

## Inhoudsopgave

0.	Voorwoord	3
1.	Achtergrond	5
1.1.	De allochtone ouder	5
1.2.	Behoeftte versus zorgvraag	7
2.	Obstakels in de relatie tussen allochtone ouders en zorgaanbieders	11
2.1.	“Binnen gaat mijn hart kapot”; zorgen van ouders	11
2.1.1.	Wet- en regelgeving	11
2.1.2.	Communicatieproblemen	12
2.1.3.	Minder kennis van handicaps en (gezondheids)zorg	14
2.1.4.	Onbekendheid met de Nederlandse gebruiken in onderwijs en zorg	15
2.1.5.	Taakopvatting ouders	17
2.1.6.	Sociaal-economische status	18
2.2.	Bemoeizorg of pampercultuur; zorgen van professionals	19
2.2.1.	Gebrek aan betrokkenheid van allochtone ouders	19
2.2.2.	Weinig tot geen aansluiting met de thuissituatie	20
2.2.3.	Onbekendheid met de achtergrond van allochtone ouders	20
2.2.4.	De begeleiding van allochtone cliënten en hun ouders is tijdrovend	20
2.2.5.	Ontoereikendheid van de tolkinzet	21
3.	Aanbevelingen voor “andere zorg”: wie maakt de tijd?	22
3.1.	Wat is interculturalisatie?	23
3.2.	Aanknopingspunten voor interculturalisatie vanuit de literatuur	24
3.2.1.	Algemene aanknopingspunten voor interculturalisatie in de zorg	24
3.2.2.	Aanknopingspunten voor interculturalisatie in de zorg voor MG-doven	27

3.3.	Aanbevelingen voor interculturalisatie in de zorg voor MG-doven	29
3.3.1.	De hele organisatie	29
3.3.2.	Wie maakt de tijd en wie betaalt hem?	30
3.3.3.	Netwerken	30
3.3.4.	Voorlichting, informatie, communicatiecursussen	31
3.3.5.	Lotgenotencontact en meer	33
3.3.6.	Zorgconsulenten	33
3.4.	Aandachtspunten bij de aanstelling en de inzet van zorgconsulenten	34
3.4.1.	Functie-eisen	34
3.4.2.	Taken	34
3.4.3.	Scholing en inwerken	35
3.4.4.	Aansturing, samenwerking en intervisie	35
3.4.5.	Valkuilen	36
3.5.	De rol van de ouderorganisatie(s)	36
3.6.	Tot slot	37
	Geraadpleegde literatuur	39

## 0. Voorwoord

Het Deelproject Allochtonen was een van de drie deelprojecten van het MGplus-project, dat van 1 januari 2003 tot en met 31 december 2005 werd uitgevoerd. Dat de eindrapportage van dit deelproject zoveel later verschijnt is niet uitsluitend een gevolg van de gezondheidsproblemen van ondergetekende, maar heeft evenzeer te maken met de moeilijke “grijpbaarheid” van de problematiek. Het was lastig om professionals met deskundigheid op het gebied van allochtone (MG-)doven te vinden en nog lastiger om in contact te komen met allochtone ouders van MG-dove cliënten, hetgeen de complexiteit van dit onderwerp al redelijk illustreert. Er is gedurende de projectperiode met diverse mensen, binnen en buiten de (MG-)dovenwereld, gesproken, maar aanvankelijk was het erg moeilijk meer dan algemene statements aan deze gesprekken te ontleen. Aanvullende gesprekken met ouders en met ervaringsdeskundigen uit de eerstelijnsgezondheidszorg gaven een nieuwe richting aan mijn zoektocht, waardoor in elk geval een aantal aanbevelingen te formuleren viel. De uitnodiging van de Koninklijke Auris Groep aan de FODOK (en de FOSS<sup>1</sup>) om deel te nemen aan een studiereis naar Marokko kwam op het goede moment: in Marokko hielpen gesprekken met ouders en professionals om de behoeften en knelpunten in beeld te krijgen. Ook de ervaringen van de Auris-reisgenoten hebben bijgedragen aan mijn toegenomen (maar zeker niet volledige) greep op deze materie.

Al diegenen die mijn inzicht in de behoeften van allochtone ouders van MG-dove cliënten vergroot hebben wil ik hartelijk bedanken:

- de Marokkaanse en Turkse ouders en andere familieleden voor hun vertrouwen, hun gastvrijheid en hun openheid;
- de allochtone en autochtone professionals uit de dovenwereld voor het delen van ervaringen en twijfels;
- de allochtone en autochtone professionals uit de reguliere gehandicaptenzorg die vanuit hun inmiddels verder gevorderde ervaring mij een blik in hun keuken gunden;
- de allochtone en autochtone hulpverleners uit de eerstelijnsgezondheidszorg, die lieten zien hoe zij met vallen en opstaan met hun allochtone patiënten omgaan.

Ook hier wil ik weer de leden van de stuurgroep van het FODOK-netwerk *Het andere dove kind* bedanken voor hun voortdurende deskundige ondersteuning en advisering.

Tenslotte gaat mijn dank uit naar de fondsen die het MGplus-project financierden: de Nederlandse Stichting voor het Gehandicapte Kind (NSGK), het VSB-fonds, de Stichting Kinderpostzegels Nederland (SKN), de Rabobank Foundation en het Fonds Verstandelijk Gehandicapten (FVG).

*Mariën Hannink*  
*juli 2007*

---

<sup>1</sup> Nederlandse Federatie van Ouders van Slechthorende Kinderen en Kinderen met Spraak-taalmoeilijkheden



# 1. Achtergrond

## 1.1. De allochtone ouder

Hoewel al enige decennia verzucht wordt dat allochtone ouders moeilijk te betrekken zijn bij onderwijs en zorg, hebben we als multiculturele samenleving nog nauwelijks oplossingen voor dit probleem kunnen aandragen. Deels zal dit te maken hebben met de veranderende maatschappelijke opvattingen, variërend van pampere (maar dan wel op onze, Nederlandse, manier) tot “ze passen zich maar aan”; deels komt dit uiteraard voort uit het feit dat “DE allochtone ouder” niet bestaat.

Over de term “allochtoon” is veel discussie (geweest), hij zou verhullend zijn of juist stigmatiserend dan wel te politiek correct; daarbij bedoelen we er doorgaans vooral niet-westerse migranten mee. Hier wordt de term niettemin gebruikt, omdat het begrip in al z’n tegenstrijdigheden wel redelijk is ingeburgerd (en ook dat is inmiddels een discutabele term).

Ook over de definitie van “allochtoon” bestaan diverse opvattingen. Volgens de standaarddefinitie van het CBR uit 1999 wordt een persoon allochtoon genoemd als tenminste één ouder in het buitenland is geboren. Doordat in het verleden meerdere definities van allochtonen in omloop waren, kunnen publicaties verschillen in de telling van het aantal allochtonen in Nederland (Van Keulen en Van Beurden 2006).

Het Nederlandse minderhedenbeleid richt zich op die groepen die gemiddeld genomen een lage positie in onze samenleving innemen en afkomstig zijn uit een samenleving met een andere dan de Nederlandse cultuur; daaronder rekent men immigranten uit voormalige koloniën, buitenlandse werknemers en hun gezinnen vanuit de landen rondom de Middellandse Zee, vluchtelingen en asielgerechtigde personen, maar ook zigeuners en woonwagenbewoners (Eldering 2006). In de onderhavige publicatie gaat het met name om de tweede groep, met de nadruk op ouders in de eerste en de tussengeneratie (diegenen die respectievelijk zestien jaar of ouder en tussen de zes en de zestien jaar waren bij aankomst in Nederland). De indruk bestaat dat voor een toenemend aantal ouders van de tweede generatie (diegenen die voor hun zesde jaar naar Nederland kwamen of hier zijn geboren) de Nederlandse samenleving minder geheimen heeft, al komen ook zij genoeg obstakels tegen.

*Als ik weer mocht kiezen zou ik in mijn eigen land blijven, ook al had ik dan weinig geld. Het gaat er niet om dat je rijk bent, maar dat je gelukkig bent en dat was ik daar. Nu ben ik nergens thuis en nergens echt welkom. Mijn kinderen zullen hier trouwen en kinderen krijgen. Het is onmogelijk voor hen om terug te gaan, dat weet ik. Ik heb de oversteek gemaakt en hen hier gebracht. Als zij terug zouden gaan naar Marokko krijg je weer hetzelfde verhaal.*

Marokkaanse moeder die in het kader van de gezinshereniging naar Nederland kwam (Ajarai en Van Heemstra 2006)

Een extra aandachtspunt in dit verband is het feit dat er relatief veel allochtonen zijn met een handicap, waaronder doofheid (Croon 2000, Eldering e.a. 1999). Dit kan te maken hebben met de slechtere medische voorzieningen in het land van herkomst, maar zeker ook met het feit dat in de islamitische cultuur, om diverse redenen, een huwelijk met een bloedverwant redelijk vaak voorkomt. Dit vergroot de kans op een kind met een handicap en al helemaal wanneer er enige generaties lang binnen de familie getrouwd wordt. Lang niet alle ouders zijn daarvan voldoende op de hoogte; Eldering e.a. (1999) pleiten er dan ook voor om hierover meer voorlichting te geven en daarbij ook te wijzen op de mogelijkheden van erfelijkheidsonderzoek.

Uiteraard zijn er tussen de verschillende allochtone groepen veel verschillen waar te nemen, die gerelateerd zijn aan land van herkomst, taal, cultuur, religie, maatschappijvisie, reden van immigratie enzovoort. Maar ook binnen de betreffende groepen bestaan onderlinge verschillen qua taal, godsdienstige overtuiging, opleiding, inkomen, sociale status, mate van inburgering in Nederland en (dus) ook qua kennis van de Nederlandse taal en de Nederlandse samenleving. Wanneer hier of elders dus over “DE allochtone ouder” spreken doen we heel veel mensen tekort. En toch zal ook in deze publicatie gegeneraliseerd (moeten) worden. Allereerst heb ik me voor dit project moeten beperken tot Turkse en Marokkaanse ouders, om de eenvoudige reden dat het niet mogelijk was voldoende ouders van een andere herkomst te bereiken. En daarmee ga ik voorbij aan de problematiek die op veel instellingen ook gevoeld wordt, nl. dat het onmogelijk is alle allochtone ouders (op sommige instellingen is sprake van 10 tot 20 verschillende nationaliteiten) groepsgewijs aan te spreken, hetgeen in Nederland nog steeds de meest beproefde methode is. Toch zullen ook over de benadering van die andere groepen aanbevelingen worden gedaan.

Daarnaast wordt in dit verslag evenmin aandacht besteed aan de problematiek van vluchtelingen die al dan niet legaal in Nederland verblijven en als zodanig een zeer kwetsbare positie innemen t.a.v. de kwaliteit en de continuïteit van de zorg voor hun MG-dove kind. Door de regelgeving in Nederland is het vaak moeilijk (MG-)dove kinderen van vluchtelingen te voorzien van passende zorg; met veel kunst- en vliegwerk zien behandelaars soms kans om voor deze kinderen de meest noodzakelijke voorzieningen te treffen zoals gehoorapparatuur. Communicatietraining, passende scholing of activiteitenbegeleiding zijn dan veelal niet aan de orde. Hoewel dit een ernstig probleem is dat met het recente pardon niet meteen opgelost zal zijn, viel het niet binnen het bestek van dit deelproject. Het lijkt geen twijfel dat aan deze kwetsbare groep veel meer aandacht besteed zal moeten worden, ook omdat we ervan uit kunnen gaan dat het percentage asielmigranten zal toenemen (Eldering 2006). Zou het dus zo zijn dat het aantal eerste- en tussengeneratie-ouders uit Turkije en Marokko in de loop der jaren afneemt en derhalve de vertaalslag (in brede zin) voor de Turkse en Marokkaanse ouders minder ingrijpend hoeft plaats te vinden, dan nog blijft multicultureel beleid op de instellingen gewenst voor het toenemende aantal ouders dat als asielmigrant beschouwd kan worden.

Wat voor mij tot slot de leidraad in mijn zoektocht naar “andere zorg” vormde, is de houding van diverse professionals op een onderwijscongres in de Verenigde Staten, zoals verwoord door mijn collega Els van der Zee tijdens de presentatie van de door de FODOK vervaardigde video voor allochtone gezinnen op 21 april 1994:

*Geloof het niet als men je vertelt dat deze gezinnen niet in hun dove kind geïnteresseerd zijn, het tegendeel is waar, maar je moet je wel in hun situatie verdiepen en je van hun behoeften en problemen bewust worden. Dan kom je vanzelf op de benaderingswijze die wel vruchten afwerpt. Dat is onze verantwoordelijkheid. Uiteindelijk worden wij betaald voor ons werk, terwijl zij er, met alle problemen die ze al hebben, niet om hebben gevraagd een doof kind te krijgen.*

En hiermee mag tevens duidelijk zijn dat de FODOK al veel eerder, in samenwerking met het Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders, aandacht besteedde aan allochtone ouders van dove kinderen: in het Turks, Marokkaans-Arabisch, Berbers en Engels verschenen in 1994 een videoband, een cassette en een boekje voor ouders, gebaseerd op de Nederlandse uitgaven *Doof en dan...* en *Oog voor het dove kind*<sup>2</sup>. (Van de Engelse variant verscheen alleen een video met voice over.) Hierin wordt met nadruk aandacht besteed aan het belang van toegankelijke communicatie. In het kader van hetzelfde project verscheen, in samenwerking met het Seminarium voor Orthopedagogiek, een boekje met achtergrondinformatie voor leraren en hulpverleners: *Kleurendooft* (Louwe 1995). Overigens is er op dit moment weinig inzicht in de mate waarin genoemde oudermaterialen (die uiteraard inmiddels niet meer up to date zijn) door de gezinsbegeleidingsdiensten en onderwijs- en zorginstellingen worden uitgereikt en in hoeverre ze ook werkelijk gebruikt worden door allochtone ouders en professionals. Enkele geïnterviewde ouders kenden dit materiaal in elk geval wel.

## **1.2. Behoefte versus zorgvraag**

De doelstelling van het deelproject Allochtonen werd in 2002 aldus geformuleerd:

*Zicht krijgen op de behoeften van allochtone familieleden van meervoudig gehandicapte doven en hulp- en zorgverleners die met deze groep werken opdat ook de wensen en behoeften van deze groep meer in beeld komen en beter vervuld kunnen gaan worden.*

Ook toen was duidelijk dat betrokkenheid van allochtone ouders niet alleen het belang van deze ouders en hun kinderen, maar ook dat van de professionals en de instellingen diende. De instellingen kunnen immers niet optimaal functioneren wanneer zij niet op de

---

<sup>2</sup> Recent (in 2007) kwam een nieuwe Nederlandse versie van *Oog voor het dove kind* uit, een compleet herziene heruitgave van de twee boekjes *Oog voor het dove kind* en *Doof en dan...*

vragen van hun klanten kunnen inspelen. En de gedachte in Nederlandse onderwijs- en zorginstellingen is dat het welzijn van de leerling/cliënt een gedeelde verantwoordelijkheid vormt van instelling en ouders en dat het de kwaliteit van zorg en onderwijs ten goede komt als de ouders zich in dat verband betrokken voelen en tonen bij hun kind. Dovenzorg en –onderwijs hebben in toenemende mate te maken met allochtone leerlingen/cliënten en alom klinkt de verzuchting dat het allochtone thuisfront onvoldoende bereikt wordt. Het percentage allochtone leerlingen/cliënten op de doveninstellingen is inmiddels zo groot dat “de instellingen failliet gaan, als alle allochtonen zouden vertrekken”, zo vertrouwde een dovenhulpverlener mij toe. Hetgeen nog eens onderstreept dat de doveninstellingen er alle belang bij hebben hun beleid te interculturaliseren, ware het niet dat vooralsnog de meest gespecialiseerde zorg voor MG-doven bij een beperkt aantal instellingen te vinden is, waardoor de ouders weinig keus hebben en derhalve niet zo snel zullen afhaken. Maar laten we ervan uitgaan dat het streven naar optimale kwaliteit van de zorg de drijfveer van de instellingen is en dat daarom het besef moet doordringen dat een belangrijk onderdeel daarvan is het tegemoetkomen aan de behoeften van de allochtone cliënten en hun ouders.

De ondersteuningsbehoefte van ouders van MG-dove kinderen is tweeledig: allereerst wensen zij voor hun kind het best mogelijke aan zorg, behandeling en bejegening en daarnaast hebben ze zelf veelal ondersteuning nodig op het gebied van acceptatie, begeleiding en opvoeding van hun MG-dove kind, opvoeding van hun andere kinderen, hun zoektocht in de wereld van de regelgeving, maar ook hulp voor hun eigen machteloosheid en hun gevoel niet meer opgewassen te zijn tegen het leven met hun MG-dove kind. Hierin verschillen autochtone ouders niet van allochtone ouders. Ook in het verslag van het Deelproject Netwerk (*Het gaat nog steeds...* Hannink 2007) komen deze behoeften nadrukkelijk naar voren. En veel ouders voelen zich ten aanzien van hun persoonlijke ondersteuningsbehoeften vaak behoorlijk in de steek gelaten. Ook Van Keulen en Van Beurden (2006) verwoorden dit aldus:

*In veel programma's tot opvoedingsondersteuning worden moeders gezien als instrument om de ontwikkeling van hun kinderen te bevorderen en niet of minder als opvoeders die zelf steun nodig hebben.*

Voor allochtone ouders komt daar nog, vanuit hun relatieve onbekendheid met de Nederlandse samenleving, een dimensie bij die uit diverse veelal onderling samenhangende aspecten is opgebouwd:

- onbekendheid met wet- en regelgeving
- communicatieproblematiek
- minder kennis van handicaps en (gezondheids)zorg
- onbekendheid met de Nederlandse gebruiken in onderwijs en zorg
- taakopvatting ouders
- sociaal-economische status



Genoemde zaken (verder uitgewerkt in hoofdstuk 2) hebben tot gevolg dat allochtone ouders zich vaker overbelast voelen door de verzorging en de opvoeding van hun gehandicapte kind (Eldering e.a. 1999). Daardoor vragen deze ouders van begeleidende instanties vaak eerder praktische en materiële ondersteuning en lijken ze minder oog te hebben voor de pedagogische behoeften van hun kind. Disbudak (2004) bevestigt dit:

*Veel allochtone gezinnen die de zorg hebben over een of meer gehandicapte kinderen lijken gevangen te zitten in een vicieuze cirkel. Ze zijn belast met een veelheid aan problemen. De economische problemen drukken nog meer vanwege de problemen van fysieke en geestelijke aard. Het aan de zijlijn staan van de samenleving van deze gezinnen maakt dat de hulp die gezocht wordt vooral van praktische aard is. Puur gericht om het gezinsleven draaiende te houden.*

Het Nederlandse zorgjargon is de laatste jaren uitgebreid met termen als zorgvraag, hulpvraag, hulpvraagverduidelijking, indicatie, vraaggestuurd en cliëntgericht. Al deze begrippen gaan uit van een mondige en goed geïnformeerde cliënt, die uiteindelijk, weliswaar na het invullen van een schier oneindige hoeveelheid formulieren, datgene krijgt waar hij recht op heeft of althans datgene wat door de betreffende zorgtoewijzer als zodanig gezien wordt. En tussen die laatste twee interpretaties bestaat nog wel eens een spanningsveld.

Voor autochtone ouders is bovenstaande vaak al een hele klus, voor allochtone ouders is het doorgaans niet haalbaar:

*Veel allochtone ouders zijn niet in staat om bij de zorginstellingen duidelijk te maken wat hun wensen zijn. Zo kan het zijn dat ouders geen concrete hulpvraag hebben, maar wel een behoefte. Het achterhalen van deze hulpbehoefte en de coaching van de vertaling van die behoefte is vaak een tijdrovende aangelegenheid. Daarom zou het wenselijk zijn om een case manager aan te stellen die kan bemiddelen tussen de ouders en de zorginstelling. Deze tussenpersoon verduidelijkt de hulpvraag en begeleidt de zorghulpverlening van de instelling.*

Disbudak 2004

Je kunt niets vragen als je niet weet in welke richting je moet zoeken, dat geldt voor iedereen en al helemaal voor allochtone ouders: wanneer je uit een andere cultuur afkomstig bent, heb je voor het stellen van de goede vraag heel andere ondersteuning nodig dan wanneer je “gewoon” uit Nederland komt. We moeten het dus eerder over de behoefte van allochtone ouders hebben dan over de zorg- of hulpvraag.

Zoals gezegd was het in het kader van dit project ook de bedoeling om de behoeften van zorg- en hulpverleners in beeld te krijgen. Een inventarisatie van knelpunten leverde het volgende op:

- gebrek aan betrokkenheid van allochtone ouders
- weinig tot geen aansluiting met de thuissituatie
- onbekendheid met de achtergrond van allochtone ouders
- de begeleiding van allochtone cliënten en hun ouders is tijdrovend
- ontoereikendheid van de tolkinzet

Op deze en de eerder genoemde door de ouders ervaren hindernissen zal in het volgende hoofdstuk verder worden ingegaan.

## **2. Obstakels in de relatie tussen allochtone ouders en zorg-aanbieders**

Zowel ouders als zorg- en hulpverleners ervaren hindernissen in de wederzijdse contacten. In dit hoofdstuk worden de ervaren problemen verder uitgewerkt aan de hand van voorbeelden uit gevoerde gesprekken en uit de literatuur.

### **2.1. “Binnen gaat mijn hart kapot”; zorgen van ouders**

Uit de literatuur en uit de gesprekken die ik met ouders voerde, bleek hoezeer de verschillende problemen met elkaar verweven zijn en hoe moeilijk het voor ouders is om daar vervolgens uit te komen, niet wetend waar te beginnen en met het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden. De indruk die bij mij overbleef was dat veel instanties slecht doorverwijzen, niet echt oog hebben voor de werkelijke behoeften van de MG-dove cliënt en zijn ouders en nauwelijks doorvragen in gesprekken met ouders. Dat geldt met name voor instanties waar ouders mee te maken krijgen buiten de MG-dovenzorg om. Binnen de MG-dovenzorg blijft het feit dat cliënten op een gegeven moment uitgeplaatst worden vanwege hun leeftijd een van de belangrijkste bronnen van zorg en frustratie voor autochtone en allochtone ouders. Zij moeten immers, vaak zonder ondersteuning van de instelling, op zoek naar een passende plek voor hun kind. Allochtone ouders hebben in dit toch al moeilijke proces een grote achterstand op autochtone ouders.

#### **2.1.1. Wet- en regelgeving**

Allochtone ouders zijn vaak onbekend met het Nederlandse zorgstelsel, met regelgeving, faciliteiten en vergoedingen. Waar autochtone ouders al met heel veel moeite (een deel van) de weg vinden, is de zorg voor allochtone ouders al helemaal een ondoordringbare vesting. Zo vertelt de zus van een Turkse cliënt dat zij op een gegeven moment door MEE in haar woonplaats verkeerd werd geadviseerd toen zij haar broer bij meerdere instellingen wilde inschrijven. Dit verkeerde advies veroorzaakte veel vertraging in de uitplaatsing van haar broer.

Meerdere ouders geven aan dat zij bij toeval hoorden over een mogelijke luiervergoeding voor hun oudere kind. Eldering e.a. (1999) beschrijven diverse situaties waarin Turkse en Marokkaanse ouders pas in een laat stadium horen op welke voorzieningen ze recht hebben. En ook in De Jong (2000) doen ouders daarvan melding:

*“Ik weet niet bij welke instantie ik moet zijn en waar ik iets moet aanvragen.”*

*“We ontdekken altijd per ongeluk iets over regelingen en voorzieningen.”*

Bij enkele ouders zorgt het eigen familienetwerk voor informatievoorziening, en soms krijgen ze relevante informatie van bekenden afkomstig uit dezelfde cultuur. In het algemeen fungeert dit familienetwerk en in iets mindere mate het netwerk van landgenoten vooral als emotionele en praktische ondersteuning in de thuissituatie.

### **2.1.2. Communicatieproblemen**

Een aantal allochtone ouders beheerst het Nederlands niet voldoende om met vertrouwen een gesprek met een zorgverlener aan te gaan. Anderzijds veronderstellen de professionals soms dat de ouders meer begrijpen dan ze in feite doen. Het gevolg daarvan is permanente miscommunicatie: de professional denkt dat de ouders iets weten of begrijpen, dicht hen een referentiekader toe dat ze niet hebben en borduurt daar op voort, waardoor de informatieachterstand alleen maar groter wordt.

Duidelijk moet zijn dat het hier niet alleen om een taalprobleem gaat, hoe relevant dat ook is. Ook in de communicatieve gebruiken zijn er veel verschillen tussen de autochtone hulpverlener en de allochtone ouder. Meermalen maakte ik mee dat de ouders op een heel indirecte manier hun problemen duidelijk probeerden te maken, eenmaal ook in een gesprek tussen hulpverlener en ouder: de vader probeert zijn relatie met de instelling te beschrijven en vertelt daarom met veel omhaal over een aantal zaken waarover in het verleden onenigheid bestond. In de ogen van de hulpverlener zijn dit oude koeien, in de opvatting van de vader verduidelijkt zijn verhaal de huidige problemen. De hulpverlener probeert zijn irritatie te verbergen en verzucht achteraf dat het zo moeilijk is om de agenda af te werken.

De studiereis naar Marokko illustreerde bij ieder bezoek weer treffend wat in veel literatuur te lezen is: een eerste ontmoeting/gesprek is bedoeld om de relatie aan te gaan en te bevestigen, daarna is pas de gelegenheid om, gedoseerd, de inhoud aan de orde te stellen. Alleen dat al is de Nederlander vreemd: tijd is immers geld, wij noemen het beestje bij de naam en vallen liefst met de deur in huis.

*Praten over problemen met het kind is voor ouders niet vanzelfsprekend. Verwacht ook niet dat ouders zelf met bepaalde problemen zullen komen. 'De vuile was hangt u immers niet buiten.' Pas wanneer u als persoon het vertrouwen van de ouders hebt gekregen, zullen ze een gesprek hierover accepteren.*  
Stichting VOPRO in Mekkaoui 2006

“Taal is de sleutel van de voordeur van het huis” staat in Van Keulen en Van Beurden (2006) geciteerd. Die sleutel ontbreekt ons vaak: onze kennis van de taal van de ouders is vaak nihil en de kennis van de Nederlandse taal is bij veel allochtone ouders ontoereikend. Het inzetten van een tolk is niet altijd de oplossing. Allereerst is de directe vertaalslag soms al moeilijk: voor medische termen is niet altijd een adequate vertaling. Daarnaast kan de aanwezigheid van een tolk voor de ouder als bedreigend ervaren

worden: weer een extra persoon met wie hij/zij geconfronteerd wordt. Soms ook verwacht de ouder een bemiddelende rol van de tolk, die deze uiteraard niet kan bieden (Louwe 1995). En met een tolk los je discrepantie in communicatiecultuur niet op. Toch heeft in veel gevallen de aanwezigheid van een professionele tolk de voorkeur boven de inzet van een tolkend familielid, zelfs als dit de vader is. Het is immers belangrijk dat vader en moeder dezelfde informatie krijgen en zich in het gesprek kunnen mengen. Een familielid kan, eerder nog dan de professionele tolk, moeite hebben met jargon, vertaalt soms met de beste bedoelingen maar een deel van de informatie en heeft uiteraard geen geheimhoudingsplicht.

Bij Marokkaanse ouders is het taalprobleem nog gecompliceerder: de instelling weet vaak niet wat voor tolk er ingezet moet worden, Arabisch of Berbers. Daarnaast beheersen Marokkaanse ouders het Nederlands vaak minder goed dan Turkse ouders en is onder de Marokkaanse moeders vaker sprake van analfabetisme (Disbudak 2004; Eldering e.a. 1999).

Een communicatievalkuil van een andere orde is dat de hulpverlener zijn allochtone gesprekspartner als dom beschouwt vanwege diens gebrekkige Nederlands. Hij past dan niet alleen zijn taal aan, maar versimpelt ook de inhoud van zijn boodschap, waardoor niet alleen inhoudelijke misverstanden ontstaan, maar ook de relatie tussen hulpverlener en ouder verstoord wordt.

Een ander knelpunt dat de communicatie betreft, wordt veroorzaakt door het feit dat het MG-dove kind op de instelling gebarencommunicatie aangeleerd krijgt, die vervolgens niet door alle gezinsleden wordt geleerd en in praktijk gebracht, om uiteenlopende redenen. Ouders geven soms aan daartoe onvoldoende mogelijkheden te zien ofwel de noodzaak ervan te betwijfelen, terwijl vanuit de instelling getwijfeld wordt aan de goede wil van de ouders in deze. In het algemeen is mijn indruk dat de ouders onvoldoende op de hoogte zijn met de communicatie(on)mogelijkheden van hun kind, omdat in de gesprekken daarover een aantal aspecten door de hulpverlener als vanzelfsprekend worden aangenomen. En daarnaast wordt niet altijd rekening gehouden met de communicatiespagaat waarin allochtone ouders zich bevinden:

*...niet alleen het expliciet informatie leren overdragen kan voor hen vreemd zijn, ook het gebarensysteem dat wordt onderwezen is gebaseerd op het Nederlands, en de voertaal in de cursus zelf is ook Nederlands: een taal die door hen (en zeker door de moeder, die toch vaak met de opvoeding is belast) doorgaans matig wordt beheerst. Als de ouders in de thuissituatie de geleerde gebaren gaan begeleiden met gesproken uitingen in de thuistaal in plaats van met Nederlands, geeft dit voor de kinderen een vervreemdend effect: op school en in het internaat ziet het immers andere mondbeelden die de gebaren begeleiden.*

Louwe 1995

### 2.1.3. Minder kennis van handicaps en (gezondheids)zorg

Allochtone ouders zijn minder vertrouwd met het medische en hulpverleningsjargon en hebben minder kennis van de variatie aan handicaps die hier in Nederland min of meer bekend zijn (doofheid, verstandelijke handicap, autisme, gedragsproblematiek); daardoor hebben zij ook minder zicht op de noodzaak van bepaalde voorzieningen, activiteiten en ondersteuningsmogelijkheden voor hun MG-dove kind. Voor ouders telt in eerste instantie vaak de basale, praktische hulpverlening, zoals hulpmiddelen voor het kind, het ontlasten van het gezin, het verbeteren van de huisvesting. De visie op en vooral de beleving van de handicap zijn voor allochtone ouders veelal anders dan die van autochtone ouders. Vaak wordt gesteld dat voor allochtone ouders het hebben van een gehandicapt kind een taboe is, waardoor het moeilijk voor ze is naar buiten te treden met hun kind, hulp te zoeken of deel te nemen aan groepsbijeenkomsten. Disbudak (2004) zegt daarover bijvoorbeeld:

*De handicap van het kind wordt maar moeilijk geaccepteerd. Vaak wordt het als een straf van Allah ervaren of als een persoonlijk falen. Dat dit het proces van de zorgaanvraag en de uiteindelijke hulpverlening bemoeilijkt staat als een paal boven water.*

Dit beeld wordt niet door iedereen onderschreven: sommige ouders veronderstellen dat de terughoudendheid van allochtone ouders soms ook te maken heeft met hun slechte ervaringen met hulpverleningsinstanties en met praktische problemen als vervoer en tijdstip van een groepsbijeenkomst.

Eldering (1999) stelt daarnaast vast dat de Islam voor Turkse en Marokkaanse ouders een belangrijke bron van steun is; hun geloof leert hen zich aan het onvermijdelijke aan te passen.

In de Marokkaanse (stedelijke) samenleving en in de Marokkaanse media worden gehandicapten wel steeds zichtbaarder, zo werd mij duidelijk, er is van overheidswege en vanuit de koninklijke familie ook meer aandacht voor mensen met handicaps. Marokkaanse gesprekspartners maakten overigens wel duidelijk dat die openheid over handicaps zeker niet overal in Marokko bestaat en dat ook niet overal overheid en koningshuis klaarstaan om gehandicapten en hun ouders te steunen.

Bij sommige ouders bestaat het idee dat de handicap te genezen is. Vanuit dat gezichtspunt is het niet verwonderlijk dat, zoals wel door hulpverleners wordt gemeld, allochtone ouders een mogelijkheid als CI<sup>3</sup> snel aangrijpen, soms zonder voldoende voorbereid te zijn op het mogelijke (gebrek aan) resultaat voor hun kind. Een enkele ouder verwacht dat zijn kind met gedragsproblematiek “wel rustiger” wordt als hij ouder is, een in de Marokkaanse cultuur niet ongebruikelijk verwachtingspatroon voor jongens

---

<sup>3</sup> CI = Cochleair Implantaat, een geavanceerd hoorapparaat dat deels in het hoofd geplaatst wordt

met wilde haren (Buitelaar 2007). Het lijkt mij plausibel dat bij sommige ouders de hoop op genezing versterkt wordt door de versimpelde uitleg van sommige hulpverleners over de handicap of stoornis of meer in het algemeen door de communicatieproblemen tussen hulpverlener en allochtone ouders.

Zowel bij de geïnterviewde ouders als uit de literatuur komt naar voren dat verschillende ouders, ook diegenen die in Nederland maximaal gebruik maken van de mogelijkheden die de reguliere (gezondheids)zorg hen biedt, alternatieve genezers bezoeken in hun land van herkomst. Doorgaans praten ze daar niet makkelijk over en al helemaal niet met de reguliere hulpverleners. Mijn indruk hiervan was dat zij daardoor soms valse hoop koesterden over de toekomst van hun gehandicapte kind.

Doordat allochtone ouders vaak minder vertrouwd zijn met handicaps en de (terminologie van de) zorg daaromheen, hebben zij minder inzicht in de behoeften van hun kind. Zoals gezegd beperken zij zich dan tot de materiële en praktische vragen en staan zij soms zelfs gereserveerd tegenover een aanbod op het gebied van sociaal-emotionele en (soms ook) cognitieve ontwikkeling van hun gehandicapte kind. Die gereserveerdheid kan overigens ook voortkomen uit de andere visie op opvoeding van de allochtone ouders.

Kort (en zeer gesimplificeerd) gezegd onderscheidt men in het algemeen intentioneel en functioneel opvoeden. In westerse culturen is in het algemeen het intentioneel en kindgericht opvoeden steeds belangrijker geworden; dit houdt in dat ouders op het opvoedingsproces reflecteren en daarin sturend optreden en dat de zelfontplooiing van het kind gestimuleerd wordt. Ouders in niet-westerse culturen zijn doorgaans veel minder bewust bezig met opvoeden; dat functioneel opvoeden impliceert vooral de dagelijkse, vanzelfsprekende omgang met kinderen. Dit verschil heeft te maken met andere verschillen tussen de westerse en niet-westerse samenlevingen: in de laatste zijn minder keuzemogelijkheden t.a.v. de toekomst en is de sociaal-economische situatie vaak van dien aard, dat reflectie op opvoeding niet aan de orde is en de rolpatronen in principe vaststaan. De prioriteiten in de niet-westerse opvoeding liggen met name in het aanpassen aan de sociale omgeving, in de westerse opvoeding meer op zelfstandigheid en zelfredzaamheid; de termen wij-cultuur voor de niet-westerse en ik-cultuur voor de westerse samenleving worden ook gebruikt (Eldering 2006; Van Keulen en Van Beurden 2006; Louwe 1995; Prakken en Van der Sman 2001).

#### **2.1.4. Onbekendheid met de Nederlandse gebruiken in onderwijs en zorg**

Allochtone ouders zijn vaak onbekend met de Nederlandse gebruiken op het gebied van ouderbetrokkenheid in onderwijs en zorg en voelen zich ten opzichte van professionals ondeskundig en dus zeker geen gelijkwaardige gesprekspartner. Ouderavonden, rapportbesprekingen, handelingsplannen zijn vaak al geen bekende grootheden in het land van herkomst en de meeste allochtone ouders voelen er weinig voor om deel te nemen aan activiteiten waarvan ze vermoeden dat ze er maar heel weinig te halen

hebben. Ook zien veel allochtone ouders de taken van school en zorginstelling geheel los van hun eigen opvoedingverantwoordelijkheid. Sommige ouders lijken instellingen regelrecht te wantrouwen op basis van eerdere slechte ervaringen bij dezelfde of een andere instelling (zie ook Van Keulen en Van Beurden 2006; Prinsen e.a. 2003). Opvoedingsadviezen van de instellingen worden door de betreffende ouders dan ook als bemoeizucht afgedaan. En het lijkt alsof er vanuit de instelling onvoldoende pogingen gedaan zijn om de ouders van het tegendeel te overtuigen.

Schriftelijke uitnodigingen voor ouderavonden of andere gezamenlijke activiteiten worden niet altijd begrepen en de vrijblijvende toon ervan maakt dat ouders zich niet geroepen voelen om te komen en al helemaal niet als er op dat tijdstip gewerkt moet worden of er kinderoppas geregeld zou moeten worden. En het feit dat men zich niet capabel voelt om aan gesprekken deel te nemen dan wel informatie aan te horen draagt daar uiteraard ook aan bij.

Ook MG-dove kinderen volgen onderwijs. Voor veel allochtone ouders is de betekenis van deze vorm van onderwijs onduidelijk. Ook dit heeft weer te maken met hun visie op opvoeding en onderwijs, volgens welke kinderen opgroeien door zich de normen van de samenleving eigen te maken en te presteren om een plek in die samenleving te veroveren. Tijdens de studiereis in Marokko bleek ook meermalen dat het onderwijs aan verstandelijk gehandicapte en autistische kinderen vaak meer had van “bezighouden” dan van het aanleren van vaardigheden. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat in het onderwijs aan kinderen met een enkelvoudige zintuiglijke handicap de lat hoger leek te liggen.

Een bijzondere ervaring tijdens de studiereis was de kennismaking met enkele zeer betrokken ouders van gehandicapte kinderen. Soms was het zelfs zo dat bepaalde voorzieningen voornamelijk tot stand waren gekomen dankzij de verregaande inspanningen van de betreffende ouders, vaders én moeders. Op een kinderdagverblijf organiseerde men regelmatig informatieochtenden voor ouders (met name moeders) en was betrokkenheid van de ouders bij de zorg voor de kinderen een voorwaarde. Wat de ouderbetrokkenheid in Marokko betreft dient wel een kanttekening gemaakt te worden: voor het oog kregen de ouders alle ruimte en werd hun inzet om voorzieningen gefinancierd te krijgen zeer gewaardeerd, maar op het gebied van het instellingsbeleid leken zij niet veel invloed te hebben.

Het fenomeen ouderorganisatie was in Marokko nog maar net opgekomen, in de vorm van een organisatie van ouders van dyslectische kinderen (waaronder daar ook spraaktaalproblematiek valt), die buitengewoon actief is op het gebied van empowerment van ouders en scholing van professionals.

In Nederland is het erg moeilijk om allochtone ouders te interesseren voor een ouderorganisatie; veel ouders hebben er nog nooit van gehoord (Eldering e.a. 1999). Dat was ook al de ervaring van de FODOK in de tijd dat er per dovenschool nog een oudervereniging bestond, die op lokaal niveau actief was. Nu ook een aantal van die



ouderverenigingen is opgeheven, wegens gebrek aan belangstelling, is het helemaal moeilijk om allochtone ouders te bereiken voor landelijke activiteiten en blijft de FODOK een zeer witte organisatie. Op de MG-contactdagen zijn nooit allochtone ouders aanwezig geweest. Wel gaven zich enkele ouders van tevoren op, maar zonder uitzondering meldden ze zich op het laatste moment af, met name om praktische redenen (reisafstand of gezondheidsperikelen). Zowel bij de ouders als uit de literatuur blijkt zowel de behoefte aan als de ervaring met lotgenotencontact heel wisselend. Een klein aantal van de geïnterviewde ouders bezoekt wel door de instelling georganiseerde familiebijeenkomsten, maar die monden zelden of nooit uit in verdere persoonlijke contacten. Ouders die betrokken waren bij de oprichting van het Migranten Platform Gehandicapten Amsterdam en omstreken zijn zeer te spreken over hun contacten met andere ouders (De Jong 2000; Disbudak 2004), terwijl de ouders uit het onderzoek van Eldering e.a. 1999 niet veel ervaring met lotgenotencontact hadden en als ze die hadden betrof het vaak oppervlakkige contacten.

Allochtone ouders hebben ook vaak een meer afwachtende houding en gaan niet altijd zelf op zoek naar hulp en ondersteuning (Eldering e.a. 1999). Uit de gesprekken met professionals en vanuit de literatuur wordt dit op diverse manieren verklaard. De vraagsturing zoals die in Nederland in praktijk wordt gebracht, vraagt zoals gezegd om mondige, goed geïnformeerde ouders. Hoe complexer de problematiek en hoe minder goed het informatieniveau van de ouder hoe minder vraagsturing in de praktijk gestalte kan krijgen. Dat geldt voor een aantal autochtone ouders (waarschijnlijk meer dan wij denken) en voor veel allochtone ouders. Een hulpverlener stelt dat bij allochtone ouders veel meer van “bemoeizorg” uitgegaan moet worden: de zorgbehoefte moet vastgesteld worden, de hulpverlener moet niet wachten op de zorgvraag vanuit de ouders. Een allochtone hulpverlener geeft aan dat allochtone ouders meer vertrouwen hebben in een hulpverlener die zelf initiatieven neemt en voorstellen doet voor de begeleiding van hun kind en Eldering e.a. (1999) stellen:

*Ook zouden veel ouders graag een actievere opstelling van deze instellingen [SPDen en andere instellingen voor pedagogische en praktische hulp, MH] zien. Niet in de zin dat de medewerkers van deze instellingen de hulpvraag alvast voor de ouders formuleren, maar zij zouden de gezinnen frequenter moeten bezoeken en niet alleen wanneer de ouders een concrete vraag hebben.*

### **2.1.5. Taakopvatting ouders**

*Een moeder zorgt altijd dat het goed gaat en let op wanneer het kind ziek is.*  
Turkse moeder van een MG-dove zoon

In weerwil van de indruk die hulpverleners soms hebben, nl. dat allochtone ouders hun kind maar al te graag aan een instelling overdragen en zichzelf dan minder verantwoordelijk voelen, kampt een groot aantal ouders met zeer gemengde gevoelens

over het verblijf van hun MG-dove kind in een instelling. Ze hebben soms het idee dat hun kind onvoldoende aandacht en liefde krijgt, niet op tijd verschoond wordt of te lang in bed moet blijven liggen. Een enkele moeder bezoekt de instelling daarom met enige regelmaat om zelf een beetje voor haar kind te kunnen zorgen, wat haar niet altijd in dank wordt afgenomen: het kind zelf zou ervan in de war raken en ook de groepsgenoten kunnen die verstoring van hun dagritme doorgaans niet aan.

Eldering e.a. (1999) stellen:

*Marokkaanse en Turkse ouders zien het krijgen van een gehandicapt kind als een gegeven van God en zij zijn van oordeel dat het hún taak is dit kind zo goed mogelijk te verzorgen en op te voeden. Bijna alle ouders [uit het betreffende onderzoek, MH] wijzen dan ook een uithuisplaatsing van het kind af. Zij hopen het kind zelf te kunnen blijven verzorgen met behulp van hun oudere kinderen en wat extra hulp vanuit een instelling.*

Ook wordt in de literatuur gewezen op de angst van ouders hun kind te verliezen aan de instelling (Disbudak 2004; Van Keulen en Van Beurden 2006).

In mijn contacten met allochtone ouders stelde ik nog een andere angst vast, nl. dat het ongenoegen dat zij ventileren naar de instelling gevolgen zou hebben voor de behandeling van hun kind. (Overigens geldt dit niet alleen voor allochtone ouders....) Steevast volgt er op een kritische noot richting instelling dan ook een uiting van dankbaarheid voor de goede zorgen.

### **2.1.6. Sociaal-economische status**

Vaak hebben allochtone ouders een laag opleidingsniveau, een lage sociale positie, zijn zij minder draagkrachtig dan autochtone ouders en beschikken zij over minder adequate huisvesting. Zoals eerder gemeld heeft dit gevolgen voor het soort hulp dat deze ouders in eerste instantie zoeken, nl. praktische en materiële ondersteuning: hulpmiddelen, beter aangepaste huisvesting, thuisnabij verblijf van hun kind, subsidiemogelijkheden.

Het grootste deel van de Turkse en Marokkaanse moeders is huisvrouw; veel van de oudere Marokkaanse moeders hebben weinig of geen onderwijs gevolgd. Diverse vaders werken buitenshuis, niet zelden onregelmatig, een redelijk groot aantal gezinnen leeft van een uitkering (Eldering 2006; Eldering e.a. 1999; Van Keulen en Van Beurden 2006, Pool e.a. 2005).

De lage sociaal-economische status heeft meer gevolgen voor het gezin: de reismogelijkheden zijn beperkter zowel in financieel opzicht (niet alle gezinnen blijken op de hoogte te zijn van de mogelijkheden van reiskostenvergoeding) als in praktisch opzicht. Een aantal moeders is minder gewend om alleen op stap te gaan, voelt zich niet vertrouwd met het openbaar vervoer of vindt het bezwaarlijk 's avonds op straat te lopen dan wel in een onbekende omgeving een bijeenkomst te bezoeken. Zij zijn daardoor vaak afhankelijk van anderen die hen brengen en halen. De vaders die werk hebben

vinden het niet vanzelfsprekend om vrij te nemen voor door school of zorginstelling georganiseerde activiteiten of hebben daarvoor binnen hun werk geen mogelijkheden.

Het lagere opleidingsniveau maakt dat een aantal ouders zich niet capabel voelt om naar bijeenkomsten te gaan of gesprekken met de leerkracht of de orthopedagoog te voeren. Oudere ouders nemen nog wel eens andere kinderen mee naar zo'n gesprek of bijeenkomst, maar dat heeft niet altijd voordelen. Een moeder vertelde mij dat als zij haar zoon meenam zichzelf minder aan het woord kwam en vaak vergat wat ze wilde vragen. De nadelen van een familielid als tolk zijn in 2.1.2. aan de orde geweest.

Al met al geldt in het algemeen dat hoe lager de sociaal-economische status van de ouders hoe minder breed hun horizon is en hoe beperkter ook hun praktische mogelijkheden zijn om betrokken te zijn bij de zorg en onderwijs van hun kind.

## **2.2. Bemoeizorg of pampercultuur; zorgen van professionals**

De professionals die met allochtone MG-dove cliënten werken zijn grofweg in twee groepen te verdelen: diegenen die blijven proberen en al het mogelijke doen om hun attitude aan te passen aan de allochtone ouders ("niet te snel oordelen") en diegenen die allochtone ouders hun passieve houding verwijten, zoals de hulpverleners geciteerd in Croonen (2000):

*"Hier komen ze niet als het niet verplicht is, ook al is het gratis."*

*"Veel allochtone ouders zijn niet erg kritisch en minder betrokken bij hun dove kind dan Nederlandse ouders. Ze vinden het gedoe en moeite voor niks."*

Deze professionals hebben in elk geval gemeen dat ze nog niet DE manier hebben gevonden om allochtone ouders structureel te betrekken in zorg en onderwijs. Hoopgevend is wel dat in feite alle professionals met wie ik contact had aangegeven nog steeds op zoek te zijn naar betere wegen om in contact te komen en te blijven met allochtone ouders.

### **2.2.1. Gebrek aan betrokkenheid van allochtone ouders**

Talrijk zijn de verhalen over met veel zorg georganiseerde ouderbijeenkomsten, waarbij weinig of geen allochtone ouders verschijnen. Daarnaast vinden professionals het ook moeilijk om individuele afspraken met ouders te maken: bespreking van het handelingsplan, rapportbesprekingen: de ouders verschijnen niet of te laat en lijken zich nauwelijks voor de inhoud van de gesprekken te interesseren. Vaak worden nog wel pogingen ondernomen om allochtone ouders speciaal uit te nodigen, maar heel veel extra tijd is daarvoor niet beschikbaar en een eerder gegeven "ja" blijkt niet altijd een garantie voor de aanwezigheid van de ouders. Allochtone ouders die op bezoek komen

in de instelling waar hun MG-dove kind verblijft, zouden zich niet altijd aan de regels houden en lijken geen oog te hebben voor het belang van de andere cliënten.

Professionals vinden allochtone ouders ook vaak passief en niet bereid tot actie en staan dan voor de keuze zelf de eerste stap te zetten of de toch wel zichtbare behoefte te negeren. Een lastig dilemma in een zorgsysteem waarin geregistreerd en verantwoord moet worden op basis van de zorgvraag van de cliënt.

### **2.2.2. *Weinig tot geen aansluiting met de thuissituatie***

In samenhang met het voorgaande: professionals zeggen weinig greep te krijgen op de thuissituatie van de allochtone MG-dove cliënt. Instructies ten aanzien van communicatie, medicatie en dieet worden niet altijd opgevolgd, gehoorapparaten vaak thuis uitgedaan. Daarnaast ergeren ze zich soms aan het gebrek aan structuur dat het MG-dove kind thuis lijkt mee te krijgen door onregelmatige eet- en slaaptijden. Professionals hebben soms ook het idee dat ouders die kiezen voor een CI zelden goed voorbereid zijn op tegenvallers in dat traject. Soms heeft de hulpverlener uitsluitend contact met één ouder en komt de andere niet in beeld of verloopt het contact uitsluitend via een broer of zus van de cliënt, waardoor een belangrijk deel van de het thuisgebeuren van de cliënt onzichtbaar blijft voor de hulpverlener.

### **2.2.3. *Onbekendheid met de achtergrond van allochtone ouders***

Docenten, zorg- en hulpverleners hebben soms geen idee wat ze kunnen verwachten van de thuiscultuur van de allochtone MG-dove cliënt. Ze bereiden zich enigszins voor, hebben soms een karikaturaal beeld van de islam en/of van het land van herkomst, weten niet precies welke houding aan te nemen bij huisbezoeken of bij oudergesprekken op de instelling. En heel soms is er bij de professional geen bereidheid zich aan te passen aan de situatie van de allochtone ouders, maar in feite heb ik dat nauwelijks waargenomen. Iedereen doet op zijn (individuele) manier zijn best, dat maakt het bestaan van de kloof tussen allochtone ouders en aanbieders des te wranger.

### **2.2.4. *De begeleiding van allochtone cliënten en hun ouders is tijdrovend***

Diverse docenten, hulp- en zorgverleners laten weten graag meer tijd te willen steken in de begeleiding van allochtone ouders, maar zien daartoe binnen het instellingsbeleid weinig ruimte. Er is niet meer geld en dus niet meer tijd beschikbaar voor deze groep. Met enige regelmaat gebeurt het ook dat een huisbezoek aan een allochtoon gezin leidt tot inschakeling bij andere problemen, die niet altijd direct cliëntgerelateerd zijn. In het huidige financieringsbestel bestaat geen mogelijkheid in dat geval de helpende hand te bieden, hoe nijpend de behoefte ook is en hoezeer ook de gemoedsrust van het gezin ten goede zou komen aan de cliënt.

### **2.2.5. *Ontoereikendheid van de tolkinzet***

Zich bewust van de taalbarrière maken diverse (maar lang niet alle) professionals gebruik van tolken in hun contacten met allochtone ouders. Desondanks ervaren ze achteraf regelmatig dat ouders bepaalde boodschappen absoluut niet meegekregen dan wel anders geïnterpreteerd hebben, terwijl de tolk erkend en gediplomeerd was. Ze zien ook verschillen in functioneren van de tolken: de ene tolk vraagt sneller om verduidelijking, een ander lijkt meer tijd te nemen voor uitleg aan de ouder. Het geeft ze hoe dan ook het frustrerende gevoel dat ze geen greep hebben op hoe hun boodschap overkomt.

### 3. Aanbevelingen voor “andere zorg”: wie maakt de tijd?

*Bij het beschrijven van de mogelijkheden om in de nabije toekomst de situatie van de allochtone kinderen te verbeteren, kunnen we een aantal niveaus onderscheiden: Allereerst zullen alle betrokkenen (gezinsbegeleidingsdiensten, leden van commissies van onderzoek, leraren, schooldirecteuren, klasseassistenten, groepsleiders, leden van ouderverenigingen, allochtone en autochtone ouders en leerlingen etc.) moeten leren reflecteren op hun benaderingswijzen van allochtonen en, indien noodzakelijk, hun omgangsgedrag leren aanpassen. Ten tweede zullen er in de gezinsbegeleiding, in de scholen, op internaten en dergelijke programmatische aanpassingen ontwikkeld en doorgevoerd moeten worden. Tenslotte, maar bepaald niet het minst belangrijk, zullen er op instellingsniveau maatregelen genomen moeten worden om financiën vrij te maken voor de realisering van de ontwikkelde en nog te ontwikkelen plannen. Louwe (1995)*

Het lijkt erop dat deze duidelijke en terechte aanbevelingen van inmiddels 12 jaar geleden door maar heel weinigen gehoord of gelezen zijn, laat staan opgevolgd. En dat is teleurstellend, want, zoals we hebben kunnen constateren, instellingen en allochtone ouders ervaren nog steeds grote hindernissen in de onderlinge contacten en het kan niet anders dan dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg aan allochtone MG-doven. In 12 jaar tijd had er heel wat opgebouwd kunnen worden. Curieus genoeg was het Allochtonenproject van de FODOK een van de eerste projecten die materialen vervaardigden voor allochtone ouders en professionals die met allochtone kinderen werken in zorg en onderwijs voor gehandicapte kinderen. Als zodanig werd het vaak als voorbeeld aangehaald, het is jammer dat in de sector zelf er zo weinig mee gedaan is. We mogen hopen dat het besef dat er echt iets moet gebeuren tot in alle regionen doordringt, in het belang van de allochtone cliënten en hun ouders én dat van de instellingen.

Waar de literatuur en de ondervraagde ouders en professionals het in elk geval roerend over eens zijn, is dat multicultureel beleid niet bewerkstelligd kan worden door één persoon of één activiteit, maar iets is waarvan een hele organisatie doordrenkt moet zijn. Prinsen e.a. (2003) formuleren dit in de inleiding van hun Oudercursus voor Turkse en Marokkaanse ouders van een kind met een handicap of ontwikkelingsachterstand aldus:

*Van een instelling die de oudercursus gaat aanbieden, mag echter verwacht worden dat zij intercultureel beleid voert of anders gaat voeren. Wenselijk is dat de oudercursus een plaats krijgt in een organisatie, die zich instelt op dienstverlening aan allochtone cliënten. Een instelling, die haar personeelsbeleid, haar toegankelijkheid en bereikbaarheid, haar zorgaanbod en voorlichting op de cliëntengroep aanpast. Het komt de geloofwaardigheid van de oudercursus ten goede als de oudercursus een plaats krijgt in een beleid van interculturalisatie*

*voor de gehele instelling of nog breder een beleid, dat gericht is op het stimuleren van diversiteit.*

### **3.1. Wat is interculturalisatie?**

*Interculturalisatie is een proces waarbij de instelling zich ten doel stelt te veranderen tot een multiculturele instelling waarin:*

- als vanzelfsprekend rekening wordt gehouden met etnisch-culturele diversiteit in de uitvoerende hulpverlening, in de wijze van leidinggeven en in alle facetten van het instellingsbeleid, zoals cliëntenbeleid en personeelsbeleid;*
- culturele diversiteit wordt gezien als een meerwaarde;*
- een stabiele heterogene cultuur heerst met multiculturele waarden en normen;*
- een multi-etnisch personeelsbestand is, met allochtone medewerkers op alle niveaus.*

*Kortom: een organisatie waarin multiculturaliteit tot in de haarvaten is doorgedrongen, gericht op optimaal resultaat van de organisatie.*

*Bellaart 2003*

Op beperkte schaal houdt men zich in de dovenwereld of eerder in de (onderwijs-)wereld van cluster 2 bezig met allochtonenbeleid. De Koninklijke Auris Groep begon hiermee, het Rudolf Mees Instituut van de toenmalige Ammanstichting stond dan ook aan de wieg van het allochtonenproject van de FODOK uit de jaren '90. Auris heeft al lange tijd een speciale allochtonenmedewerker in dienst die op allerlei manieren docenten, ambulante begeleiders en andere beroepsgroepen in de organisatie ondersteunt op het gebied van omgang met allochtonen en die ook regelmatig wordt ingezet bij individuele contacten. Via contactpersonen per aangesloten school/dienst vindt informatie-uitwisseling plaats (Mekkaoui 2006). De Koninklijke Effatha Guyot Groep kent het Expertisecentrum Meertaligheid dat op dit terrein actief is.

Maar in feite is in dovenzorg en –onderwijs ook al op andere wijze gepoogd aan multiculturalisatie te werken, namelijk door het aanstellen van dove medewerkers op diverse niveaus. Dat streven heeft enig (maar weinig structureel) effect gehad op de doofvriendelijkheid van de betreffende organisaties. Wanneer we ervan uitgaan dat in dit geval gebruik van een gemeenschappelijke taal (nl. de gebarentaal) een indicatie kan zijn voor de gelijkwaardige positie van doof personeel, kunnen we concluderen dat bij diverse instellingen deze vorm van multiculturalisatie niet tot stand is gekomen: de gebarentaal wordt nauwelijks tussen medewerkers onderling gebruikt en is ook in de contacten tussen medewerkers en leerlingen/cliënten minder vanzelfsprekend geworden. Dove medewerkers voelen zich snel geïsoleerd en er wordt weinig aan gedaan om dat tij te keren. Wel hebben de meeste instellingen dove medewerkers, maar die worden

slechts in een klein aantal organisaties beschermd door een werkelijk doofvriendelijk beleid, waardoor in veel gevallen de kans op isolement en afhaken groot is. Een coördinatiepunt (WBS = Werving en Begeleiding naar Scholing, ondergebracht bij bureau DDS) om dove mensen in doveninstellingen aan het werk te krijgen strandde bijna doordat enkele organisaties dit aspect van het werk liever in eigen hand hielden. Het opleidingsniveau van dove medewerkers is vaak te laag voor de functies die de aanbieders in huis hebben. In de verschillende organisaties is niet altijd speciale aandacht voor bijscholing of extra waardering voor de ervaringsdeskundigheid die de dove medewerkers meebrengen. Wellicht kan een nieuwe aanpak op het gebied van interculturalisatie van de instellingen ten aanzien van allochtonen ook voor de dove medewerkers vruchten afwerpen...

### **3.2. Aanknopingspunten voor interculturalisatie vanuit de literatuur**

Duidelijk mag zijn dat in feite alle interculturalisatieaspecten en –aanknopingspunten die in de literatuur genoemd worden, ook van toepassing zijn of zouden moeten zijn op de interculturalisatie van de zorg aan MG-doven. Daarnaast brengt het specifieke van de doofheid in combinatie met een of meer handicaps, waarvan het effect groter is dan dat van de som der delen, met zich mee dat ook een aantal extra aandachtspunten aan de orde gesteld wordt.

#### **3.2.1. Algemene aanknopingspunten voor interculturalisatie in de zorg**

In de literatuur wordt een veelheid aan punten genoemd die alle in meerdere of mindere mate van toepassing zijn op de zorg voor allochtone MG-doven, waarbij de toegankelijkheid van de instelling voor allochtone ouders centraal staat als middel om hun bijdrage aan het welbevinden en de ontwikkeling van hun gehandicapte kind te verbeteren en om (zo wordt soms expliciet, in uiteenlopende termen, toegevoegd) het welbevinden van ouders te vergroten.

Eldering e.a. (1999) constateren dat Marokkaanse en Turkse ouders een groot gevoel van verantwoordelijkheid hebben voor de verzorging en de opvoeding van hun verstandelijk gehandicapte kind en dat zij hun kind, met hulp van familie en externe instanties, graag thuis willen verzorgen. De materiële positie van deze gezinnen is na de komst van hun gehandicapte kind echter sterk achteruitgegaan. In dat licht bezien is het niet verwonderlijk dat de auteurs pleiten voor een verbetering van de huisvesting en de materiële positie van deze gezinnen. Ook zij stellen, in het kader van het vergroten van de toegankelijkheid van voorzieningen met nadruk:

*Toegankelijkheid van de voorzieningen in de gehandicaptenzorg is niet alleen de verantwoordelijkheid van de individuele medewerkers, maar van de gehele instelling. Dit beleid zou zich moeten richten op de explicitering en eventuele*



*herformulering van de doelstellingen met betrekking tot de hulpverlening aan allochtone gezinnen. Dit beleid moet in eerste instantie voldoen aan de behoefte van Marokkaanse en Turkse ouders aan voorlichting, materiële en praktische ondersteuning en zou periodiek gecontroleerd en geëvalueerd moeten worden.*

Daarnaast vragen de auteurs aandacht voor voorlichting over de risico's van huwelijken tussen bloedverwanten, waarbij zij, gezien de gevoeligheid van het onderwerp, een centrale rol bepleiten.

Ook concluderen de auteurs dat, omdat de meeste ouders zo in beslag genomen worden door de verzorging van hun gehandicapte kind, zij eigenlijk geen tijd meer hebben om ook nog eens aandacht te besteden aan de ontwikkeling van hun kind. Zij bepleiten daarom een door de instelling te ontwikkelen plan van aanpak voor elk kind, dat in nauwe samenwerking met de ouders zou moeten worden uitgevoerd, om zo de ouders bewust te maken van de mogelijkheden van hun kind en de kloof tussen de thuissituatie en de instelling te verkleinen. Prinsen e.a. (2003) sluiten hier min of meer op aan met hun oudercursus voor Turkse en Marokkaanse ouders van een kind met een handicap of ontwikkelingsachterstand, waarmee zij een drietal doelen nastreven:

- *het versterken van contacten met lotgenoten om het emotionele verwerkingsproces van het hebben van een gehandicapt kind te ondersteunen;*
- *het zelfvertrouwen en het inzicht vergroten in de opvoeding en de verzorging van hun gehandicapte kind;*
- *het vergroten van het inzicht in de ontwikkeling van hun kind en de mogelijkheden om die ontwikkeling zelf en met hulp van anderen te stimuleren.*

*Een abstracter doel van de oudercursus, dat in het verlengde van deze drie doelen ligt, is bij te dragen aan het voorkomen van ernstige problemen bij jonge kinderen met een handicap of ontwikkelingsachterstand dan wel bij te dragen [bedoeld wordt uiteraard: "te voorkomen", MH] dat problemen onnodig ernstiger vormen aannemen.*

Deze doelstellingen probeert men via deze oudercursus op twee manieren te realiseren: informatievoorziening en uitwisseling van ervaringen en in samenhang daarmee: lotgenotencontact. Voorafgaand aan de oudercursus worden huisbezoeken afgelegd om de behoeften in kaart te krijgen (zowel in het algemeen als met betrekking tot de cursus) en om na te gaan of er andere zaken geregeld moeten worden (bijvoorbeeld kinderopvang of vervoer). De oudercursus geeft op een heel toegankelijke manier voorlichting over de zorgen thuis, voeding, verzorging, opvoeding, communicatie, spel, onderwijs, behandelingen voorzieningen en verenigingen. In de cursusmap zit een Turkse en een Marokkaans-Arabisch versie, voorafgegaan door een handleiding voor de cursusleiding. De cursusleiding bestaat uit twee begeleiders, waarvan bij voorkeur

een van beiden de taal van de groep spreekt. Indien mogelijk wordt de professionele cursusleider bijgestaan door een ervaringsdeskundige ouder van een gehandicapt kind.

Het draaiboek voor zes voorlichtingsbijeenkomsten voor allochtone ouders met een gehandicapt kind (Op reis langs de voorzieningen; Nelissen 2003) van het voormalige NIZW wil allochtone ouders basisinformatie geven over voorzieningen, hulpmiddelen en regelingen die voor hen van belang zijn. Informatie wordt ook door middel van foto's verstrekt; beeldmateriaal heeft immers de voorkeur boven leesmateriaal, zo wordt gesteld.

De cursus Opvoedingsondersteuning voor (moeilijk bereikbare) Marokkaanse ouders van het JSO (expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding; Van den Berg e.a. 2006) heeft vergelijkbare uitgangspunten: informatievoorziening, ondersteuning en lotgenotencontact. Dit alles in nauwe samenwerking met het consultatiebureau en onder leiding van een voorlichter die zowel Nederlands als Marokkaans-Arabisch of Berbers spreekt. De cursus gebruikt onder andere dagdelen uit het leven van kind en gezin als aanknopingspunt om bepaalde onderwerpen aan te snijden. In de eerste bijeenkomst wordt tijdens de presentatie van het programma en de "spelregels" benadrukt dat alles gezegd kan worden en dat dit binnen de groep blijft.

Het NIZW ontwikkelde ook algemene ouderbijeenkomsten onder het motto *Opvoeden in beeld* over zes verschillende thema's (opvoeden in twee culturen, jonge kinderen en moederschap, opvoeding van pubers, kinderen en vrije tijd, veilig opgroeien en seksuele opvoeding); bij deze bijeenkomsten hoort een Nederlandse handleiding en een videoband in het Nederlands, Turks, Marokkaans-Arabisch, Marokkaans-Berbers of Papiamentu. Het begeleidende magazine laat in het Nederlands, Turks en Marokkaans-Arabisch ouders en jongeren op een toegankelijke manier aan het woord over hun ervaringen.

Van Kreveld (2004) stelt vast dat interculturalisatie op enkele scholen werd bevorderd door het instellen van zowel een Vader- als een Moederraad en dat op een school waar meerdere nationaliteiten vertegenwoordigd waren het zinvol was de ouders uit te nodigen in aansluiting op speciale activiteiten van de kinderen op school. Daarnaast werd ook vastgesteld dat moederbijeenkomsten zeer welkom waren; dat die moeders een verschillende culturele achtergrond hadden, was hier geen probleem.

In haar inventarisatie van de wenselijkheid en de haalbaarheid van een multicultureel en multifunctioneel gasthuis doet Aysel Disbudak (2004) diverse behartenswaardige suggesties:

- werven van allochtoon personeel;
- zorgdragen voor de "culturele sensibiliteit" van de Nederlandse medewerkers;
- registratie door zorgaanbieders van de nationaliteit van de gebruikers;
- nadruk op mondelinge overdracht van informatie;

- inzetten van bemiddelaars/intermediairs die helpen bij de communicatie tussen allochtone ouders en instellingen;
- informatie en voorlichting over de handicap en de mogelijkheden voor het verbeteren van de levenskwaliteit van het gehandicapte kind;
- ondersteunen van de ouders bij het leren accepteren van de handicap van hun kind;
- Om het vertrouwen van ouders te vergroten moeten bij preventie- en voorlichtingsbijeenkomsten allochtone medewerkers ingezet worden; deze hebben de voorkeur boven tolken omdat die niet op de hoogte zijn van de gehandicaptenzorg;
- een informatieloket in het gasthuis, waar allochtone ouders terecht kunnen met al hun vragen, zorgen, klachten en suggesties;
- een case manager die allochtone ouders adviseert en/of doorverwijst;
- contacten onderhouden met de ouders door middel van een telefoonlijn, jaarlijkse informele ontmoetingsdag;
- inzet van actieve ouders binnen de instelling, die zaken kunnen signaleren en als intermediairs kunnen fungeren;
- een mogelijkheid voor lotgenotencontact, dus faciliteiten zodat de ouders elkaar informeel kunnen ontmoeten;
- alternatieve weekendopvang (bijvoorbeeld alleen voor overdag);
- meer aandacht voor dagbesteding en alternatieve weekendopvang voor 18+;
- instellen van een zorglijn, een telefoonlijn waar allochtone ouders (in hun eigen taal) en instellingen terecht kunnen met informatie, signalen en klachten.

Daarnaast heeft Disbudak door de oprichting van het Migrantenplatform Gehandicapten Amsterdam en omstreken duidelijk aangetoond dat het wel degelijk mogelijk is om allochtone ouders te mobiliseren, zolang je dat maar op hun condities doet (Van de Bilt en Disbudak 2002, Disbudak 2001 en De Jong 2000).

In de eerstelijnsgezondheidszorg wordt inmiddels in toenemende mate gebruik gemaakt van allochtone zorgconsulenten (of migrantenvoorlichters, migrantengezondheidswerkers dan wel voorlichters in de eigen taal en cultuur) die als intermediair tussen hulpverlener en allochtone patiënt optreden, waardoor ze eventuele taal- en cultuurverschillen weten te overbruggen. Daarnaast geven ze (zowel individueel als in groepsverband) voorlichting in de eigen taal en cultuur over gezondheid, opvoeding en de gezondheidszorg in Nederland (Van Mechelen en Nieuwenhuizen 2003).

### **3.2.2. Aanknopingspunten voor interculturalisatie in de zorg voor MG-doven**

Doofheid in combinatie met verstandelijke handicap en/of autisme is een buitengewoon gecompliceerde handicap en vraagt veel inzicht, invoelingsvermogen en communicatievaardigheden van ouder en hulpverlener.

*Een doof kind dat nóg een handicap heeft, wordt meervoudig gehandicapt genoemd. Maar wat betekent dat eigenlijk? Je kunt die vraag vrij simpel*

*beantwoorden: als een kind meervoudig gehandicapt is heeft hij verschillende handicaps, die ieder op zich zijn ontwikkeling beïnvloeden en die ook elkaar beïnvloeden. De handicaps kunnen dus niet los van elkaar worden gezien. Hier gaat het gezegde op dat het geheel meer is dan de som van de delen: het is geen kwestie van  $1 + 1 = 2$ . De combinatie van handicaps heeft als het ware een hele nieuwe handicap tot gevolg, die de ontwikkeling van het kind belemmert.*  
(FODOK 1997/2000)

Uit ervaring weten we (Hannink 2003 en 2007) dat het ook voor ouders die redelijk thuis zijn in de Nederlandse samenleving moeilijk is om de juiste weg te vinden met en voor hun MG-dove kind. Voor allochtone ouders die al nauwelijks vertrouwd zijn met de terminologie rondom de afzonderlijke handicaps zal het nog lastiger zijn in eerste instantie te doorgronden wat hun kind heeft en wat het vervolgens nodig heeft. Hoe je het ook wendt of keert: de extra taal die in dit verband gaat meespelen, maakt het voor ouders en kind niet makkelijker om met elkaar te communiceren, of het voor het kind nu wel of niet haalbaar is betekenis te verlenen aan spraak of mondbeeld. In 2.1.3. is de communicatiespagaat van allochtone ouders ook aan de orde geweest. Louwe (1995) zegt over de aanpak daarvan:

*Voor de communicatiecursussen zal men actief moeten gaan werven onder allochtone ouders. De voorlichtingsvideo 'Doof en dan' blijkt voor allochtone ouders zeer stimulerend om zich daadwerkelijk te gaan inzetten voor het leren van gebaren. Bij de organisatie zal men wel nadrukkelijk rekening moeten houden met eventuele bijzondere omstandigheden waarin deze ouders verkeren. Een specifieke cursus voor bijvoorbeeld een groepje Turkse ouders, aangepast aan hun werktijden, zou overwogen kunnen worden. Zo kan men dan tevens meer rekening houden met een mogelijk mindere communicatievaardigheid in het Nederlands.*

*In de thuissituatie zullen de dove kinderen veelal met een andere voertaal geconfronteerd worden. In het onderwijs zal men kinderen hierop alert moeten maken. Wellicht is het zelfs mogelijk om, in samenwerking met en in aanwezigheid van de ouders het kind iets te leren uit de dagelijkse omgangstaal van de thuissituatie.*

Louwe pleit ook voor intensivering van de contacten tussen ouders en instelling, door middel van frequentere huisbezoeken en uitnodigingen voor activiteiten in klas of leefgroep. Hij waarschuwt ook voor het fenomeen dat allochtone leerlingen zonder aantoonbare nevenhandicap in MG-groepen geplaatst worden.

Uiteraard wijst Louwe ook op de gewenste multiculturele attitude van professionals en gebruik van materialen waarin ook andere culturen dan de Nederlandse aanbod komen.

Zijn pleidooi om het PAD-curriculum<sup>4</sup> ook voor allochtone dove kinderen te gebruiken, ook al komt het voort uit de westerse ik-gerichte opvoedingscultuur, kan ik alleen maar onderschrijven. Helaas zijn de ouderhandboeken in het Turks en het Marokkaans-Arabisch niet geactualiseerd en ook niet meer beschikbaar.

Verdere beleidsaspecten waarvoor volgens Louwe aandacht moet zijn, na het formuleren van het organisatiestandpunt met betrekking tot interculturalisatie, zijn:

- actieve werving van allochtone medewerkers;
- bezinning op de toelatingscriteria van allochtone medewerkers;
- facilitering (financieel en qua tijd);
- opbouwen van externe contacten (tolkdienst, moskeevereniging, imam enz.);
- interculturele onderwijsaanpassingen voor alle leerlingen, specifiek voor de allochtone;
- voorlichting aan alle ouders en overige betrokkenen over het ingenomen interculturele standpunt;
- verbetering van de informatie aan allochtone ouders en intensivering van oudercontacten;
- deskundigheidsbevordering, ook op de lange termijn.

Blumenthal e.a. (2000) concluderen dat, naar aanleiding van een studiereis naar doof Marokko in 1999, een aantal eerder bestaande ideeën nieuw leven werd ingeblazen, te weten:

- de inzet van allochtone intermediairs;
- aanbrengen van voor migranten cultureel herkenbare elementen;
- betrekken van de doelgroep bij projecten.

### **3.3. Aanbevelingen voor interculturalisatie in de zorg voor MG-doven**

#### **3.3.1. De hele organisatie**

Het kan niet vaak genoeg gezegd worden: interculturalisatie kan alleen dan plaatsvinden indien de hele organisatie daarbij betrokken is. Interculturalisatie mag niet aan één persoon hangen: daarvoor is de mens te kwetsbaar en het onderwerp te belangrijk. Het moet bestuurders en medewerkers in alle lagen van de organisatie duidelijk worden dat de kwaliteit van zorg alleen gehandhaafd kan worden als we rekening houden met alle cliënten en alle ouders. Dat vraagt veel van een ieder, maar dat zal op termijn nog meer opleveren in termen van kwaliteit.

Één persoon zal weliswaar eindverantwoordelijk moeten zijn voor het allochtonenbeleid; deze zal diverse medewerkers moeten kunnen aansturen die zich met de uitvoering van beleid bezighouden.

---

<sup>4</sup> PAD = Programma Alternatieve Denkstrategieën, een leerplan voor het stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling, door de FODOK in 1996 in Nederland geïntroduceerd en vertaald.

Dit impliceert ook zeer actief wervingsbeleid van allochtone medewerkers, dat begint al in nauwe contacten met de verschillende opleidingen (ook door het promoten van de eigen instelling en voorlichting over de doelgroep), het aanbieden van gevarieerde stages aan allochtone studenten; ook daar moet tijdig en veel in geïnvesteerd worden.

### **3.3.2. *Wie maakt de tijd en wie betaalt hem?***

In de afgelopen jaren is me meer dan duidelijk geworden dat tijd een belangrijk aspect is in de contacten met allochtone ouders. Een gesprek met een vaste eindtijd kan voor de hulpverlener structuur bieden, voor de allochtone ouder betekent het druk. Zeker voor een gesprek met meer betrokkenen en/of een tolk moet veel meer, minstens anderhalf tot tweemaal zoveel, tijd worden genomen vergeleken met een “gewoon” oudergesprek.

Een ander aspect van tijd speelt nog mee: investeer tijd in het leggen van de contacten met de allochtone ouder, houd er rekening mee dat een belangrijk deel van de gesprekken die met een allochtone ouder gehouden worden gebruikt worden voor het (be)vestigen van de relatie, plan daarom meer ontmoetingsmomenten in dan gebruikelijk. Dat maakt ook de inhoud van de gesprekken hanteerbaarder: er wordt immers niet gewacht tot zich een crisissituatie voordoet voordat er contact gelegd wordt.

En tot slot: verwacht niet dat het contact met allochtone ouders direct verbetert nadat de veranderingen zijn ingezet: de ouder heeft ook tijd nodig om zijn houding aan te passen en de organisatie het vertrouwen te geven.

In Nederland en in het Nederlandse zorgstelsel is tijd geld. Alle mogelijkheden moeten worden aangegrepen om aan te tonen dat allochtonenbeleid meerwaarde heeft, maar dat er ook een prijskaartje aan hangt. In sommige gevallen vindt al een budgetverhoging plaats in geval van allochtone cliënten, maar het is de vraag of dat bedrag toereikend is en of het altijd wel voor de doelgroep wordt ingezet. Bepaalde maatregelen zullen op projectbasis ontwikkeld en gefinancierd moeten worden, waarna naar structurele mogelijkheden gezocht moet worden.

### **3.3.3. *Netwerken***

Verschillende auteurs wijzen op de noodzaak van het aanhalen van banden met allochtone netwerken, zoals migrantenplatforms, moskeeverenigingen, imams enzovoort. Over de inzet van moskeeën zijn bij de ondervraagden de meningen verdeeld en ook in de media worden hierbij kanttekeningen geplaatst (Özdemir 2007). De reserves van de betrokkenen betreffen het gebrek aan representativiteit van de moskeeën: liberale moslims, moslims uit een andere geloofsrichting (bv. de Alevieten) en vrouwen komen daar niet of nauwelijks. In het beperkte veld van MG-doven dan wel de onderwijsaanbieders in cluster 2 heeft men de genoemde allochtone netwerken uiteraard ook niet zozeer nodig om de doelgroep te vinden, als wel om via andere kanalen betrokkenheid te genereren. Migrantplatforms lijken daartoe meer geëigend dan religieuze organisaties, die juist groepen van andere signatuur zouden kunnen weerhouden om deel te nemen aan bepaalde bijeenkomsten.

Ik pleit ervoor om ook met gemeentelijke instanties contacten te onderhouden. Allochtone ouders hebben immers vaak in meerdere opzichten hulp nodig en goede contacten met verstrekkers van gemeentelijke voorzieningen kunnen de ouder een eind op weg helpen, zonder dat hem weer nieuwe formulieren en andere contactpersonen wachten. Dat zal niet altijd lukken, vanwege de bovenregionale functie van de meeste voorzieningen, maar aangezien veel allochtone ouders in de grote steden wonen, is dit niet helemaal onhaalbaar.

Daarnaast, indien logistiek haalbaar, kan het zinvol zijn contacten te onderhouden met de reguliere school waar andere gezinsleden onderwijs volgen. Soms kan in samenspraak een en ander geregeld of georganiseerd worden voor de ouders.

Familienetwerken kunnen een grote rol spelen in het gehele functioneren van een allochtoon gezin rond een MG-doof kind. Probeer als het even kan (en wanneer de ouders daarvoor toestemming geven) ook die netwerken te betrekken bij informatiebijeenkomsten en dergelijke.

Voorts kan de inzet van een of meerdere reeds actieve allochtone ouders gebruikt worden om andere allochtone ouders te benaderen; deze contactouders kunnen wellicht ook meedraaien in een adviesgroep over multicultureel beleid. Deze ouders zouden voor hun inzet betaald moeten kunnen worden.

### **3.3.4. Voorlichting, informatie, communicatiecursussen**

Allochtone ouders hebben over het algemeen een enorme informatieachterstand. Dat betekent dat niet zonder meer uitgegaan kan worden van vertaald Nederlands voorlichtingsmateriaal, maar dat daaraan voorafgaand in elk geval al heel wat basale informatie gegeven moet worden voor het vereiste referentiekader. Mondelinge informatie heeft de voorkeur, zo kwam al meermalen naar voren, dat geeft ook meer mogelijkheden om tussentijds vragen te stellen en, van de kant van de hulpverlener, om na te gaan of de boodschap begrepen wordt.

Visueel materiaal, uitgebreide informatie op video en dvd in de eigen taal door een vertegenwoordiger van de eigen cultuur moet ontwikkeld worden, voor zover dat er nog niet is dan wel niet meer up to date is; betrokkenheid van allochtone ouders uit alle drie de generaties en van andere ervaren ouders is dan een voorwaarde. En gezien het toenemend aantal allochtone gezinnen dat over internet beschikt, kan ook overwogen worden om via de website van de instellingen in diverse talen via een filmpje informatie te geven.

Wel moet onderscheid gemaakt worden tussen verschillende soorten informatie: nl. voorlichting over de handicap(s), voorlichting over wet- en regelgeving, hulpmiddelen, voorzieningen en instellingen en voorlichting over de wijze waarop kinderen met die handicap begeleid kunnen worden. Al dit materiaal kan ingezet worden ter aanvulling van persoonlijke gesprekken en moet nooit dienen als vervanging daarvan.

Vanuit de literatuur en door ouders wordt ook gesuggereerd om folders en brieven voor allochtone ouders zoveel mogelijk te visualiseren, door middel van foto's en tekeningen.

Bij informatie over instellingen moet ook voldoende aandacht besteed worden aan de gebruiken als handelingsplanbespreking, ouderavonden, afspraken nakomen, vieren van bepaalde feestdagen enzovoort. De uitnodiging voor bijeenkomsten moet in elk geval niet alleen schriftelijk gebeuren, maar ook mondeling, liefst niet te lang van te voren. En aansluiting op bepaalde activiteiten van de kinderen blijkt vaak goed te werken.

Communicatiecursussen blijven lastig: de taalproblematiek komt daar in alle hevigheid naar voren. Een Marokkaanse vrouw deed de suggestie om in elk geval Turkse en Marokkaanse handleidingen aan te bieden bij gebarencursussen. Daarnaast kan nog een andere insteek overwogen worden. Op enkele scholen die wij in het kader van de studiereis in Marokko bezochten werden vanuit de school alfabetiseringscursussen aan ouders aangeboden, hetgeen ook in het voordeel van de leerlingen werkte. Te overwegen valt om allochtone ouders op de instelling waar hun MG-dove kind onderwijs en/of zorg krijgt taalcursussen aan te bieden, dit in samenwerking met de plaatselijke ROC's. De suggestie om met het kind, indien mogelijk, ook in de thuistaal een aantal woorden en zegswijzen te oefenen blijft in alle gevallen een goede.

Hoe dan ook moet al in een vroeg stadium aan de ouders duidelijk gemaakt worden hoe wezenlijk communicatie voor MG-dove kinderen is. Vanaf de diagnose moet de allochtone ouder goed begeleid en geïnformeerd worden. De communicatie tussen Audiologische Centra, Gezinsbegeleidingsdiensten en de aanbieder van zorg en onderwijs moet vervolgens zeer soepel verlopen in belang van kind en ouder, liefst via één (bij voorkeur allochtone) case manager die het gezin het hele traject blijft begeleiden.

Een heikel punt in dovenzorg en –onderwijs is de seksuele voorlichting: vanuit sommige oudergroepen, waaronder ook allochtone ouders, bestaan bezwaren tegen voorlichting op de instelling, zeker in gemengde groepen. Aan een deel van die bezwaren kan tegemoet gekomen worden, anderzijds moeten ouders ook vroeg meekrijgen dat (MG-)dove kinderen nu eenmaal informatie op het gebied van sociale codes en seksualiteit expliciet bijgebracht moet worden om grensoverschrijdingen in dat opzicht te voorkomen. En wellicht zou voor alle ouders nagegaan moeten worden in hoeverre bepaalde bijeenkomsten (bijvoorbeeld die over seksualiteit en communicatie) een verplichtend karakter zouden moeten hebben. Van tevoren kan bijvoorbeeld afgesproken en vastgelegd worden dat men op jaarlijks minstens twee bijeenkomsten aanwezig is, in het belang van de zorg voor het MG-dove kind. Het zou de organisatie sieren wanneer daar eigen concrete (en niet alleen inspannings-)verplichtingen tegenover gesteld zouden worden, zoals het daadwerkelijk volgen en uitvoeren van het individuele handelingsplan en het tussentijds periodiek rapporteren van de vorderingen daarmee.

Overigens zijn er wel signalen dat de, jongere, allochtone ouders (m.n. moeders) open staan voor seksuele voorlichting en daarover graag in gesprek gaan met de instelling (Sloot 2005).



### **3.3.5. Lotgenotencontact en meer**

Uiteindelijk blijken veel ouders lotgenotencontact te waarderen; aanvankelijk onder begeleiding van een professional uit dezelfde cultuur. Ook de instelling van vader- en moedergroepen bleek in sommige gevallen een gouden greep. Ik zou daaraan de brusjesgroepen willen toevoegen; de broertjes en zusjes van allochtone MG-dove kinderen zijn waarschijnlijk van het hele gezin het meest gericht op Nederland en het Nederlands en hebben daarnaast vaak ook een relatief zware verantwoordelijkheid in de zorg voor hun MG-dove familielid en de ondersteuning van hun ouders. Een brusjesgroep geeft hun de mogelijkheid zich te uiten en andere verhalen te horen en geeft de instelling wellicht weer handvatten in de verdere begeleiding van het gezin.

Disbudak (2004) wijst ook op de mogelijkheid van ontmoetingsruimtes voor allochtone ouders binnen de instellingen. Zij raakt daarmee ook aan een ander punt: verschillende ouders geven aan dat zij een grotere bijdrage willen leveren aan de zorg voor hun kind op de instelling, zeker wanneer als gevolg van uiteenlopende omstandigheden (huisvesting, problematiek kind, gezondheid ouders) het kind niet naar huis kan komen. Binnen de instellingen zou nagegaan moeten worden wat de mogelijkheden zijn om allochtone ouders meer te betrekken in de dagelijkse zorg voor hun MG-dove kind, op een wijze die recht doet aan het kind, aan de groep waarvan hij deel uitmaakt en aan de ouder. Herkenbare elementen in de inrichting en aankleding van gebouwen (Blumenthal e.a. 2000) en vieringen van meer dan alleen de christelijke feestdagen zullen bij allochtone ouders zeker bijdragen aan het gevoel welkom te zijn binnen de instelling.

### **3.3.6. Zorgconsulenten**

De inzet van allochtone zorgconsulenten in de eerstelijnsgezondheidszorg is in veel opzichten een succes: de communicatie en de relatie tussen huisartsen (en andere beroepsgroepen) en allochtone patiënten is met de inzet van de zorgconsulent aanzienlijk verbeterd. Ik pleit ervoor om ook voor de allochtone ouders van MG-dove cliënten zorgconsulenten in te zetten, met nader te specificeren bevoegdheden (daarover meer in 3.4.). Het zal onmogelijk zijn met een beperkt aantal zorgconsulenten alle bevolkingsgroepen te bestrijken, maar in combinatie met tolken en het nodige culturele inlevingsvermogen van de zorgconsulenten zullen veel allochtone ouders hiermee bereikt en geholpen kunnen worden en daardoor beter betrokken worden bij de zorg voor hun MG-dove kind. Dit pleidooi sluit aan op mijn pleidooi voor de terugkeer van maatschappelijk werkers in de begeleiding en ondersteuning van ouders van MG-dove cliënten, zoals verwoord in *Het gaat nog steeds...* (Hannink 2007).

### **3.4. Aandachtspunten bij de aanstelling en de inzet van zorgconsulenten**

Bij de aanstelling en inzet van zorgconsulenten moet een aantal zaken goed bewaakt worden.

#### **3.4.1. Functie-eisen**

Primair moet van allochtone zorgconsulenten geëist worden dat zij:

- kennis hebben van de taal en cultuur uit het land van herkomst van een of meerdere allochtone cliëntengroepen;
- zich goed kunnen inleven in uiteenlopende situaties en personen;
- goed in staat zijn om zich informatie over (de gevolgen en behandelings- en begeleidingsmogelijkheden van) de verschillende handicaps, over de instelling, over wet- en regelgeving eigen te maken en toegankelijk over te brengen, zowel individueel als in groepen;
- goed in staat zijn tot het leggen van persoonlijke en zakelijke contacten;
- voldoende evenwicht tussen afstand en betrokkenheid kunnen bewaren; met andere woorden grenzen kunnen stellen;
- goed kunnen omgaan met vertrouwelijke informatie en met emotioneel belastende zaken;
- goed in een team kunnen samenwerken;
- het Nederlands goed beheersen en indien nodig bereid zijn hun schriftelijke taalvaardigheid verder te ontwikkelen (Van Mechelen en Nieuwenhuizen (2003) spreken van “redelijk tot goed beheersen” van de Nederlandse taal, dat lijkt mij in dit ingewikkelde krachtenveld onvoldoende).

In deze opsomming zal opvallen dat er geen minimaal vereiste opleiding genoemd wordt en dat het kennis hebben van de taal en cultuur van een land van herkomst van een of meerdere allochtone cliëntengroepen niet uitsluit dat ook autochtone personen (uiteraard met een behoorlijke kennis van een of meer van de allochtone talen en culturen) voor deze functie in aanmerking komen. Wat het opleidingsniveau betreft: gedacht kan worden aan een mbo-werk- en denkniveau. Het lijkt mij niet onmogelijk dat een ervaren en betrokken allochtone ouder met enkele jaren voortgezet onderwijs in staat geacht mag worden met de nodige bijscholing deze taak naar tevredenheid uit te voeren. In deze functie staan de vaardigheden voorop, waarvan kennisverwerving er een is, dat wel. Maar veel van deze vaardigheden kunnen al ontwikkeld zijn dankzij ervaringsdeskundigheid en een open persoonlijkheid.

#### **3.4.2. Taken**

Tot de taken van de zorgconsulent mogen gerekend worden:

- het (mede) voorbereiden, organiseren en zelfstandig uitvoeren van groepsvoorlichting (aan ouders en professionals), individuele gesprekken en driegesprekken (een

gesprek tussen ouder en hulpverlener waarbij de zorgconsulent een intermediaire functie vervult);

- het verstrekken en indien nodig (mede) ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal voor ouders en professionals;
- het leggen van contacten met instanties buiten de organisatie, waar dat meerwaarde heeft voor de ouders en/of de organisatie;
- het initiëren van contacten en gesprekken (desgewenst in de thuissituatie) met allochtone ouders van cliënten, gericht op ondersteuning van de ouders, al dan niet in directe relatie met de zorg voor hun MG-dove kind;
- het vervullen van een brugfunctie tussen hulpverleners en ouders;
- het schriftelijk en mondeling terugkoppelen naar de leidinggevende en/of de betrokken hulpverlener;
- op basis van registratie, evaluatie en overleg met leidinggevende, collega's en hulpverleners de werkzaamheden kunnen aanpassen;
- het begeleiden en stimuleren van processen gericht op gedragsverandering, zowel binnen de organisatie als in de thuissituatie van de allochtone ouders;
- het signaleren van ontwikkelingen, pijnpunten, positieve en negatieve ervaringen van ouders en professionals en deze signalen omzetten in adviezen en activiteiten;
- en (dus) het leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling van het allochtonenbeleid in de organisatie.

### **3.4.3. Scholing en inwerken**

Er zijn in Nederland opleidingen voor Voorlichters in eigen taal en cultuur (Vetc); deze kunnen een eerste basis vormen voor de aan te nemen zorgconsulent. Daarnaast kan gedacht worden aan opleidingen voor gezondheidsvoorlichting, maatschappelijk of sociaal-cultureel werk. Maar welke vooropleiding de zorgconsulent ook heeft (al is die gebaseerd op persoonlijke ervaringen in de zorg voor een gehandicapt kind) hij/zij zal zich ook moeten verdiepen in de specifieke aspecten van de zorg voor MG-doven. Er zal voor de zorgconsulenten binnen de organisatie of binnen een samenwerkingsverband van organisaties een scholingsprogramma moeten komen alsmede een inwerk- c.q. meeloopprogramma. Dit laatste geeft niet alleen de zorgconsulent, maar ook de verschillende collega-professionals de gelegenheid inzicht te verwerven in de visie en het werk van de ander.

### **3.4.4. Aansturing, samenwerking en intervisie**

In een organisatie (of een samenwerkingsverband van organisaties) zullen diverse zorgconsulenten werkzaam moeten zijn, onder leiding van een staffunctionaris die allochtonenbeleid in zijn/haar portefeuille heeft en voldoende tijd krijgt om lijnen uit te zetten en de zorgconsulenten aan te sturen. Het verdient aanbeveling allochtonenbeleid onder te brengen bij diegene die ook de maatschappelijk werkenden en/of ouderondersteuners aanstuurt, gezien de parallellen tussen de verschillende functies.

Een staffunctionaris die zelf een allochtone achtergrond heeft, kan in dit verband meerwaarde hebben.

In gezamenlijkheid zal een plan van aanpak moeten worden ontwikkeld om de functie optimaal uit te kunnen oefenen en optimale bekendheid te geven in de organisatie, zowel bij ouders als bij professionals.

Niet iedere zorgconsulent moet steeds het wiel hoeven uitvinden; daartoe moet er structureel overleg zijn tussen de zorgconsulenten en de aanpalende disciplines binnen de organisatie of het samenwerkingsverband. Ook contacten met andere zorgconsulenten in den lande dragen bij aan deskundigheidsbevordering.

Gezien de niet altijd te voorkomen eenzame positie van de zorgconsulent is het van groot belang dat er intervisiemogelijkheden komen voor de zorgconsulenten, liefst in samenwerking met andere, vergelijkbare organisaties.

### **3.4.5. Valkuilen**

Met een aantal valkuilen is van tevoren rekening te houden, maar werkenderwijs zullen er ongetwijfeld meerdere blijken:

- De zorgconsulent is geen tolk; in een driegesprek met ouders die het Nederlands in het geheel niet beheersen kan de inzet van een tolk gewenst te zijn, terwijl de zorgconsulent in dat geval de rol heeft van het verduidelijken en toelichten van een aantal aspecten uit het gesprek.
- De zorgconsulent is geen behandelaar, al zullen ouders hem/haar vaak wel zo beschouwen; vanaf het begin moet voor alle betrokkenen duidelijk zijn wie welke verantwoordelijkheden heeft in dit traject.
- De zorgconsulent moet regelmatig, laagdrempelig worden ingezet en niet alleen pas wanneer de contacten met allochtone ouders zijn vastgelopen.
- De zorgconsulent moet niet de excuus-truus voor het allochtonenbeleid van de organisatie vormen, maar een structureel onderdeel zijn van structureel allochtonenbeleid.
- De zorgconsulent is er voor twee partijen en moet niet de belangenbehartiger van een van die partijen gaan worden.
- De zorgconsulent kan zowel door ouders als door professionals oneigenlijk worden ingezet. Een goede taakafbakening helpt dat te voorkomen.

### **3.5. De rol van de ouderorganisatie(s)**

De ouderorganisaties hebben nog niet veel te bieden op het gebied van allochtonenbeleid: ook zij zijn onvoldoende ingespeeld op de behoeften van allochtone ouders en hen ontbreekt het te vaak aan allochtone contacten op lokaal of regionaal niveau. Toch moeten ook ouderorganisaties een rol spelen in de interculturalisatie van de zorg; ook de belangen van de allochtone ouders moeten behartigd worden. Daartoe zullen de betrokken ouderorganisaties, FODOK (en in dit kader met name het familienetwerk *Het*

*andere dove kind*) en FOSS en wellicht de NVA (Nederlandse Vereniging voor Autisme), gezamenlijk moeten optrekken. Te denken valt aan het benaderen van lokale allochtone contactpersonen om met hen, in een platform, bijeenkomsten voor allochtone ouders te organiseren. De inzet van de allochtone zorgconsulent is daarbij ook heel relevant: hij of zij kan immers de ouders wijzen op het bestaan van een dergelijk platform en van landelijke ouderorganisaties en kan wellicht suggesties doen voor contactpersonen en onderwerpen voor ouderbijeenkomsten. De ouderorganisaties zouden er goed aan doen om op projectbasis de grondslag te leggen voor een allochtonenplatform en de daaruit voortvloeiende activiteiten. Bij FOSS en FODOK is een gezamenlijke aanpak op dit onderwerp al aan de orde geweest (Dams en Hannink 2007).

### **3.6. Tot slot**

We hebben, als instellingen en als ouderorganisaties, te lang gewacht met het interculturaliseren van ons bestel. Het wordt hoog tijd om die interculturalisatie kortdaat aan te vangen en in gezamenlijkheid te komen tot initiatieven en bijbehorende financieringsmogelijkheden. Alleen daadkracht kan de zorg voor allochtone MG-dove cliënten en de ondersteuning van hun ouders verbeteren. Ik hoop daartoe met deze publicatie een eerste aanzet te hebben gegeven. Met de inzet van allochtone zorgconsulenten, verbetering van de voorlichting aan en de begeleiding en de bejegening van allochtone ouders én de samenwerking tussen de verschillende organisaties (die elk voor zich als gehele organisatie bij het interculturalisatieproces betrokken moeten zijn) kunnen we een aardige inhaalslag maken.

En ik mag hopen dat de door mij voorgestelde aanpak niet beperkt blijft tot de zorg voor MG-doven, maar dat ook in het dovenonderwijs interculturalisatie daadwerkelijk haar beslag gaat krijgen. De inzet van zelfbewuste allochtone doven (jongeren en volwassenen), die over hun persoonlijke ervaringen vertellen, kan met name daar een eye opener dan wel een breekijzer zijn ten behoeve van de contacten met allochtone ouders van enkelvoudig dove kinderen.



## Geraadpleegde literatuur

	Checklist communicatie en participatie allochtonen Gemeente Utrecht/MEX-IT
	Opvoeden in beeld; magazine bij de serie themabijeenkomsten voor ouders over opvoeden in twee culturen NIZW/Forum/NPS/NIGZ/Averoès Stichting
	Seksualiteit en opvoeding; handleiding ten behoeve van groepsbijeenkomsten voor Marokkaanse en Turkse moeders Rutgers Nisso Groep / NIGZ 2006
Hanina Ajarai en Marjolijn van Heemstra	Land van werk en honing; verhalen van Marokkaanse moeders over hun migratie Bulaaq 2006
Zeki Arslan	Van onzichtbare naar zichtbare ouders; Platform Allochtone Ouders en Onderwijs gaat participatie bevorderen Vitale Stad januari 2006
Rachide Azough, Jos Poelman en Suzanne Meijer	Jongeren, seks en islam; Een verkenning onder jongeren van Marokkaanse en Turkse afkomst SOA Aids Nederland 2007
Hans Bellaart	Matrix interculturalisatie; voor begeleiding van het interculturalisatieproces in de sectoren Zorg en Welzijn Forum 2003
Rita van den Berg, Trees van der Gun en Monique Kierczak	Moeilijk bereikbare groepen; handboek opvoedingsondersteuning aan specifieke groepen ouders JSO 2006
Jacqueline van de Bilt en Aysel Disbudak	Migranten Platform Gehandicapten; Jaarverslag 2002

Mirjam Blumenthal, David Ghobrial en Sylvia van Unnik	“Hetzelfde bloed”; verslag van een reis naar doof Marokko Effatha/Koninklijke Ammanstichting/sDG [2000]
Marjan Bruins	Auris medewerkers op studiereis naar Marokko Van Horen Zeggen 2007-2
Marjo Buitelaar (red.)	Uit en thuis in Marokko; antropologische schetsen Bulaaq 2007
Mariël Croon	Ontheemde kinderen van Allah NRC 19 februari 2000
Marijke Dams en Mariën Hannink	Een studiereis naar Marokko: op zoek naar inzicht in de achtergronden FOSS-Taal 2007-2
Aysel Disbudak	Het duwtje in de rug; MPG Jaarverslag 2001-2002 Migrantenplatform Gehandicapten 2002
Aysel Disbudak	Een logé is nog geen gast Migrantenplatform Gehandicapten 2004
Lotty Eldering	Cultuur en opvoeding Lemniscaat 2006
Lotty Eldering, Peter Adriani, Marijke Hamel en Paul Vedder	Verstandelijk gehandicapte kinderen in Marokkaanse en Turkse gezinnen Van Gorcum 1999
FODOK	Oog voor het andere dove kind FODOK 1997/2000
FODOK	Doof en dan (boekjes, cassettes en videobanden in het Turks, Marokkaans-Arabisch, Berbers en Engels) FODOK 1994
Somajeh Ghaeminia	Mijn kind is niet gek Trouw 3 mei 2007



Mariën Hannink	“Het gaat nog steeds...”; Ouders van MG-dove kinderen aan het woord FODOK 2007
Mariën Hannink	Met andere ogen: meer zicht op de zorgvraag van meervoudig gehandicapte doven en hun ouders FODOK 2003
Martha de Jong	Amsterdams Platform voor migranten met een handicap; Evet! SPD Amstel en Zaan/Stichting Gehandicapten Overleg Amsterdam [2000]
Margo van Kreveld	Migrantenmoeders doen mee op school; kansen en werkwijzen voor ouderparticipatie op multi-etnische basisscholen APS 2004
Anke van Keulen en Annemiek van Beurden	Van alles wat meenemen; diversiteit in opvoedingsstijlen in Nederland Coutinho 2006
J.J. Louwe	Kleurendoof; dove migrantenkinderen, een gids met achtergrondinformatie voor leraren en hulpverleners HvU/SvO, FODOK, Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders 1995
Tahar Mekkaoui	Auris zijswijzer; alles over de culturen van jezelf en van je burens Auris 2006 (e.v.)
Petra van Mechelen en Patricia Nieuwenhuizen	De allochtone zorgconsulent; handboek voor invoering en professionalisering van de functie Forum [2003]
Henny Nelissen	Op reis langs de voorzieningen Voorlichting aan allochtone ouders met een gehandicapt kind NIZW 2002
Cilay Özdemir	Bij een moskee liever geen klanten werven Trouw 2 augustus 2007

Platform Allochtone Ouders & Onderwijs	Allochtone ouders betrokken en actief in het onderwijs Forum [2006]
Marina Pool, Paul Geense en Nicole Lucassen	Allochtone gezinnen; opvoeding van tieners NGR 2005
Joanka Prakken en José van der Sman	Een rasp in de zon; moeder tussen twee culturen NIZW 2001
Bert Prinsen, Coosje Constandse-van Dijk en Margreet Blauwendraad	Oudercursus voor Turkse en Marokkaanse ouders van een kind met een handicap of ontwikkelingsachterstand BOSK/NIZW 2003
Rohina Raghoebier	Voorbeeldprojecten ter verbetering van de toegang tot zorgvoorzieningen voor migranten met een handicap NIZW 2002
Elsie Sloot	'Wij' kent geen kleur; opvoeden in twee culturen SWP 2005
Frederik Smit, Geert Driessen en Jan Doesborgh	Opvattingen van allochtone ouders over onderwijs: tussen wens en realiteit ITS [2004]
Marrie Stoffer-van de Kamp	Interculturalisatie, de migrant als ervaringsdeskundige in de zorg- en hulpverleningssector Eindschrijftie Algemeen Maatschappelijk Werk en Dienstverlening Ede 2004
Marrie Stoffer en Aart Schippers	Projectevaluatie Interculturele Zorg Almere 's HeerenLoo Zorggroep 2005
Ange Wieberdink	Sorry wat zeg je? (dvd; Autochtone en allochtone jongeren en volwassenen én hun ouders vertellen over wat het betekent om slechthorend te zijn) ZieZo 2007