten. De steekproef bedroeg 460 vrouwelijke respondenten, waarvan 48% (N = 222) aan de controlegroep was toegekend en 52% (N = 238) aan de interventiegroep. De leeftijd varieerde van 14 tot en met 27 jaar, waarbij het gemiddelde lag op 19,24 jaar (SD = 2,45). Bijna de helft van de respondenten had een relatie (48%), 26% was vrijgezel en van 27% waren deze gegevens niet bekend. De respondenten waren voornamelijk alleenstaand, 58% (N = 168). Daarnaast woonde 16% samen en was 1% gehuwd (van totaal 108 respondenten waren deze gegevens niet bekend). Ongeveer 20% van de respondenten zat op school of volgde een opleiding en ongeveer 20% was parttime of fulltime aan het werk.

Tabel 2 en 3 geven de gemiddelde scores van angst, depressie, borstvoeding, roken, huiselijk geweld (level 1 en level 2) en de gebruik-making van sociale welzijnsvoorzieningen van de moeder weer. Hierbij was een onderverdeling gemaakt in de vier etnische subgroepen (tabel 2) en in de stedelijke- en landelijke gebieden (tabel 3). Deze gegevens geven een inzicht in hoe de zes afhankelijke variabelen zich ten opzichte van de etnische en regionale verschillen verhouden. Een Analysis of Variance (ANOVA) was gebruikt om de groepen op onderlinge significante verschillen te toetsen. Uit tabel 2 blijkt dat er significante verschillen ( $p < .05$ ) naar voren kwamen tussen de etnische subgroepen met betrekking op de afhankelijke variabelen angst, depressie en borstvoeding. Daarnaast werden significante verschillen ( $p < .05$ ) zichtbaar tussen de stedelijke- en landelijke gebieden. Zoals in tabel 3 zichtbaar wordt gemaakt hadden deze significante verschillen betrekking op de afhankelijke variabelen depressie en roken.

Tabel 4 geeft de verdeling met betrekking op etniciteit en verstedelijking van de moeders in percentages en frequenties weer. Er kwam naar voren dat het hoogste percentage moeders wonend was in stedelijke gebieden (66%). Ruim 40% verbleef in Amsterdam of Rotterdam en daarbij was de allochtone groep sterk vertegenwoordigd. Een derde van alle moeders woonde in een landelijk gebied.

Er was een gelijke verdeling binnen de autochtonen- en de allochtoengroep. De Nederlandse groep respondenten was hierbij het grootst en met name vertegenwoordigd in de landelijke gebieden.

#### 4.2.2 Moderator etniciteit en verstedelijking

Om te kijken in welke mate etniciteit en verstedelijking modereren op de effectiviteit van VoorZorg zijn er lineaire en binaire logistische regressie analyses uitgevoerd. In deze studie was onafhankelijk van elkaar onderzocht of de etnische afkomst van de moeder en de plek waar zij woonde invloed had op de effectiviteit van het programma. Vanuit de bestaande data was er binnen deze studie de keuze gemaakt de volgende afhankelijke variabelen (van de moeder) mee te nemen binnen de effectiviteit van VoorZorg: 1) angst, 2) depressie, 3) roken, 4) borstvoeding, 5) huiselijk geweld en 6) gebruik maken van sociale welzijnsorganisaties. Om inzicht te krijgen of er sprake was van een modererend effect waren er drie interactietermen aangemaakt: interventie x verstedelijking (stad of platteland), interventie x autochtoon/autochtoon en interventie x etniciteit (Nederlands, Surinaams/Antilliaans, Turks/Marokkaans en anders). De relatie tussen de interactie variabelen en de afhankelijke variabelen waren zowel binnen de lineaire als bij de logistische regressies onafhankelijk van elkaar gemeten. De resultaten uit beide regressies kunnen worden gevonden in tabel 5 en 6.

#### 4.2.3 Lineaire regressie analyse

Een lineaire regressie analyse werd uitgevoerd om het effect van etniciteit en verstedelijking op de afhankelijke variabelen angst en gebruik maken van sociale welzijnsvoorzieningen te beoordelen. Voorafgaand aan het interpreteren van de resultaten uit de lineaire regressie analyse, werden verschillende aannames geëvalueerd (Gravetter & Wallnau, 2009). Enkele uitschieters waren zichtbaar binnen de gestandaardiseerde residuen. Gekozen is deze residuen terug te brengen naar een standaarddeviatie van 2,5 ( $SD = 2.5$ ). Om inzicht te verkrijgen in deze uitbijters was de grenswaarde van de Mahalanobis Distances en de Cook's Distance gecontroleerd. Resultaten impliceerden dat er geen uitbijters in het model aanwezig waren die teveel invloed hadden op het regressie model. Uit onderzoeksresultaten kon worden geconcludeerd dat aan de aannames van normaliteit, lineariteit, multicollineariteit en homoscedasticiteit van de residuen binnen de lineaire regressie analyse was voldaan.

De resultaten van de lineaire regressie analyse lieten geen significant modererend effect van *eticiteit* op de effectiviteit van VoorZorg zien. Dit impliceerde dat de effectiviteit van VoorZorg niet werd beïnvloedt door de etnische afkomst van de moeder. Zoals in tabel 5 zichtbaar wordt, was er echter wel een significant hoofdeffect gevonden van de moderator variabele autochtoon/allochtoon op de variabele angst ( $\beta = -2.44$ ,  $p < .05$ ). Er is sprake van een hoofdeffect als een onafhankelijke variabele invloed heeft op de afhankelijke variabele. De toets ANOVA was gebruikt om de vier etnische groepen te toetsen op onderling verschillen, waarbij de Nederlandse groep als referentiegroep heeft gediend. Deze toets heeft uitgewezen dat etniciteit significant verschilt op angst van de moeder,

Tabel 2.

*Beschrijvende statistiek van de moderator etniciteit op de mate van angst, depressie, roken, borstvoeding, huiselijk geweld (level 1 en level 2) en gebruik maken van sociale welzijnsvoorzieningen*

Etniciteit	Nederlands		Surinaams/Antilliaans		Turks/Marokkaans		anders <sup>1</sup>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Angst *	41.73	10.35	42.52	10.48	53.25	2.87	44.92	11.15
Depressie *	.13	.33	.16	.37	.5 a	.58 a	.23	.44
Roken	1.63	.49	1.16 a	.37 a	1.25 a	.5 a	1.46 a	.52 a
Borstvoeding *	.02	.13	.16	.37	.25 a	.5 a	.15	.38
Huiselijk geweld								
Level 1 <sup>2</sup>	.54	.5	.4	.5	.75 a	.5 a	.77	.44
Level 2 <sup>3</sup>	.55	.5	.64	.49			.69	.48
Gebruik maken van welzijnsvoorzieningen	2.19	1.41	1.88	1.24	2.5	1	2.31	1.11

*Noot.* <sup>1</sup> = Onder de groep anders valt elke andere etniciteit die binnen de voorgaande etnische subgroepen niet is mee genomen

<sup>2</sup> = Onder huiselijk geweld level 1 vallen de lichte vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

<sup>3</sup> = Onder huiselijk geweld level 2 vallen de zwaardere vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

a = Totaal aantal missings in de data > 50%

\* Significant verschil ( $p < .05$ ) tussen de etnische subgroepen (2-tailed)

Tabel 3.

*Beschrijvende statistiek van de moderator verstedelijking op de mate van angst, depressie, roken, borstvoeding, huiselijk geweld (level 1 en level 2) en gebruik maken van sociale welzijnsvoorzieningen*

Verstedelijking	Stedelijke gebieden		Landelijke gebieden	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Angst	43.86	11.39	51.39	8.93
Depressie *	.21	.41	.1	.3
Roken *	1.33 a	.48 a	1.66	.48
Borstvoeding	.14	.35	0	0
Huiselijk geweld				
Level 1 <sup>1</sup>	.54	.5	.54	.5
Level 2 <sup>2</sup>	.61	.49	.61	.49
Gebruik maken van welzijnsvoorzieningen	2.23	1.33	2.02	1.29

*Noot.* a = Totaal aantal missings in de data > 50%

\* Significant verschil ( $p < .05$ ) tussen de stedelijke- en de landelijke gebieden (2-tailed)

Tabel 4.

Beschrijvend statistiek van de demografische eigenschappen van de respondenten

Demografische gegevens	%	N				
Etniciteit						
Nederlands	49,1	228				
Surinaams/Antilliaans	26,5	123				
Turks/Marokkaans	5,6	26				
anders <sup>1</sup>	18,8	87				
			Nederlands <sup>1</sup>	Surinaams/ Antilliaans <sup>1</sup>	Turks/ Marokkaans <sup>1</sup>	anders <sup>1,2</sup>
Verstedelijking						
<b>Stedelijke gebieden</b>	<b>66,4</b>	<b>308</b>	<b>51,8</b>	<b>82,1</b>	<b>76,9</b>	<b>79,3</b>
Tilburg	12,3	57	66,7	22,8	1,8	8,8
Rotterdam	20,7	96	34,3	29,2	9,4	27,1
's-Hertogenbosch	21	4,5	66,7	28,6	0	28,6
Amsterdam	23,3	108	13	51,9	7,4	27,8
Breda	6,5	15	73,1	7,7	11,5	7,7
<b>Landelijke gebieden</b>	<b>33,6</b>	<b>156</b>	<b>48,2</b>	<b>17,9</b>	<b>23,1</b>	<b>20,7</b>
Zaanstreek-Waterland	12,1	56	67,9	14,3	8,9	8,9
Zwolle, Dronten/Lelystad, Drenthe	13,4	62	69,4	12,9	1,6	16,1
West-Veluwe	3,9	18	94,4	0	0	5,6
Noord-Limburg	1,9	9	77,8	11,1	0	11,1
Rijswijk	2,4	11	45,5	45,5	0	9,1

Noot. <sup>1</sup> = Nederlands, Surinaams/Antilliaans, Turks/Marokkaans en anders weergegeven in percentages

<sup>2</sup> = Onder de groep 'anders' valt elke andere etniciteit die binnen de voorgaande etnische subgroepen niet is mee genomen

$F(3,339) = 5,521, p < .05$ . Deze significante verschillen kwamen naar voren tussen de groep Nederlandse en Turks/Marokkaanse moeders ( $p < .05$ ) en tussen de groep Nederlands en de etnische subgroepen die onder de groep anders vallen ( $p < .05$ ). Met het oog op tabel 5 werd support gevonden voor de hypothese '*Ho: Er is geen (significant) modererend effect van etniciteit op de effectiviteit van VoorZorg*'.

Uit de lineaire regressie bleek één interactie effect significant te zijn wanneer er gekeken werd naar de moderator *verstedelijking*. In tabel 6 is een significant effect zichtbaar van verstedelijking op de afhankelijke variabele angst ( $\beta = 5.85, p < .05$ ). Deze uitkomst liet zien dat het gebied waar de moeder woont van invloed was op de relatie tussen de interventie VoorZorg en de mate van angst bij de moeder. Angst kwam hierbij in hogere mate voor bij moeders uit de stedelijke gebieden ( $M = 42.66, SD = 10.81$ ). Bovenstaande resultaten bevestigden gedeeltelijk de alternatieve hypothese '*H<sub>1</sub>: Er is een (significant) modererend effect van verstedelijking op de effectiviteit van VoorZorg*'.

#### 4.2.4 Binaire logistische regressie analyse

Binaire logistische regressie analyses werden uitgevoerd om het effect van etniciteit en verstedelijking op de afhankelijke variabelen depressie, roken, borstvoeding en huiselijk geweld (level1 en level 2)

Tabel 5.

*Lineaire en logistische regressie analyse van de moderator etniciteit op de effectiviteit van VoorZorg*

	Hoofdeffect VoorZorg				Hoofdeffect etniciteit				Interactie effect			
	B	S.E.	<i>p</i>	<i>n</i>	B	S.E.	<i>p</i>	<i>n</i>	B	S.E.	<i>p</i>	<i>n</i>
Angst	.29	1.14	.80	343	-.2,44	1.14	.03*	343	3.69	2.28	.11	343
Depressie	.27	.33	.41	247	.69	.33	.04*	247	.26	.66	.70	247
Roken	-.08	.28	.78	225	-1.14	.29	.00**	225	-.32	.58	.58	225
Borstvoeding	-.94	.49	.05	259	1.28	.46	.01**	259	.51	1.04	.63	259
Huiselijk geweld												
Level 1 <sup>1</sup>	.72	.26	.00**	266	.09	.25	.72	266	-.91	.52	.08	266
Level 2 <sup>2</sup>	.59	.26	.02*	266	.25	.25	.38	266	-.11	.52	.83	266
Gebruik maken van sociale welzijnsvoorzieningen	-.08	.15	.58	356	.04	.15	.78	356	.31	.30	.30	356

*Noot.* \*  $p < .05$  (2-tailed), \*\*  $p < .01$  (2-tailed)

*n* = Aantal respondenten meegenomen binnen de analyse

<sup>1</sup> = Onder huiselijk geweld level 1 vallen de lichte vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

<sup>2</sup> = Onder huiselijk geweld level 2 vallen de zwaardere vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

Tabel 6.

*Lineaire en logistische regressie analyse van de moderator verstedelijking op de effectiviteit van VoorZorg*

	Hoofdeffect VoorZorg				Hoofdeffect verstedelijking				Interactie effect			
	B	S.E.	<i>p</i>	<i>n</i>	B	S.E.	<i>p</i>	<i>n</i>	B	S.E.	<i>p</i>	<i>n</i>
Angst	.35	1.14	.76	343	-2.09	1.20	.08	343	5,85	2.39	.02*	343
Depressie	.25	.32	.44	247	.57	.36	.12	247	.27	.73	.71	247
Roken	-.03	.27	.92	225	-.75	.28	.01**	225	-.12	.59	.84	255
Borstvoeding	-.85	.49	.08	259	2.06	.75	.01**	259	1.16	1.52	.45	259
Huiselijk geweld												
Level 1 <sup>1</sup>	.72	.26	.01**	266	.10	.26	.71	266	-1.13	.53	.04*	266
Level 2 <sup>2</sup>	.59	.26	.02*	266	.09	.26	.75	266	-.30	.53	.58	266
Gebruik maken van sociale welzijnsvoorzieningen	-.09	.15	.54	356	-.15	.16	.33	356	.14	.31	.66	356

*Noot.* \*  $p < .05$  (2-tailed), \*\*  $p < .01$  (2-tailed)

*n* = Aantal respondenten meegenomen binnen de analyse

<sup>1</sup> = Onder huiselijk geweld level 1 vallen de lichte vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

<sup>2</sup> = Onder huiselijk geweld level 2 vallen de zwaardere vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

te beoordelen. Voorafgaand aan het interpreteren van de resultaten uit de logistische regressie analyse werd de aanname betreft multicollineariteit geëvalueerd (Gravetter & Wallnau, 2009). De mate van correlatie tussen de onafhankelijke variabelen was hiervoor bekeken. Geconcludeerd kan worden dat aan de voorwaarde van VIF ( $< 10$ ) is voldaan en er geen multicollineariteit zichtbaar was binnen de modellen.

Als eerste was binnen de logistische regressie het interactie effect van VoorZorg x etniciteit getoetst op de afhankelijke variabelen: depressie, roken, borstvoeding en huiselijk geweld. Er was geen bewijs gevonden van een significant effect van de moderator *etniciteit* op de effectiviteit van VoorZorg. Echter kwamen wel verscheidende significante hoofdeffecten naar voren. Hoofdeffect van etniciteit op depressie was significant tussen de autochtonen en allochtonen groep ( $\beta = .69, p < .05$ ). Wanneer er gekeken werd via een logistische regressie analyse welke etnische groepen significant van elkaar verschilden (waarbij de Nederlandse groep als referentiegroep dient), was er een significant verschil tussen de Nederlandse groep en de etnische subgroepen die vielen onder de groep anders ( $\beta = -1,10, p < .05$ ). Hoofdeffect van etniciteit op roken was ook significant tussen de groep autochtoon en allochtoon ( $\beta = -1.14, p < .05$ ). Hierbij kwam echter alleen een significant verschil naar voren tussen de Nederlandse en de Surinaams/Antilliaanse groep ( $\beta = 1.66, p < .05$ ). Tot slot was er een hoofdeffect gevonden op de afhankelijke variabele borstvoeding wanneer de moderator autochtoon/allochtoon in het model werd gezet ( $\beta = 1.28, p < .05$ ). Binnen de verschillende etnische groepen was er een significant verschil gevonden tussen de Nederlandse en de Surinaams/Antilliaanse groep ( $\beta = -1.44, p < .05$ ) en tussen de Nederlandse groep en de etnische subgroepen die onder de groep anders vallen ( $\beta = -1.37, p < .05$ ). Bovenstaande resultaten bevestigden de hypothese '*H<sub>0</sub>: Er is geen (significant) modererend effect van etniciteit op de effectiviteit van VoorZorg*'.

Zoals binnen tabel 6 naar voren komt waren er twee significante interactie effecten gevonden wanneer de moderator *verstedelijking* in het model wordt gezet (VoorZorg x verstedelijking). Een significant interactie effect werd zichtbaar bij de variabele huiselijk geweld level 1 ( $\beta = -1.13, p < .05$ ). Onder level 1 vallen de lichtere gevallen van de moeder haar ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel. In huidig onderzoek betekende dit resultaat dat de plek waar de moeder gedurende de interventie woont van invloed was op de relatie tussen de interventie VoorZorg en de uiteindelijk behaalde resultaten rond bovengenoemde vormen van huiselijk geweld binnen het programma. Huiselijk geweld level 1 kwam hierbij in meerdere mate voor bij moeders uit de stedelijke gebieden ( $M = .56, SD = .5$ ). Hierop volgend kwam een significant hoofdeffect van VoorZorg op huiselijk geweld naar voren. Zowel bij huiselijk geweld level 1 ( $\beta = .72, p < .05$ ) als bij huiselijk geweld level 2 ( $\beta = .59, p < .05$ ). Zoals getoond wordt in tabel 3 waren er ook significante hoofdeffecten gevonden van verstedelijking op roken ( $\beta = -.75, p < .05$ ) en verstedelijking op borstvoeding ( $\beta = 2.06, p < .05$ ). Gekeken naar de resultaten werd er gedeeltelijk support gevonden voor de alternatieve hypothese '*H<sub>1</sub>: Er is een (significant) modererend effect van verstedelijking op de effectiviteit van VoorZorg*'. Dit support had betrekking op de



afhankelijke variabele huiselijk geweld level 1. Echter, dezelfde hypothese werd verworpen wanneer er gekeken werd naar de interactie effecten met de overige variabelen: depressie, roken en borstvoeding, en werd de hypothese '*H<sub>0</sub>: Er is geen (significant) modererend effect van verstedelijking op de effectiviteit van VoorZorg*' aangenomen.

## **5 DISCUSSIE/CONCLUSIE**

Het doel van deze studie is antwoord te geven op de centrale onderzoeksvraag '*Wat voor verschillen rapporteren VZverpleegkundigen tussen etnische doelgroepen en de mate van verstedelijking en is er een (significant) modererend effect van etniciteit en verstedelijking op de effectiviteit van VoorZorg?*' In dit hoofdstuk wordt getracht de gevonden resultaten aan de hand van de onderzoeksvragen en de opgestelde hypothesen te interpreteren en te verklaren. Daarnaast worden de sterke kanten en de beperkingen van dit onderzoek besproken en worden mogelijkheden voor vervolgonderzoek kenbaar gemaakt. Ter afronding wordt er vanuit de verkregen resultaten een algehele conclusie getrokken.

### **Discussie**

In deze studie is gekeken naar de etnische- en regionale subgroepen binnen de interventie VoorZorg. Dit met als algeheel doel te kunnen concluderen of VoorZorg zich naar een meer selectievere interventie voor etnische en regionale subgroepen moet gaan ontwikkelen om succesvol te kunnen implementeren. Deze studie heeft nieuwe resultaten opgeleverd, aangezien weinig onderzoek is gedaan naar de invloed van etniciteit en verstedelijking op de effectiviteit van (preventieve) gezinsinterventies.

#### *Etnische en regionale verschillen in de praktijk*

Resultaten op de eerste onderzoeksvraag '*Wat voor verschillen rapporteren VZverpleegkundigen tussen etnische doelgroepen en de mate van verstedelijking*' laten zien dat er verschillen binnen de etnische en regionale subgroepen door de VZverpleegkundigen in de praktijk worden ervaren. VZverpleegkundigen rapporteren verschillen tussen de etnische subgroepen betreffende de opvoeding, het sociale netwerk en het gebruik maken van sociale welzijnsvoorzieningen. Uit de resultaten van huidig onderzoek is onder andere naar voren gekomen dat niet-Nederlandse moeders andere opvoedingsdoelen en middelen nastreven. Een verklaring kan gezocht worden in de ecologische context waarin de gezinnen leven en de culturele achtergronden van de moeders (Varela et al., 2004). Dit is conform onderzoekresultaten die laten zien dat etniciteit invloed heeft op de manier waarop ouderschap wordt vormgegeven (Eldering, 2011; Julian et al., 1994).

Verder bleek een discrepantie zichtbaar als er gekeken werd naar het sociale netwerk van de moeder. Over het algemeen hebben de niet-Nederlandse moeders een omvangrijker en meer steunend

netwerk om zich heen ten opzichte van de Nederlandse moeders. Een mogelijke verklaring kan worden gezocht in het gemeenschappelijk opvoeden wat binnen deze etnische subgroepen naar voren komt. Meerdere mensen binnen het sociale netwerk voelen zich verantwoordelijk voor en bemoeien zich met het betreffende kind. Aan dit ‘sterke en veilige vangnet’ kunnen ook nadelen zitten; de invloed van familie is sterk. Desondanks blijven deze moeders doorgaans loyaal aan hun familie. Het sociale netwerk van een Nederlandse moeder kenmerkt zich als een kleiner netwerk, dat met name bestaat uit het primaire gezin en een enkele vriend of vriendin. Dit verschil is mogelijk te verklaren aan de hand van onderzoeksresultaten die laten zien dat hoogrisico gezinnen doorgaans een minimale en zwakke relatie met hun omgeving hebben, wat kan leiden tot sociale isolatie (Coulton et al., 1995; Vinson et al., 1996). Deze bevindingen domineerden volgens de VZverpleegkundigen over het algemeen binnen de sociale netwerken van de Nederlandse moeders.

Onderzoeksresultaten lieten ook zien dat er door VZverpleegkundigen een verschil wordt ervaren op het gebied van (de mogelijkheid tot gebruik te maken van) sociale welzijnsvoorzieningen. Dit staat in lijn met zowel de bevindingen van Coulton en collega’s (2007) als van Weissman en collega’s (2003). Zij concluderen dat er verschillen zichtbaar zijn als er gekeken wordt naar hoe de structuur van de gezondheidszorg en hulpverlening tussen stedelijke- en landelijke gebieden is opgebouwd. Uit deze studie bleek dat in stedelijke gebieden meer mogelijkheden van passende (culturele) hulpverlening en organisaties te vinden waren. Het is voor de praktijk van belang dat deze verschillen in de toekomst kleiner worden, zodat passende hulpverlening binnen het programma niet afhankelijk is van de woonplaats van de moeder.

#### *Moderator etniciteit*

De opgestelde hypothese ‘ $H_0$ : Er is geen (significant) modererend effect van etniciteit op de effectiviteit van VoorZorg?’ wordt binnen dit onderzoek bevestigd. Verscheidende onderzoekers onderbouwen deze onderzoeksresultaten door bewijs te leveren dat er geen significante verhoging te zien is in de effectiviteit van een interventie als deze wordt aangepast op etnische subgroepen (Bernal et al., 1995; Jones et al., 2009; Kauffman et al., 2008). Dit sluit aan op de universele culturele hypothese die aangeeft dat programma’s niet dienen te worden aangepast op etnische subgroepen. In zekere mate hebben de VZverpleegkundigen deze resultaten bevestigd. Zij hebben aangegeven het programma aan te passen op de situatie van de moeder; de factor etniciteit wordt hierin meegenomen. Zij impliceren hiermee dat de factor etniciteit geen grote invloed heeft op het implementatieproces en de uiteindelijke behaalde successen van de moeders binnen het programma. Door zelf kleine aanpassingen binnen de handleiding en werkmop te doen kunnen de VZ-verpleegkundigen voldoende tegemoet komen aan de behoefte van de niet-Nederlandse moeders. Deze bevinding kan een alternatieve verklaring zijn voor het feit dat er geen significant modererend effect van etniciteit op de effectiviteit van de interventie is gevonden. Uit de resultaten van de verschillende analyses komen echter wel significante hoofdeffecten naar voren van etniciteit op de afhankelijke variabelen: angst,

depressie, roken en borstvoeding. Dit suggereert dat er verschillen zijn tussen de etnische subgroepen en hun mate van angst, depressie, roken en het geven van borstvoeding. Het is van belang dat de VZverpleegkundigen hier in de praktijk op inspelen.

#### *Moderator verstedelijking*

Gekeken naar de derde onderzoeksvraag *'Is er een (significant) modererend effect van verstedelijking op de effectiviteit van VoorZorg?'* zijn er twee significante verbanden gevonden in de bestaande dataset van het VUmc. Deze resultaten lieten zien dat de mate van verstedelijking de relatie tussen de interventie VoorZorg en de uiteindelijke mate van angst en huiselijk geweld level 1 van de VZmoeder beïnvloed. Angst kwam hierbij in hogere mate voor bij moeders wonend in stedelijke gebieden. Een verklaring kan zijn dat de niet-Nederlandse moeders met dusdanige andere problematieken te maken hebben dan de Nederlandse moeders. Andere problematieken komen naar voren, zoals het moeten leven in twee werelden (binnen de traditionele etnische cultuur en de Nederlandse cultuur) en het hebben meegemaakt van traumatische gebeurtenissen in het herkomstland. Daarnaast bleek uit onderzoeksresultaten dat huiselijk geweld level 1 in hogere frequenties bij moeders voorkomt in stedelijke gebieden. Dit resultaat is in lijn met eerdere studies die hebben aangetoond dat incidentiecijfers van huiselijk geweld hoger liggen in stedelijke gebieden dan in landelijke gebieden (Cappelleri et al., 1993; Coulton et al., 1995; Spearly & Lauderdale, 1983). Een alternatieve verklaring hiervoor zou kunnen dat deze gezinnen dichter op elkaar moeten leven, wat tot stress en spanningen kan leiden.

Geconcludeerd kan worden dat angst en huiselijk geweld level 1 bij moeders uit stedelijke gebieden in hogere mate voorkomen. Er werd hierdoor bevestiging gevonden in de vooraf gestelde aanname dat problemen van deelnemers uit de stedelijke gebieden meer complex lijken te zijn dan problemen van deelnemers op het platteland. Daarbij moet wel de opmerking worden geplaatst dat uit de beschrijvende statistiek naar voren kwam dat een groot percentage moeders in de stedelijke gebieden van allochtone afkomst is. Hierdoor kan sprake zijn van een confounding effect, wat inhoudt dat bovenstaande resultaten beïnvloed kunnen zijn door het hoge percentage van allochtonen moeders wonend in stedelijke gebieden.

#### *Sterke punten en beperkingen huidige studie*

Sterk punt binnen de huidige studie is dat er gebruik gemaakt is van bestaande data uit de effectstudie van het VUmc. Door gebruik te maken van een longitudinaal RCT design was het mogelijk testen uit te voeren op een relatieve grote steekproef die gedurende een lange tijd is gevolgd. Door het randomisatie proces werd de mogelijkheid vergroot om te generaliseren naar de algehele hoogrisico doelgroep. Tot slot is er door een mixed-methods onderzoeksdesign te gebruiken de validiteit en betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten uit beide deelstudies verhoogd (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009).

Bij het interpreteren van de resultaten dient rekening te worden gehouden met enkele beperkingen binnen deze studie. Ten eerste was er binnen de kwalitatieve deelstudie sprake van zelfselectie. Alleen de respondenten die zich vrijwillig hadden aangemeld zijn meegenomen binnen de selectie procedure. Voorzichtigheid moet hierdoor worden geboden bij het generaliseren naar alle VZverpleegkundigen (Baarda et al., 2009). Er is getracht representativiteit te behalen door middel van verscheidende (zowel de stedelijke- als de landelijke) locaties mee te nemen binnen dit onderzoek. Door beperkte tijd zijn echter niet alle locaties waar de VZverpleegkundigen werkzaam zijn bezocht; vijf locaties missen. Om betere vergelijkingen met de bestaande data van de RCT te kunnen maken had elke locatie mee genomen moeten worden; hiervan was namelijk ook binnen de RCT sprake. Deze beperking biedt een aanknopingspunt voor vervolgonderzoek.

Een tweede beperking situeert zich in het aantal missings. Bij het interpreteren van de resultaten uit de kwantitatieve deelstudie is het belangrijk in acht te nemen dat er binnen de bestaande data veel missings waren, in hogere mate in de controlegroep. Daarnaast komt binnen tabel 7, 8 en 9 in de appendix naar voren dat met name binnen de etnische subgroep Turks/ Marokkaans meer dan 50% van de data rondom depressie, roken, borstvoeding en huiselijk geweld mist. Binnen deze studie is echter gekozen toch alle variabelen mee te nemen; dit heeft als consequentie dat de resultaten binnen voorgaande variabelen met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Een derde beperking komt naar voren binnen de variabele depressie. Depressie is binnen huidig onderzoek niet meegenomen binnen de voormeting van de RCT. Dit impliceert dat de huidige resultaten die betrekking hebben op de mate van depressie van de moeder alleen gebaseerd zijn op de zes nametingen die gedurende de effectstudie hebben plaatsgevonden. Hierdoor konden geen vergelijking worden gemaakt met data uit de eerste meting binnen deze effectstudie van het VUmc.

Een laatste beperking van huidig onderzoek is dat aan de RCT een zeer laag percentage Turkse en Marokkaanse moeders heeft deelgenomen. Volgens de Nederlandse Centrale van de Statistiek is 14% van alle zwangere adolescenten in Nederland van Turkse of Marokkaanse afkomst (Garssen, 2004). Echter zijn binnen de populatie van VoorZorg maar 5,5% (N = 13) van Turkse of Marokkaanse afkomst. Uit de afgenomen interviews met de VZverpleegkundigen bleek dat verklaringen konden worden gezocht in het feit dat deze etnische subgroepen minder open staan voor steun en support van buitenaf. Daarbij hebben deze moeders bij behoefte aan support vaak een hecht sociaal netwerk waar zij op terug kunnen vallen. Door het lage percentage van Turkse en Marokkaanse deelnemers plus het groot aantal missings binnen de data van deze etnische subgroep, moet voorzichtigheid geboden worden met het generaliseren van de resultaten uit de huidige studie naar toekomstige deelnemers van Turkse of Marokkaanse achtergrond.

#### *Richtingen voor toekomstig onderzoek*

De uitkomsten van deze studie bieden aanknopingspunten voor vervolgonderzoek; twee concrete aanbevelingen voor toekomstig onderzoek worden gedaan. Om de invloed van etniciteit en

verstedelijking binnen VoorZorg nog nauwkeuriger vast te kunnen stellen, dient er een grootschaliger onderzoek uitgevoerd te worden waarbij binnen een kwalitatieve studie 1) alle landelijke- en stedelijke locaties en 2) een representatief aantal moeders betrokken moeten worden. Hierin dient te worden onderzocht hoe de ervaringen van de moeders zich verhouden tot de gevonden etnische en regionale verschillen en hoe deze bevindingen zich verhouden tot de uitspraken van de VZverpleegkundigen. Meer onderzoek is nodig voor een beter afgestemde implementatie van de interventie binnen de subgroepen. Daarnaast moet binnen toekomstig onderzoek worden bekeken hoe het hoge percentage non-respons binnen de populatie hoogrisico moeders kan worden vermeden. Waardevolle inzichten kunnen hieruit voortkomen die een aanvulling kunnen zijn op huidig onderzoek.

### **Conclusie**

Concluderend op de hoofdvraag van deze studie *‘Wat voor verschillen rapporteren VZverpleegkundigen tussen etnische doelgroepen en de mate van verstedelijking en is er een (significant) modererend effect van etniciteit en verstedelijking op de effectiviteit van VoorZorg?’*, kon worden gesteld dat er geen invloed is van etniciteit en een matige invloed van verstedelijking op de relatie tussen de interventie VoorZorg en de effectiviteit die wordt behaald door dit programma. Wel werden door de VZverpleegkundigen verschillen gerapporteerd tussen etnische subgroepen en de mate van verstedelijking. Deze verschillen hadden met name betrekking op de opvoeding, het sociaal netwerk van de moeder, het gebruik maken van sociale welzijnsvoorzieningen en de doelgroep. De opgestelde hypothesen konden over het algemeen minimaal bevestigd worden aan de hand van significante resultaten. Kanttekening die bij bovenstaande conclusie moet worden gemaakt is dat VZverpleegkundigen binnen de implementatie afstemmen op elke specifieke moeder; etniciteit wordt hierin meegenomen. Dit onderzoek heeft een eerste inzicht gegeven in hoe de etnische en regionale verschillen in de praktijk vorm krijgen binnen de interventie. Op deze verschillen kan bij eventuele doorontwikkelingen van VoorZorg geanticipeerd worden.

## Literatuur

- Ackerman, B. P., Brown, E. D., & Izard, C. E. (2004). The relations between contextual risk, earned income, and the school adjustment of children from economically disadvantaged families. *Developmental Psychology, 40*, 204-216.
- Appleyard, K., Egeland, B., Van Dulmen, M. H. M., & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 235-245.
- Ayoub, C., O'Connor, E., Rappolt-Schlickmann, G., Vallotton, C., Raikes, H., & Chazan-Cohen, R. (2009). Cognitive skill performance among young children living in poverty: Risk, change and the promotive effects of Early Head Start. *Early Childhood Research Quarterly, 24*, 289-305.
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development, 55*, 83-96.
- Bernal, G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 67-81.
- Bernal, G., & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *Journal of Community Psychology, 34*, 121-132.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology, 22*, 723-742.
- Cappelleri, J. C., Eckenrode, J., & Powers, J. L. (1993). The epidemiology of child abuse: Findings from the second national incidence and prevalence study of child abuse and neglect. *American Journal of Public Health, 83*, 1622-1624.
- Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2007). How neighbourhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect, 31*, 1117-1142.
- Coulton, C. J., Korbin, J. E., Su, M., & Chow, J. (1995). Community level factors and child maltreatment rates. *Child Development, 66*, 1262-1276.
- Coulton, C. J., Korbin, J. E., & Su, M. (1999). Neighbourhoods and child maltreatment: A multi-level study. *Elsevier Science, 23*, 1019-1040.
- Dumas, J. E., Rollock, D., Prinz, R. J., Hops, H., & Blechman, E. A. (1999). Cultural sensitivity: Problems and solutions in applied and preventive intervention. *Applied and Preventive Psychology, 8*, 175-196.

- Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D. W., Henderson, C. R., Cole, R., Kitzman, H. ... Olds, D. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths. 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 164*, 9-15.
- Eldering, L. (2011). *Cultuur en opvoeding*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Fantuzzo, J., LeBoeuf, W., Rouse, H., & Chen, C-C. (2012). Academic achievement of African-American boys: A city-wide, community-based investigation of risk and resilience. *Journal of School Psychology, 50*, 559-579.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258.
- Forehand, R., & Kotchick, A. A. (1996). Cultural diversity: A wake-up call for parent training. *Behavior Therapy, 27*, 187-206.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (1992). Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse & Neglect, 16*, 455-464.
- Garssen, J. (2004). Tienermoeders: Recente trends en mogelijke verklaringen. *Bevolkingstrends: Statistisch Kwartaalblad over de Demografie van Nederland, 52*, 5-17.
- González Castro, F. G., Barrera, M., & Matrinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science, 5*, 41-45.
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2009). *Statistics for the behavioral sciences*. Wadsworth Publishing Company.
- Gutman, L. M., Sameroff, A. J., & Cole, R. (2003). Academic growth curve trajectories from 1st grade to 12<sup>th</sup> grade: Effects of multiple social risk factors and preschool child factors. *Developmental Psychology, 39*, 777-790.
- Julian, T. W., McKenry, P. C., & McKelvey, M. W. (1994). Cultural variations in parenting perceptions of Caucasian, African-American, Hispanic and Asian-American parents. *Family Relations, 43*, 30-37.
- Kauffman, J. M., Conroy, M., Gardner, R., & Oswald, D. (2008). Cultural sensitivity in the application of behavior principles to education. *Education and Treatment of Children, 31*, 239-262.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P., & Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity and adaptation in family-based prevention interventions. *Prevention Science, 3*, 241-246.
- Lucio, R., Rapp-Paglicci, L., & Rowe, W. (2011). Developing an additive risk model for predicting academic index: School factors and academic achievement. *Child and Adolescent Social Work Journal, 28*, 153-173.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2002). The construct of resilience: Implications for interventions and

- social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., Lee, L. C., Augsberger, A., & Hutto, N. (2011). A cumulative ecological-transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes: Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor. *Children and Youth Services Review*, 33, 2392-2398.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Mejdoubi, J., Van den Heijkant, S., Struijff, E., Van Leerdam, F., HiraSing, R., & Crijne, A. (2011). Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: Design of a randomised controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. *BMC Public Health*, 11.
- Olds, D. L. (2002). Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3, 153-172.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77, 16-28.
- Prinsen, B., & Oudhof, M. (2007). *Zorgen voor VoorZorg. Evaluatieonderzoek van de uitvoering van VoorZorg door JGZ-verpleegkundige*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Rouse, H., & Fantuzzo, J. W. (2009). Multiple risks and educational well being: A population-based investigation of threats to early school success. *Early Childhood Research Quarterly*, 24, 1-14.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine*, 8, 324-38.
- Spearly, J. L., & Lauderdale, M. (1983). Community characteristics and ethnicity in the prediction of child maltreatment rates. *Child Abuse and Neglect*, 7, 91-105.
- SPSS inc. (2013). SPSS 21.0 for Windows [computer software]. UK.
- Swanson, J., Valiente, C., & Lemery-Chalfant, K. (2012). Predicting academic achievement from cumulative home risk: The mediating roles of effortful control, academic relationships and school avoidance. *Merrill-Palmer Quarterly*, 58, 375-408.
- Varela, R. E., Vernberg, E. M., Sanchez-Sosa, J. J., Riveros, A., Mitchell, M., & Mashunkashey, J. (2004). Parenting style of Mexican, Mexican American and Caucasian-non Hispanic families: Social context and cultural influences. *Journal of Family Interventions*, 18, 651-657.
- Vinson, T., Baldry, E., & Hargreaves, J. (1996). Neighborhoods, networks and child abuse. *British Association of Social Workers*, 26, 523-543.
- VoorZorg (2012). *Factsheet VoorZorg, maart 2012. Verpleegkundige ondersteuning bij*



- zwangerschap, opvoeding en opgroeien*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Wagenaar-Fischer, M. M., Heerdink-Obenhuijsen, N., Kamphuis, M., & Wilde, de J. (2010). *JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Weissman, A. M., Jogerst, G. J., & Dawson, F. D. (2003). Community characteristics associated with child abuse in Iowa. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1145-1159.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspective from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology, 5*, 503-515.
- Whipple, S. S., Evans, G. W., Barry, R. L., & Maxwell, L. E. (2010). An ecological perspective on cumulative school and neighborhood risk factors related to achievement. *Journal of Applied Developmental Psychology, 31*, 422-427.
- Yasui, M., & Dishion, T. J. (2007). The ethnic context of child and adolescent problem behavior: Implications for child and family interventions. *Clinical Child and Family Psychology, 10*, 137-179.

## Appendix

Tabel 7.

*Het aantal missings binnen de onafhankelijke variabele interventie ten opzichte van angst, depressie, roken, borstvoeding, huiselijk geweld en gebruik maken van welzijnsvoorzieningen*

Interventie	Interventiegroep		Controlegroep	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Angst	54	19	63	28
Depressie	87	37	123	55
Roken	83	35	118	53
Borstvoeding	119	50	116	52
Huiselijk geweld				
level 1 <sup>1</sup>	82	42	112	51
level 2 <sup>2</sup>	82	42	112	51
Gebruik maken van welzijnsvoorzieningen	44	19	60	27

*Noot.* *n* = aantal missende respondenten

<sup>1</sup> = Onder huiselijk geweld level 1 vallen de lichte vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

<sup>2</sup> = Onder huiselijk geweld level 2 vallen de zwaardere vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

Tabel 8.

*Het aantal missings binnen de moderator verstedelijking ten opzichte van angst, depressie, roken, borstvoeding, huiselijk geweld en gebruik maken van welzijnsvoorzieningen*

Verstedelijking	Stedelijke gebieden		Landelijke gebieden	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Angst	81	26	40	26
Depressie	45	15	72	46
Roken	170	55	69	44
Borstvoeding	143	46	62	40
Huiselijk geweld				
level 1 <sup>1</sup>	137	45	61	39
level 2 <sup>2</sup>	137	45	61	39
Gebruik maken van welzijnsvoorzieningen	72	23	36	23

*Noot.* *n* = aantal missende respondenten

<sup>1</sup> = Onder huiselijk geweld level 1 vallen de lichte vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

<sup>2</sup> = Onder huiselijk geweld level 2 vallen de zwaardere vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

Tabel 9.

*Het aantal missings binnen de moderator etniciteit ten opzichte van angst, depressie, roken, borstvoeding, huiselijk geweld en gebruik maken van welzijnsvoorzieningen*

Etniciteit	Nederlands		Surinaams/Antilliaans		Turks/Marokkaans		anders	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Angst	56	25	34	28	9	35	22	25
Depressie	105	34	55	45	17	65	40	46
Roken	93	30	76	62	15	58	55	63
Borstvoeding	90	29	52	42	14	59	43	49
Huiselijk geweld								
level 1 <sup>1</sup>	93	30	50	41	15	58	40	46
level 2 <sup>2</sup>	93	30	50	41	15	58	40	46
Gebruik maken van welzijnsvoorzieningen	49	16	32	26	8	35	19	22

*Noot.* *n* = aantal missende respondenten

<sup>1</sup> = Onder huiselijk geweld level 1 vallen de lichte vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel

<sup>2</sup> = Onder huiselijk geweld level 2 vallen de zwaardere vormen van ervaringen met psychologische agressie, emotionele mishandeling, seksuele dwang en/of lichamelijk letsel