

Handreiking

Cultuursensitieve Zorg voor mensen met Communicatief Meervoudige Beperkingen en een Cultureel-Linguïstisch Diverse Achtergrond

Versie 1.0

Mathijs Vervloed^{1, 2}

Judith Stoep^{1,3,5}

Stijn Deckers^{1,2,3}

Irena Draskovic³

Maartje Radstaake^{1,3}

Emma Vaillant⁴ / Karin Fleuren⁴

¹Radboud Universiteit, ²Stichting Milo, ³Stichting OOK_OCI, ⁴Koninklijke Kentalis, ⁵Expertisecentrum Nederlands

Nijmegen, 2025

Informatie over deze handreiking is te verkrijgen bij

Prof. dr. Mathijs Vervloed,

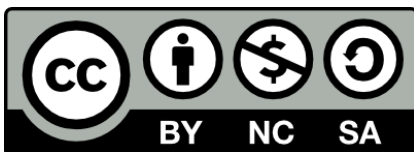
Radboud Universiteit

Pedagogische Wetenschappen en Onderwijskunde en Behavioral Science Institute,

Thomas van Aquinostraat 4, 6525 GD Nijmegen

Telefoon: 024-3616047

e-mail: mathijs.vervloed@ru.nl



Naamsvermelding-NietCommercieel-GelijkDelen 4.0 Internationaal:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Inhoudsopgave

LIJST MET AFKORTINGEN	5
DEEL I INLEIDING	6
1. KERNBODSCHAP HANDREIKING	6
2. VERANTWOORDING HANDREIKING	8
2.1 Aanleiding	8
2.2 Doel van de handreiking	10
2.3 Hoofdthema's	10
2.4 Doelgroepen	10
2.4.1 Onderwijsprofessionals, Zorg- en hulpverleners	10
2.4.2 Zorggebruikers: Mensen met CMB en hun families	11
2.5 Relevantie	11
3. VERANTWOORDING WERKGROEP EN VINDPLAATS HANDREIKING	14
3.1 Samenstelling werkgroep	14
3.2 Financier en betrokken instanties	15
3.3 Initiatief	15
3.4 Vindplaats van de handreiking	15
4. TOTSTANDKOMING HANDREIKING	16
4.1 Scoping review	16
4.1.1 Beschrijving geïncludeerde studies	16
4.1.2 Resultaten kwalitatieve meta-synthese van bevindingen	17
Thema 1. Competenties voor Cultuursensitieve zorg (CSZ)	18
Thema 2. Cultuursensitieve zorg in assessment	19
Thema 3. Cultuursensitieve zorg en behandeling en begeleiding	20
Thema 4. Cultuursensitieve zorg: OC-acceptatie en implementatie	21
4.2 Focusgroepen	22
4.2.1 Deelnemers	22
4.2.2 Procedure	22
4.2.3 Analyse	22
4.2.4 Samenvatting resultaten	22
Betrouwbaarheid	22
Attitudes	23
Gewenste specifieke competenties	24
DEEL II AANBEVELINGEN	26
1. COMPETENTIES VOOR CSZ	26
1.1 Inleiding competenties voor CSZ	26
1.1.1 Modellen van CSZ-competenties	26
1.1.2 Niveaus van CSZ-competenties	27
1.1.3 Behoeften van professionals	28
1.2 Aanbevelingen – competenties voor CSZ	28
1.2.1 Aanbevelingen aan Professionals	28
Relevante competentiegebieden	28
Investeer in cultureel bewustzijn: Reflectievragen die je aan jezelf kunt stellen	28
Online zelfreflectie tools	29
1.2.2 Trainingen en opleidingen	29
1.2.3 Aanbevelingen aan Zorgorganisaties, Zorgverzekeraars, Gemeentelijke en Onderzoek- & Onderwijsinstellingen	29
2. CSZ IN ASSESSMENT	31
2.1 Inleiding CSZ in assessment	31
2.1.1 Onderzoek bij tweetalige kinderen met CMB	31

2.1.2 Dynamisch Assessment (DA) als diagnostisch instrument	32
2.2 <i>Aanbevelingen – CSZ in assessment</i>	33
2.2.1 Assessment van kinderen met een CLD-achtergrond	33
2.2.2 Competenties.....	34
2.2.3 Assessment van communicatieve competenties – keuze van geschikte meetinstrumenten	35
2.2.4 Hulpmiddelen voor assessment	37
3. CSZ IN BEHANDELING EN BEGELEIDING	38
3.1 <i>Inleiding CSZ-behandeling en -begeleiding</i>	38
3.1.1 Interprofessionele samenwerking	38
3.1.2 Attitudes en mythes rondom tweetaligheid.	39
3.2. <i>Aanbevelingen – CSZ in behandeling en begeleiding</i>	40
3.2.1 Intake	40
3.2.2 Stellen van behandeldoelen.....	40
3.2.3 Behandeling in L1 of L2?	40
3.2.4 Ondersteuning van ouders.....	41
3.2.5 Praktische tips voor professionals op basis van de focusgroepgesprekken	41
3.2.6 Hulpmiddelen voor behandeling en begeleiding	42
4. CSZ: OC-ACCEPTATIE EN -IMPLEMENTATIE	43
4.1 <i>Inleiding CSZ in OC-acceptatie en -implementatie</i>	43
4.1.1 Barrières.....	43
4.1.2 Suggesties voor CLD-aanpassingen in OC	44
4.2. <i>Aanbevelingen – CSZ in OC-implementatie</i>	45
REFERENTIES	47
BIJLAGEN.....	54
BIJLAGE 1: TRAINING VOOR PROFESSIONALS.....	55
BIJLAGE 2: ACHTERGRONDINFORMATIE OVER CULTURELE EN LINGUISTISCHE DIVERSITEIT	58
<i>Cultural Competence - Responsiveness</i>	58
<i>Culturele dimensies</i>	59
Implicaties van culturele dimensies.....	60
<i>Culturele responsiviteit versus stereotypering</i>	61
<i>Verskil versus stoornis</i>	61
<i>Terminologie</i>	62
<i>Respons op interventie en Dynamisch Assessment</i>	62
<i>Culturele responsiviteit bij het verlenen van zorg en onderwijs</i>	62
<i>Diagnostiek en assessment</i>	63
Ziektegeschiedenis en anamnese	63
Onderzoeksinstrumenten	64
Accommodatie en modificatie.....	64
Overwegingen voor audiologisch onderzoek.....	65
<i>Audiologische en logopedische behandeling</i>	65
<i>Counseling</i>	66
BIJLAGE 3: VERKLARENDE WOORDENLIJST.....	68
BIJLAGE 4: BRONNEN EN INSTANTIES	70
<i>Augmentative and Alternative Communication</i>	70
<i>Diagnostiek</i>	70
<i>Dynamic assessment</i>	70
<i>Instanties en organisaties</i>	70
BIJLAGE 5: INDEX.....	71

Lijst met afkortingen

AAC = Augmentative and Alternative Communication

CMB = Communicatief Meervoudige Beperkingen

CLD = Culturele en Linguïstische Diversiteit

CODING = Collectief voor Diversiteit en Inclusie in de Nederlandse Geneeskunde

CSZ = Cultuur Sensitieve Zorg

DA = Dynamisch Assessment

OC = Ondersteunde Communicatie

RvR = Richtlijn voor Richtlijnen

VN = Verenigde Naties

WEIRD = Western, Educated, Industrialized, Rich, and Democratic

Deel I Inleiding

1. Kernboodschap handreiking

Kinderen, jongeren en volwassenen met Communicatief Meervoudige Beperkingen (CMB) hebben Ondersteunde Communicatie (OC) nodig om zich communicatief, cognitief, sociaal en emotioneel te ontwikkelen. Hierdoor krijgen zij meer mogelijkheden om te participeren, worden hun kansen op inclusie en zelfrealisatie vergroot, wat uiteindelijk bijdraagt aan hun welzijn en een betere kwaliteit van leven (VN-Verdrag, 2006).

Deelnemen aan de samenleving en passend en inclusief onderwijs kunnen voor kinderen met CMB niet worden gerealiseerd zonder passende vormen van communicatie voor kind en communicatiepartner. Ieder kind dient communicatief competent te worden. Communicatieve competentie is het vermogen om in de dagelijkse omgang met anderen efficiënt, duidelijk en adequaat (passend) uitdrukking te kunnen geven aan wat je wilt communiceren.

Een cultuursensitieve aanpak is in het bijzonder relevant bij het bepalen van het soort, de vorm en de inhoud van OC, omdat communicatie onlosmakelijk verbonden is met de culturele en sociale achtergrond van de gebruiker. Het stellen van prioriteiten over waar en wanneer OC wordt ingezet, met welk middel, welke software en woordenschat en hoe samen te werken met de leerling of zorggebruiker en zijn of haar communicatiepartners is essentieel voor het slagen van een interventie (van Balkom, 2018; Beukelman & Light, 2020; Loncke, 2021). Het betrekken van de communicatiepartners van mensen met CMB bij de behandeling zorgt ervoor dat het OC-hulpmiddel ook thuis wordt ingezet. Dit maakt de behandeling effectiever en zorgt voor een meer evenwichtige cognitieve, sociale, emotionele en communicatieve ontwikkeling van kinderen en jongeren met CMB (zie ook participatiemodel in Beukelman & Light, 2020, p. 28).

Een gevolg van CMB is dat het leerpotentieel van deze kinderen vaak onderschat en onderbenut wordt (Calculator, 2009). Communicatieve vaardigheden zijn essentieel voor het leren in het algemeen en het leren van schoolse vaardigheden, omdat communicatie en taal het medium zijn waarin instructie plaatsvindt, betekenis wordt gegenereerd en kennis en vaardigheden worden geleerd. Een passende vorm van communicatie is nodig om het eerste kerndoel voor kinderen in het (v)so voor Nederlandse taal en communicatie te bereiken: “De leerling leert te communiceren met voor hem geëigende middelen.” (Ministerie van OCW, 2014).

De toegang tot OC-hulpmiddelen wordt beïnvloed door de culturele, linguïstische en sociaaleconomische context waarin mensen met CMB verblijven. Volgens Light (2002; 2012) is er een achterstand in het gebruik van OC bij mensen waarvoor Nederlands (of een andere westerse taal) hun tweede taal is, vergeleken met mensen waarvoor Nederlands de eerste taal is. Terwijl er in de zorg in het algemeen steeds meer aandacht is voor cultuursensitieve zorg (CSZ) wijst deze achterstand op mogelijk barrières of knelpunten in de implementatie van OC en CSZ in het zorgaanbod voor mensen met CMB.

Het doel van deze handreiking is om de implementatie van CSZ te ondersteunen door inzicht te bieden in de mogelijke oorzaken van deze achterstand. Deze inzichten vormen de basis voor praktische handvatten waarmee zorg en hulpverlening beter kunnen worden afgestemd op de culturele, linguïstische en sociaaleconomische diversiteit van leerlingen en zorggebruikers; in dit geval kinderen en jongeren en volwassenen met CMB. Met deze verbeteringen hopen we uiteindelijk

bij te dragen aan meer gelijke kansen voor deze mensen, ongeacht hun culturele en linguïstische achtergrond.

De handreiking onderschrijft de uitgangspunten in het VN-verdrag Rechten van mensen met een handicap (VN-Verdrag, 2006), dat in 2016 is geratificeerd door het Nederlandse parlement.

2. Verantwoording handreiking

2.1 Aanleiding

De ontwikkeling van kinderen met Communicatief Meervoudige Beperkingen (CMB) is sterk afhankelijk van diagnostiek, behandeling en begeleiding die rekening houden met hun culturele, linguïstische en sociaaleconomische achtergrond. In de praktijk en uit literatuur blijkt echter dat culturele en linguïstische diversiteit (CLD) onvoldoende worden meegenomen in de dagelijkse praktijk (Bui & Rosetti, 2019; Doubet, 2022; Kempka, 2018; Light & McNaughton, 2012). Een belangrijke oorzaak daarvoor is de mismatch tussen enerzijds hulp- en zorgverleners, die doorgaans hoogopgeleid en afkomstig zijn uit dominante culturele en linguïstische groepen, en zorggebruikers anderzijds, waarvan een deel een CLD-achtergrond heeft.

Het is bekend dat kennis van cognitie, taal en gedrag, inclusief atypisch gedrag, grotendeels gebaseerd is op onderzoek uit WEIRD-landen (Western, Educated, Industrialized, Rich, and Democratic) (Henrich et al., 2010; Garb, 2005). Typisch voor deze publicaties is dat 96% van de onderzoekspopulatie afkomstig is uit landen waar 12% van de wereldbevolking woont. Doordat onderzoek vaak niet representatief is voor de overige 88% van de wereldbevolking, leidt dat tot misvattingen, vooroordelen en beperkte validiteit, betrouwbaarheid en effectiviteit in diagnostiek en behandeling. Een taalbarrière leidt vaak tot een lagere afname van zorg en tevredenheid met zorg (Yeo, 2004, Ali et al., 2013). Tegelijkertijd zijn cultuurspecifieke interventies effectiever dan 'one-size-fits-all' interventies (Larson et al., 2020). Echter, de implementatie van cultuursensitieve zorg (CSZ) verloopt in de praktijk stroef, mede doordat het om aanpassingen vraagt op verschillende niveaus in de zorg (individueel, organisatorisch en maatschappelijk of op micro-, meso- en macroniveau, respectievelijk). De aanpassingen betreffen het personaliseren van de zorg aan de CLD-achtergrond van zorgvrager. Dat kost tijd, moeite en soms ook geld, maar ook een positieve attitude dat dit zinvol en waardevol is.

Verschillende barrières voor de implementatie van CSZ vinden waarschijnlijk hun oorsprong in ethnocentrisme (zie Box 1). Daarom lijkt het vergroten van bewustzijn over culturele opvattingen als een goede eerste stap in het verbeteren van CSZ. Deze handreiking beoogt daaraan bij te dragen. Om ethnocentrisme te minimaliseren kan het 'continuüm van culturele competenties' (Cross, 2012) gebruikt worden om inzicht te bieden in specifieke indicatoren per niveau van competentieontwikkeling. Met Culturele competentie wordt bedoeld '[..]een geheel van congruente gedragingen, houdingen en beleidslijnen die samenkomen in een systeem, instantie of professional en die het systeem, de instantie of de professional in staat stellen om effectief te functioneren in interculturele situaties' (Cross, 2012, p.83). Culturele competentie bestaat uit:

- **Culturele destructiviteit** — beleid, praktijken en attitudes die schadelijk zijn voor culturen en voor personen binnen die culturen.
- **Culturele onbekwaamheid** — instellingen en individuen hebben geen capaciteit om mensen met een CLD-achtergrond te ondersteunen.
- **Culturele blindheid** — de opvatting dat huidskleur of cultuur geen verschil maakt of niet bestaat.
- **Culturele pre-competentie** — culturele verschillen worden geaccepteerd en gerespecteerd; dit omvat voortdurende zelfreflectie op culturele vooringenomenheid.

- **Gevorderde culturele competentie** — personen en/of organisaties hechten veel waarde aan cultuur en werken actief mee aan de kennisontwikkeling over cultureel competente praktijk.

Op basis daarvan kunnen individuen en organisaties inschatten waar ze zich bevinden in de ontwikkeling van CLD-competenties. Voor een verdere uitleg zie bijlage 2, Achtergrondinformatie over Culturele en Linguïstische Diversiteit.

Box 1. Definities van Cultuur, Culturele en Linguïstische Diversiteit en Etnocentrisme

‘Cultuur is een geïntegreerd patroon van menselijk gedrag. Het omvat – maar is niet beperkt tot – denken, communicatie, talen, overtuigingen, waarden, gebruiken, gewoontes, beleefdheden, rituelen, omgangsvormen, rollen, relaties en verwachte gedragingen van een etnische groep of sociale groepen, waarvan de leden herkenbaar zijn aan dat specifieke patroon van menselijk gedrag.’ (NCCC, 2026).

Wat is een cultureel en linguïstisch diverse gemeenschap of huishouden?

- *Personen van wie de waarden door meer dan één cultuur zijn beïnvloed, bijvoorbeeld zichtbaar in hun ras/ethniciteit, seksuele oriëntatie, religieuze of politieke overtuigingen, of genderidentiteit.*
- *Personen van wie de taalontwikkeling door meer dan één taal is beïnvloed (Ingold & Doubet, 2022).*

“The term Culturally and Linguistically Diverse (CLD) refers to individuals or groups who identify with different cultural backgrounds, languages, and traditions from the dominant culture in a particular setting. This term is widely used in fields such as education, healthcare, social services, and corporate settings, where there is a conscious effort to support, include, and engage individuals from varied cultural and linguistic backgrounds. Recognizing and appreciating culturally and linguistically diverse communities is essential in promoting Diversity, Equity and Inclusion (DEI), fostering environments where all individuals feel respected and understood.” (Oxford Review, n.d.)

‘De meeste culturele groepen zijn geneigd te geloven dat hun manier om de wereld te zien de juiste is, en dat hun overtuigingen en gedragingen het meest natuurlijk zijn voor de mens, met andere woorden, dat ze ‘de menselijke natuur’ weerspiegelen. Echter, bij het leren over cultuur, is het belangrijk om te begrijpen dat terwijl het hebben van cultuur wél bij de menselijke natuur hoort, maar dat geen enkele specifieke cultuur zelf de menselijke natuur is! Wanneer mensen hun eigen cultuur opvatten als de enige juiste manier om de wereld te begrijpen, spreekt men van etnocentrisme. Het is gemakkelijk om in deze denkfout te vervallen. We doen het allemaal wel eens; maar iemand die cultureel bewust is, zal minder snel in deze cognitieve val trappen.’ (NCCC, 2026)”

2.2 Doel van de handreiking

Deze handreiking heeft als doel de implementatie van CSZ te stimuleren voor kinderen, jongeren en volwassenen met Communicatief Meervoudige Beperkingen (CMB). Dit doen we door:

1. Inzicht te bieden in de barrières
2. Benodigde competenties voor CSZ te belichten
3. Aanbevelingen te formuleren en praktische handvaten te bieden waarmee professionals hun zorg kunnen afstemmen op de culturele, linguïstische en sociaaleconomische diversiteit van zorggebruikers.

2.3 Hoofdthema's

Het centrale thema van deze handreiking is onderwijs en cultuursensitieve zorg (CSZ) voor mensen met CMB. De handreiking richt zich op vier thema's:

1. Competenties voor CSZ
2. CSZ in assessment
3. CSZ in behandeling en begeleiding
4. CSZ in OC-acceptatie en -implementatie

Deze onderwerpen worden vanuit een sociocultureel perspectief op taal en communicatie benaderd. Per thema zijn de aanbevelingen geformuleerd, gebaseerd op:

1. Literatuuronderzoek: Een verkennende studie (scoping review) naar CSZ, met focus op competenties, assessment, behandeling en implementatie van OC bij mensen met CMB en een Cultureel Linguïstisch Diverse achtergrond.
2. Kwalitatief onderzoek: Focusgroepgesprekken met professionals om praktijkervaringen en behoeften te inventariseren.

2.4 Doelgroepen

2.4.1 Onderwijsprofessionals, Zorg- en hulpverleners

Deze handreiking is ontwikkeld voor de professionals in onderwijs en zorginstellingen die werken met kinderen, jongeren en volwassenen met Communicatief Meervoudige Beperkingen (CMB). Waar aangewezen, zijn de aanbevelingen geformuleerd op verschillende implementatieniveaus van cultuursensitieve zorg:

- 1. Micro- of individueel niveau:**
 - a. Gericht op professionals.
 - b. Focus: Informeren en praktische tools aanreiken voor effectieve, persoonsgerichte en cultuursensitieve strategieën in directe zorg en onderwijs.
 - c. Doel: Ondersteuning van professionals in CSZ.
- 2. Meso- of organisatorisch niveau:**
 - a. Gericht op scholen, zorginstellingen, teams, afdelingen en samenwerkingsverbanden.
 - b. Focus: Coördinatie en afstemming van onderwijs en zorg binnen en tussen organisaties, met aandacht voor:
 - i. Implementatie (-beleid)

- ii. Kwaliteitsborging.
- iii. Ondersteuning van gezinnen, families, leerkrachten, onderwijsassistenten en zorgverleners.
- c. Doel: Het verbeteren van kwaliteit van zorg, samenwerking en implementatie van CSZ binnen organisaties.

3. Macro- of maatschappelijkniveau:

- a. Gericht op beleidsmakers, publieke bewustwording en wetenschappelijk onderzoek.
- b. Focus: Systeemwijzigingen en verbetering van OC-implementatie in een CLD-context.
- c. Doel: Duurzame verbetering van kwaliteit van zorg en faciliteren van CSZ.

Door coördinatie van inspanningen op alle niveaus, worden individuele professionals ondersteund en worden verantwoordelijkheden gedeeld binnen het bredere systeem waarin zij werken (Sue et al., 1996). Zo kunnen bijvoorbeeld managers in scholen en zorginstellingen middelen beschikbaar stellen voor trainingen in CSZ-competenties en kunnen zij CSZ inbouwen in hun kwaliteitskader en eventueel verbeterplannen opstellen.

2.4.2 Zorggebruikers: Mensen met CMB en hun families

Hoewel deze handreiking primair voor professionals is geschreven, kunnen onderwijs- en zorgafnemers en zorggebruikers en hun families er ook baat bij hebben. De handreiking helpt hen:

1. Inzicht te krijgen in professionele standaarden en in hun rechten en wat zij mogen verwachten van leerkrachten en zorgverleners.
2. Geïnformeerde beslissingen te nemen over het gebruik van communicatiestrategieën en -hulpmiddelen.
3. Betrokken te raken bij de planning en uitvoering van onderwijs en zorg, zodat interventies aansluiten bij hun behoeften.
4. Belangen te behartigen, zowel voor zichzelf als voor anderen in soortgelijke situaties.

Door leerlingen, zorggebruikers en hun vertegenwoordigers beter te informeren, wordt de samenwerking met professionals versterkt en wordt een gelijkwaardige dialoog bevorderd.

2.5 Relevantie

De relevantie van deze handreiking ligt op twee niveaus:

1. Ondersteuning van professionals

Professionals geven aan dat zij handvatten missen om CSZ te bieden; zij ervaren uitdagingen in het aanpassen van hun aanpak aan de CLD-achtergrond van leerlingen en zorggebruikers. Deze handreiking is bedoeld als ondersteuning in de implementatie van cultuursensitieve zorg voor mensen met CMB én een CLD-achtergrond.

2. Ondersteuning van zorggebruikers

Leerlingen en zorggebruikers met een CLD-achtergrond ontvangen vaak niet dezelfde kwaliteit van zorg als gebruikers uit dominante culturele groepen. Door CSZ te bevorderen, willen we bijdragen aan gelijkwaardige zorg en betere communicatieve, cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling van kinderen met CMB.

Volgens Qualls (2012) zijn er meerdere redenen om meer onderzoek te doen en meer aandacht te besteden aan CSZ in de praktijk:

- **Demografische verschuivingen.** Door wereldwijde demografische verschuivingen verandert ook de demografische samenstelling van de zorggebruikers. Daardoor werken zorgverleners steeds vaker met zorggebruikers met diverse culturele en linguïstische achtergronden. Dat vraagt om aanpassingen in hun werkwijze.
- **Te weinig (evidentie voor) CLD-interventies.** Er is te weinig onderzoek naar communicatieproblemen in multiculturele populaties, wat het lastig maakt om effectieve, cultuurrelevante interventies te ontwikkelen. Ook is het toepassen van een wetenschappelijk onderbouwde werkwijze in een multiculturele context moeilijk als het beschikbare onderzoek vooral gericht is op homogene (WEIRD) populaties.
- **Verkeerde informatie.** Foutieve of verouderde informatie over culturele groepen kan leiden tot onjuiste diagnoses of behandelingen, gebaseerd op stereotypen.
- **Verkeerde weergave van informatie.** Onderzoekresultaten over bepaalde culturen kunnen onjuist worden geïnterpreteerd als zij niet correct wordt weergegeven, wat tot misverstanden leidt over de communicatiebehoeften van deze groepen.
- **Begrip van lokale en culturele mythes.** De opvattingen van mensen over communicatie en ontwikkelings- en gedragsstoornissen verschillen tussen culturen. Kennis hiervan is belangrijk voor een CSZ-benadering bij leerlingen en zorggebruikers met een CLD-achtergrond.
- **Eisen van zorgverzekeraars.** Verzekeraars erkennen niet altijd de behoefte aan culturele aanpassingen in behandelingen, wat de toegang tot passende zorg voor diverse populaties beperkt. Een verandering daarin is hard nodig.

Uit de ervaring van de auteurs van deze handreiking komt naar voren dat professionals steeds meer ondersteuningsvragen krijgen vanuit gezinnen met een niet-Nederlandse en niet-westerse achtergrond. Tegelijkertijd missen ze handvatten om hun lesgeven, communicatie, behandeling of begeleiding beter aan te passen aan de CLD-achtergrond van de leerling of zorggebruiker. Het aansluiten van onderwijs, zorg en ondersteuning op de culturele en linguïstische achtergrond van de zorgvragers wordt als een uitdaging gezien.

Volgens diverse auteurs is een cultuursensitieve aanpak in het bijzonder relevant bij het bepalen van het soort, de vorm en de inhoud van ondersteunde communicatie. Communicatie is onlosmakelijk verbonden met de culturele en sociale achtergrond van de gebruiker. Het stellen van prioriteiten over waar en wanneer OC wordt ingezet, met welk middel, welke software en welke woordenschat en hoe samen te werken met de leerling of zorggebruiker en de communicatiepartners is essentieel voor het slagen van een interventie (van Balkom, 2018; Beukelman & Light, 2020; Loncke, 2021). Het betrekken van de communicatiepartners van mensen met CMB bij het onderwijs en behandelingen zorgt ervoor dat het OC-hulpmiddel ook thuis wordt ingezet. Dit maakt de behandeling effectiever en zorgt voor een meer evenwichtige cognitieve, sociale, emotionele en communicatieve ontwikkeling van kinderen en jongeren met CMB (zie ook het *participatiemodel* in Beukelman & Light, 2020, p. 28).

Ter illustratie van hoe CSZ in de praktijk kan worden toegepast is in Box 2 een casus uitgewerkt.

Box 2. Casus Diversiteit in de zorg voor kinderen en jongeren met CMB: Het betrekken van een Turks gezin bij OC-behandeling

Situatieschets

Leyla, een 12-jarig meisje uit een Turks gezin, woont met haar ouders en oudere zus in Nederland. De ouders zijn ongeveer 30 jaar geleden naar Nederland gekomen. Moeder spreekt nauwelijks Nederlands, terwijl vader zich in het dagelijks leven voldoende kan redden. Beiden hebben moeite met lezen en schrijven in het Nederlands, waardoor zij ondersteuning nodig hebben bij praktische zaken zoals het sluiten van een zorgovereenkomst.

Ervaren problemen in de begeleiding

1. Minimale betrokkenheid van moeder en zus bij behandeltraject

Hoewel moeder en zus een belangrijke rol spelen in de zorg, was hun betrokkenheid bij het CCP+ behandeltraject (Stichting Milo) in het begin beperkt. Vader vond dat onderwijs op school moest gebeuren en dat in het leven thuis ontspanning centraal staat. Dit bemoeilijkte de implementatie van Ondersteunde Communicatie (OC) die Leyla op school leerde.

2. Problemen in communicatie met ouders

In de beginfase van het CCP+-traject was het onduidelijk in hoeverre ouders en zorgverleners elkaar begrepen. Er was onzekerheid over hoe de visie op OC gedeeld kon worden. Dit vereiste extra tijd, creativiteit en motiverende gespreksvoering.

Omdat de betrokkenheid van de ouders bij de behandeling en een brede inzet van OC essentieel is voor het slagen van het werken met OC, hebben de professionals enkele strategieën toegepast om problemen op te lossen door de CLD-achtergrond van het gezin in ogenschouw te nemen.

Gebruikte strategieën om de problemen op te lossen

1. Communicatie en ondersteuning aanpassen aan het gezin

- Uitleg en herhaling:** Er is veel tijd besteed aan uitleg geven over het behandeltraject, ondersteund met tekeningen om de CCP-redenering te verduidelijken. Herhaaldelijk uitgelegd dat communicatie altijd en overal plaatsvindt en niet alleen door taal en spraak, en waarom OC hierin cruciaal is voor hun kind.
- Voordoen en samendoen:** Praktische taken, zoals het kiezen, lamineren en ordenen van pictogrammen, werden samen met de ouders uitgevoerd. Dit gaf hun handvatten om hier zelfstandig mee verder te gaan.
- Culturele en taalaanpassingen in samenwerking met ouders:** Nederlandse en Turkse woorden werden onder de pictogrammen geplaatst, en de picto's werden samen met de ouders gekozen om culturele relevantie te waarborgen.

2. Samenwerking en motiverende gespreksvoering

- Ouders werden betrokken bij elke stap in het traject, waarbij uitleg met korte en heldere zinnen plaats vond, ondersteund door visuele hulpmiddelen.
- Vader werd als tolk ingeschakeld voor moeder tijdens gesprekken. Er werd geen externe tolk ingezet.
- Het vertrouwen van ouders werd gewonnen door te erkennen wat zij al hadden bereikt met hun dochter, zoals het uitbreiden van haar woordenschat en gebaren.

3. Actieve reflectie

- Regelmatig werd gevraagd of de ouders nog wisten wat de vorige keer besproken was. Ouders werden gestimuleerd om dit in hun eigen woorden terug te vertellen, om te controleren of er sprake was van wederzijds begrip.

Resultaten

- Inzicht en betrokkenheid:** Ouders kregen meer inzicht in de rol van OC en begonnen dit actief in te zetten. Vader, die eerst sceptisch was, toonde steeds meer inzet.
- Effectieve communicatie:** Tekeningen in plaats van geschreven informatie zorgden voor duidelijkheid en hielpen misverstanden te voorkomen.
- Zelfstandigheid:** Door samen praktische taken uit te voeren, werden ouders voorbereid om zelfstandig met OC verder te werken.

Waarom deze strategie werkte

De combinatie van visuele ondersteuning, culturele sensitiviteit, praktische samenwerking en erkenning van de inspanningen van ouders creëerde vertrouwen en begrip. Dit zorgde ervoor dat de weerstand bij ouders afnam en ouders een actieve rol gingen spelen in de communicatieve ontwikkeling van hun dochter.

3. Verantwoording werkgroep en vindplaats handreiking

3.1 Samenstelling werkgroep

Prof. Dr. Mathijs P.J. Vervloed (projectleider)

Radboud Universiteit
Behavioural Science Institute, onderwijsinstituut Pedagogische Wetenschappen en Onderwijskunde,
Stichting Milo
E: mathijs.vervloed@ru.nl
Thomas van Aquinostraat 4
6525 GD NIJMEGEN

Dr. Judith Stoep (mede-projectleider)

Radboud Universiteit
Onderwijsinstituut Pedagogische Wetenschappen en Onderwijskunde en Expertisecentrum
Nederlands
E: judith.stoep@ru.nl
Toernooiveld 9
6525 ED NIJMEGEN

Dr. Stijn Deckers (projectlid)

Radboud Universiteit, onderwijsinstituut Pedagogische Wetenschappen en Onderwijskunde en
stichting OOK_OCI, organisatie voor wetenschappelijk onderzoek gelieerd aan Stichting Milo
E: stijndeckers@stichtingmilo.nl
Deken Baekersstraat 10
5482 JH SCHIJNDEL

Dr. Irena Draskovic (projectlid)

Stichting OOK_OCI, organisatie voor wetenschappelijk onderzoek gelieerd aan Stichting Milo
E: irenadraskovic@stichtingmilo.nl
Deken Baekersstraat 10
5482 JH SCHIJNDEL

Dr. M. ten Hooven – Radstaake (projectlid)

Radboud Universiteit, Pedagogische Wetenschappen en Onderwijskunde en stichting OOK_OCI,
organisatie voor (wetenschappelijk) onderzoek gelieerd aan Stichting Milo
E: maartjeradstaake@stichtingmilo.nl

Deken Baekersstraat 10
5482 JH SCHIJNDEL

Dr. Emma Vaillant (projectlid)
Karin Fleuren (projectlid)

Koninklijke Kentalis
Academie, Programmalijn Communicatief Meervoudige Beperkingen
E: e.vaillant@kentalis.nl
E: k.fleuren@kentalis.nl
Van Vollenhovenlaan 659-661
3527 JP UTRECHT

3.2 Financier en betrokken instanties

Het opstellen van de handreiking is mogelijk gemaakt met behulp van een subsidie van ZONMW in het kader van de open ronde auditief Expertisefunctie Zintuiglijk Gehandicapten 2021, # 66378003201.

3.3 Initiatief

Initiatief: een werkgroep van professionals van de Radboud universiteit, Stichting Milo, stichting OOK-OCI, Koninklijke Kentalis en het Expertisecentrum Nederlands

3.4 Vindplaats van de handreiking

Website stichting Milo

Website Kennisplein gehandicaptenzorg (o.v.b. toestemming)

Website NVO

Website NVLF

4. Totstandkoming handreiking

In de ontwikkeling van deze handreiking is de werkwijze gevolgd beschreven in de Richtlijn voor Richtlijnen (RvR) (Regieraad kwaliteit van zorg, 2012, 3^{de} herziene versie) en AGREE-II, instrument voor het beoordelen van richtlijnen (AGREE Next Steps Consortium, 2009).

Zoals aanbevolen in de RvR, hebben we zowel een onderzoek gedaan naar de recente evidentie met betrekking tot CSZ middels een scoping literatuur review als een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om de knelpunten in CSZ die de professionals in de dagelijkse praktijk ervaren in kaart te brengen. Op basis van bevindingen uit beide studies zijn de belangrijkste theoretische uitgangspunten, empirische bevindingen, praktische problemen en mogelijke oplossingen in kaart gebracht en gestructureerd. Daarbij is ook uitgebreid desktoponderzoek gedaan om aanvullende informatie en relevante bronnen voor de professionals in kaart te brengen. Informatie is gebruikt van belangrijke landelijke organisaties, zoals Pharos (www.pharos.nl); Movisie (www.movisie.nl/); en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport (www.regelhulp.nl/inclusieve-zorg). Om tot de definitieve set van aanbevelingen per onderwerp te komen is een gemodificeerde Delphi-ronde gehouden met allereerst interne experts binnen de onderzoeksgroep en vervolgens met externe experts, zoals professionals van andere instellingen en van opleidingen.

4.1 Scoping review

Een uitgebreide bespreking van de resultaten van de scoping review wordt in een latere publicatie apart besproken. In deze handreiking geven we een samenvatting van deze resultaten per hoofdthema. Als werkwijze is gekozen voor een scoping review aan de hand van de Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses; extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al. 2018). Deze methode is gekozen om inzicht te krijgen in het theoretisch kader waarin cultuursensitieve zorg (CSZ) wordt geplaatst, het belang van CSZ, de factoren die van invloed zijn op de implementatie in de praktijk, en de belangrijkste toepassingsgebieden voor CSZ, zoals in diagnostiek en assessments, behandelingen en de implementatie van OC. Daarnaast werd geïnventariseerd welke instrumenten beschikbaar zijn voor een cultureel assessment. Het volledig verslag van deze review biedt een overzicht van relevante thema's en onderzoeksvragen per studie, resultaten en conclusies, evenals een beoordeling van de methodologische kwaliteit van de betrokken studies en tot slot de geïdentificeerde kennislacunes. Voor de review is gebruik gemaakt van hoofdstuk 11 Scoping reviews van de JBI Reviewer's manual (Peters et al., 2020).

In de review is gewerkt met de volgende onderzoeksvragen:

1. **Conceptualisatie en belang van CSZ:**
 - a. Hoe wordt CSZ gedefinieerd, en welke theoretische kaders worden in de literatuur beschreven?
 - b. Welke competenties zijn nodig om CSZ te realiseren?
2. **Belemmerende en bevorderende factoren**
 - a. Welke belemmerende en bevorderende factoren beïnvloeden de implementatie van CSZ in de praktijk?
3. **Overzicht en kennislacunes:**
 - a. Wat zijn de belangrijkste thema's, resultaten en conclusies uit de literatuur over CSZ?
 - b. Welke kennislacunes vereisen verder onderzoek?

4.1.1 Beschrijving geïncludeerde studies

Uiteindelijk zijn 53 studies geïncludeerd in de reviewstudie. Daarvan is in 40 studies gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethodes zoals enerzijds, focusgroepen, interviews, case studies en etnografische observaties (N=22) en anderzijds reviews met kwalitatieve meta-synthese, trendrapporten, position papers, implicaties voor de praktijk van bevindingen van grote projecten

gebaseerd op meerdere (vaak internationale) studies, trendrapporten en aanbevelingen op basis van best practices (N=16). De overige twee artikelen zijn technische verslagen over de ontwikkeling van OC-lexicons. In 17 studies is gebruik gemaakt van kwantitatieve methodes. Het betreft hier: enquêtes en vragenlijsten om attitudes, gebruik van communicatiehulpmiddelen en effectiviteit van interventies te meten; experimenten om de impact van AAC-interventies te evalueren; single case studies met een single subject multiple probes design om individuele vooruitgang en effectiviteit van aanpassingen in communicatie te onderzoeken; en vergelijkende statistische analyses tussen verschillende groepen gebruikers. Zes studies gebruikten een 'mixed methods' aanpak waarin zowel kwantitatieve als kwalitatieve methodes gebruikt werden.

In zeven studies zijn specifieke educatieve interventies voor ouders/families of voor professionals geëvalueerd. Het betreft hier training of coaching, zoals interventies gericht op het ondersteunen van ouders bij de implementatie van OC in de thuissituatie en het bevorderen van de communicatieve ontwikkeling van mensen met CMB in de thuisomgeving. Andere educatieve interventies zijn gericht op (aankomende) professionals en de ontwikkeling van hun CSZ-competenties en/of het bevorderen van de samenwerking met CLD-families. In zes studies zijn op CLD-gerichte communicatiematerialen en OC-tools ontwikkeld en/of getest, waarbij de materialen en tools bijvoorbeeld zijn aangepast aan specifieke culturele contexten. Dit was bijvoorbeeld het vertalen van instructiematerialen of het aanpassen van OC-symbolen aan specifieke CLD-behoefte.

De geïnccludeerde studies zijn afkomstig uit Europa, Afrika, Azië en Noord Amerika. De genoemde talen en culturele achtergronden omvatten o.a. Engels (VS, VK, CA), Spaans, Arabisch, Indiaas, Chinees, Vietnamese en Zuid-Afrikaanse talen. In Europa betreft de CLD vaak kinderen met een migratie of vluchtelingen achtergrond, in de overige landen veelal autochtone mensen met een culturele of linguïstische achtergrond die afwijkt van de meerderheidsgroep.

4.1.2 Resultaten kwalitatieve meta-synthese van bevindingen

Om inzicht te krijgen in belangrijke thema's van CSZ is in de analyse van de geselecteerde reviews gebruik gemaakt van de kwalitatieve methode van content analyse waarbij een combinatie van de inductieve en deductieve benadering werd toegepast zoals in thematische en 'framework' analyses (Nye et al., 2016). De genoemde methodes zijn oorspronkelijk ontwikkeld om de kwalitatieve data (teksten, gespreksopnames, documenten, e.d.) in de sociale wetenschappen te analyseren (Krippendorff, 2018), maar worden steeds meer ook ten behoeve van inhoudelijke meta-syntheses in (scoping) reviews gebruikt (Moorcroft et al., 2019). Kort samengevat zijn eerst alle reviews gecodeerd in dominante thema's (of 'frameworks') en bijpassende sub-thema's (b.v. thema: assessment, met als sub-thema's: CLD-assessment, OC-assessment; thema: CSZ-competenties, met als sub-thema's: attitudes, gedrag). Binnen de thema's zijn de studies met elkaar vergeleken op overeenkomsten en verschillen en zijn de voorlopige aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd en gestructureerd. Het doel daarvan was een structuur voor de aanbevelingen te bieden die herkenbaar is in de praktijk waardoor de toepasbaarheid in die praktijk wordt vergroot. Op deze manier is een voorlopige indeling van studies in de volgende thema's ontstaan, zie Box 3:

Box 3. Thematische analyse van cultuursensitieve zorg in hoofdthema's:

- 1) **Reikwijdte van CSZ en CSZ-competenties**
 - a) Inclusie – barrières
 - b) AAC-gerelateerd
 - c) CSZ-perspectief professionals (Persoonlijke barrières, competenties vs. praktijk)
 - d) Communicatie/zorg/samenwerking met ouders
 - e) Meertaligheid
 - f) Perspectief Ouders
 - g) CSC-competenties en trainingen
 - Logopedisten/studenten
 - Leraren
 - Ouders (individueel, groep)
 - 2) **CSZ in Assessment**
 - a) Assessment m.b.t. Culturele en Linguïstische Diversiteit (CLD)
 - b) Assessment mensen met CMB en CLD
 - 3) **CSZ in Behandeling en Begeleiding**
 - a) Betrekken ouders, familieleden en bredere sociale context
 - b) Interventies
 - 4) **OC - Acceptatie & Implementatie in CLD-context**
 - a) Meertalig OC vereist
 - b) Barrières/uitdagingen
 - c) Thuisgebruik
 - d) Subculturen, autisme
 - e) Multidisciplinair team in OC-implementatie
 - f) Woordenschat co-constructie/CLD-aanpassing
 - Rol ouders, personen met CMB
 - Thema's in woordenschat
 - CLD-aanpassing
 - Keuze pictogrammen/symbolen
 - Validatie van woordenschat
-

Thema 1. Competenties voor Cultuursensitieve zorg (CSZ)

(Binger et al., 2009; Brinsmead, 2019; Dada et al., 2017; Huer, Saenz et al., 2001; Kempka, 2018; Khalid, 2017; Mandak & Light, 2018; McCord & Soto, 2004; McDowell & Bornman, 2022; McNamara, 2018; Meadan et al., 2020; Moorcroft et al., 2022; Patel & Khamis-Dakwar, 2005; Pope et al., 2022; Qualls, 2012; Resnicow et al., 1999; Solomon et al., 2018; Soto & Yu, 2014; van Herwaarden et al., 2020, 2021; Verdon et al., 2015)

Cultuursensitieve Zorg (CSZ) verwijst naar zorgpraktijken die **rekening houden met culturele en linguïstische diversiteit (CLD)** en die de behandeling en begeleiding afstemmen op de achtergrond en behoeften van de persoon en diens sociale omgeving. Dat betekent o.a. dat communicatiemiddelen, assessmentmethoden en interventies worden aangepast aan **culturele, sociale en taalkundige factoren** die van invloed zijn op hoe iemand communiceert en betekenis geeft aan taal (Binger et al., 2009, Soto & Yu, 2014).

Om de participatie en inclusie van mensen met CMB en met een CLD-achtergrond te bevorderen, is het essentieel om de toegang tot en het gebruik van OC binnen deze doelgroep te vergroten. De implementatie van OC in een CLD-context kan echter niet los worden gezien van de bredere context van implementatie van Cultuursensitieve Zorg (CSZ).

Soto & Yu (2014) stellen voor om de communicatieve ondersteuning van kinderen met CMB die opgroeien in een tweetalige omgeving vanuit een socioculturele benadering te beschouwen. Volgens deze benadering vindt taalverwerving plaats door deel te nemen aan betekenisvolle culturele activiteiten binnen de sociale context. Taalontwikkeling is het resultaat van langdurige interacties met ervaren taalgebruikers, die de culturele waarden en sociale praktijken overbrengen. Taal wordt

niet alleen verworven door sociaal-culturele interacties, maar het bevordert die ook. Taal is middel en doel, waarbij een positieve spiraal ontstaat: sociale interactie --> bevordert taal --> leidt tot meer sociale interactie --> waardoor meer taalvaardigheden ontwikkeld worden, etc. De auteurs pleiten voor het behoud van de thuistaal bij kinderen met CMB. Wanneer een behandelplan zich uitsluitend richt op de dominante taal van de omgeving, gaat de sociale context en de culturele integratie via de thuistaal verloren. Dit verlies kan leiden tot beperktere interacties binnen het gezin en minder mogelijkheden om taalvaardigheden in verschillende situaties te oefenen. Dit kan zelfs de beperking van het kind versterken en zijn of haar isolement binnen de familie en de gemeenschap vergroten (Soto & Yu, 2014). *Daarom is het aan te bevelen om communicatieve ondersteuning en behandeling in zowel de thuistaal als de meerderheidstaal aan te bieden.* Dit advies kent echter grenzen. Mogelijk zijn sprekers van de thuistaal van een kind met CMB niet beschikbaar of ontbreken de financiële middelen om hiervoor een tolk in te zetten.

In de literatuur over taalverwerving bij tweetalige kinderen met CMB wordt benadrukt dat het voor de ontwikkeling van communicatieve competenties belangrijk is om het kind zo vroeg mogelijk ervaringen op te laten doen en sociale connecties te laten maken met ervaren taalgebruikers; dat zijn in de regel de ouders (Kempka, 2018). De input moet ook vanuit de eerste taal komen, omdat zonder input en het ontwikkelen van de eerste taal het onwaarschijnlijk is dat de tweede taal zich kan ontwikkelen (Kempka, 2018). Zie ook de richtlijn tweetaligheid vanuit de jeugdgezondheidszorg. Deze richtlijn is opgenomen in de JGZ-richtlijn Taalontwikkeling, <https://www.jgzrichtlijnen.nl/richtlijn/jgz-richtlijn-taalontwikkeling/>

Soto & Yu, 2014). Om de voordelen van de eerste taal ten volle te benutten, is het belangrijk om eventuele achterstanden in de implementatie van OC in de thuissituaties van CLD-populaties weg te werken. Ook is het belangrijk om OC tweetalig verder te ontwikkelen, en daarbij de professionele richtlijnen met betrekking tot 'onderwijsmethodes' voor een zinvolle interactie voor alle talen te laten gelden (Kempka, 2018). Deze handreiking is bedoeld om daaraan bij te dragen.

Uit de reviewstudie blijkt dat de competenties die de professionals nodig hebben om CSZ te kunnen implementeren kunnen worden ingedeeld in vijf brede categorieën: (a) cultuursensitieve (CLD/OC) assessment voor mensen met een CLD achtergrond, (b) cultuursensitieve OC-behandeling en interventies, (c) cultuursensitieve interprofessionele samenwerking, (d) cultuursensitieve ontwikkeling van OC-tools ter ondersteuning van taal en geletterdheid bij tweetalige kinderen, en (e) professionele ontwikkeling om de behoeften van CLD-kinderen te kunnen ondersteunen. (Solomon et al., 2018).

Thema 2. Cultuursensitieve zorg in assessment

(Ingold & Doubet, 2022; King, Binger et al., 2015; Rietveld, 2011; Wyatt, 2012)

Binnen deze handreiking maken we onderscheid tussen CLD-assessment en assessment van communicatieve competenties. In de praktijk zijn deze twee aspecten van CLD-assessment met elkaar verweven. CLD-assessment heeft echter meer te maken met de invloed van de eerste taal en cultuur, zoals de opvattingen over communicatieve beperkingen, op de manier waarop communicatieve behandeling wordt benaderd en op de specifieke bevorderende en belemmerende factoren in iemands primaire sociale omgeving. Assessment van communicatieve competenties richt zich specifiek op het in kaart brengen van de taalkundige achtergrond van een kind. Het doel is om te begrijpen hoe taalverwerving en taalgebruik beïnvloed worden door meerdere talen en culturen, en om de variatie daarin niet ten onrechte te classificeren als een stoornis. Belangrijke onderdelen zijn: een gedetailleerde anamnese met ouders/verzorgers, inzicht in het taalgebruik binnen en tussen talen, en het afzetten van communicatieve vaardigheden tegen de normen van de eigen taalgemeenschap van het kind.

Volgens Wyatt (2012) is bij taal-en spraak assessment van cliënten uit cultureel en taalkundig diverse achtergronden het afnemen van de anamnese ('case history') extra belangrijk, vooral wanneer er geen geschikte testen in de moedertaal beschikbaar zijn. Het gesprek met ouders en/of verzorgers geeft inzicht in hoe de communicatie van de cliënt zich verhoudt tot leeftijdsgenoten binnen de eigen taalgemeenschap.

Een goede anamnese vraagt om culturele sensitiviteit, vertrouwen en respect, omdat opvattingen, bijvoorbeeld over het hebben van een communicatieve beperking, per cultuur kunnen verschillen (Wyatt, 2012).

Bij een assessment van de communicatie van tweetalige kinderen is het nodig om vragen te stellen over:

1. De eerste en de tweede taal en de gebruikspatronen binnen en tussen beide talen
2. Sterke en zwakke kanten per taal
3. De gevolgen van de waargenomen communicatieproblemen voor het functioneren in het gezin en de gemeenschap. (Wyatt, 2012).

Punt 1 houdt in dat je niet alleen naar de talen afzonderlijk kijkt, maar ook naar hoe die talen samen functioneren in het dagelijks leven. Het gaat hier om een breed beeld van het hele taalsysteem van de persoon, en hoe de verschillende talen elkaar beïnvloeden en samen het communicatieve repertoire vormen. Dat houdt o.a. in:

- **Binnen één taal:** woordenschat, grammatica, zinsbouw, uitspraak, communicatieve functies (kan iemand een verhaal vertellen, vragen stellen, enz.).
- **Tussen talen:** hoe en wanneer schakelt iemand van de ene naar de andere taal (code-switching), in welke context gebruikt iemand welke taal (thuis, school, werk), en of er overlap of hiaten zijn (bijv. iemand kent een woord alleen in taal A, maar niet in taal B).
- **Patronen van gebruik:** frequentie en domeinen → met wie spreekt men in welke taal, hoe vaak, en waarvoor (informeel, formeel).

Het doel is om een volledig en cultureel passend beeld van de communicatieve mogelijkheden en beperkingen te verkrijgen.

Onderzoek laat zien dat in het communicatie-assessment bij kinderen met CMB en in het bijzonder bij hen met een CLD-achtergrond, statische niveautesten niet bruikbaar zijn omdat ze onvoldoende rekening houden met het *proces* van taalverwerving en de achtergronden van kinderen. Dit betreft onder andere de behoeften aan (communicatieve) ondersteuning en de mogelijke barrières in de communicatie. Het alternatief voor het testen van statische vaardigheden in een communicatie-assessment is een Dynamisch Assessment (DA). Dynamisch assessment is gebaseerd op de principes van de zone van naaste ontwikkeling en scaffolding. King, Binger et al. (2015) laten zien dat hiermee, via stapsgewijze ondersteuning, kan worden vastgesteld in hoeverre kinderen die OC gebruiken zinnen kunnen vormen en of en hoe hun taalvaardigheid zich ontwikkelt. De resultaten van DA maken een inschatting mogelijk van de werkelijke mogelijkheden voor communicatie en leren bij CMB/CLD-kinderen.

Thema 3. Cultuursensitieve zorg en behandeling en begeleiding

(Geiger, 2010; G. King, Desmarais et al., 2015; Mandak et al., 2017; McNaughton et al., 2011; Mindel & Jeeva, 2018; Monceaux-Visser, 2021.; Parette et al., 2000; Pickl, 2011; Soto, 2012; Srinivasan et al., 2011)

Het overkoepelende principe in CSZ Behandeling en Begeleiding betreft samenwerking met ouders en indien van toepassing ook met de bredere sociale omgeving. In Geiger (2010) wordt via een illustratieve casus zichtbaar gemaakt welke voordelen de samenwerking kan hebben als een westers symbolensysteem als Picture Communication Symbols (PCS) wordt aangepast aan lokale tradities. Door te focussen op de specifieke barrières voor het gebruik van OC-tools in ruraal Botswana is de PCS zodanig aangepast aan de mogelijkheden, behoeften en voorkeuren van de specifieke CLD-omgeving dat het wel gebruikt ging worden in het dagelijks leven en het de communicatieve en sociale ontwikkeling van de PCS-gebruiker bevorderde. Een voorbeeld is de toevoeging van een cultureel saillant symbool aan PCS – de neushoornvogel - dat verwijst naar het spreekwoord *‘de kinderen van de neushoornvogel delen zelfs de kop van een vlieg’* (*‘the children of the hornbill share even the head of a fly’* - kon de PCS-gebruiker direct communiceren dat zij te weinig te eten heeft gekregen. Door synergistische samenwerking tussen de OC-expertise van de professional en de culturele expertise van de oma van de OC-gebruiker is een zeer functionele OC-aanpassing tot stand gekomen (Geiger, 2010). Hierbij is gebruik gemaakt van ‘samenwerking door dialoog’ (*‘dialogic collaboration’*) beschreven door Alant (1996) en andere collaboratieve strategieën.

Meer specifieke aspecten van cultuursensitieve behandeling en begeleiding zullen besproken worden in Deel II van deze handreiking.

Thema 4. Cultuursensitieve zorg: OC-acceptatie en implementatie

(Bornman & Bryen, 2013; Bridges, 2000; DeKlerk et al., 2014; Doubet, 2022; Draffan et al., 2015; Ferger, 2020; Haupt & Alant, 2002; Huer, Parette, et al., 2001; Johnson et al., 2015; King, 2022; Light & Drager, 2002; Light & McNaughton, 2012a; Moorcroft et al., 2019, 2021; Nellum Davis & Banks, 2012; Nigam, 2006; Tönsing et al., 2018; Tönsing & Soto, 2020; Yu, 2018; Yum et al., 2021)

Ondersteunde Communicatie zou een integraal onderdeel van assessment, behandeling en begeleiding van alle kinderen met CMB moeten zijn en in het bijzonder van tweetalige kinderen. OC-implementatie in de thuisomgeving kent specifieke barrières bij deze kinderen; daarom vestigen we daar extra aandacht op in een apart hoofdstuk.

Eenzijds ervaren de professionals barrières in communicatieve behandeling van CLD-kinderen doordat zij de taal en de cultuur van deze kinderen niet (goed) kennen en doordat de kennis over het belang van de eerste taalverwerving nog geen gemeengoed is. Dat leidt er soms toe dat in het taalaanbod geheel gefocust wordt op de tweede taal van het kind waardoor de ontwikkeling van communicatieve vaardigheden bij tweetalige kinderen eigenlijk gehinderd wordt. Anderzijds ervaren ouders ook taal- en cultuurbarrières wanneer ze met professionals communiceren die hun eerste taal niet machtig zijn. Problemen ontstaan bijvoorbeeld bij afwezigheid van een tolk/vertaler of het ontbreken van meertalig OC-materiaal. Dan is het des te meer in het belang van het kind dat professionals en ouders samenwerken, bijvoorbeeld om OC-tools te personaliseren en beschikbaar te maken in de eerste taal van het gezin, zodat deze ook in de thuissituatie OC functioneel gebruikt kan worden. Dit is noodzakelijk om de effectiviteit van de behandeling te laten toenemen.

Er is veel winst te behalen op het gebied van CLD-aanpassingen in OC-technologie/content dat nu nog vooral op schoolse vaardigheden en de schoolcontext is gericht. Deze schoolcontext verschilt van de thuisomgeving van CLD-gezinnen waarin over andere zaken gecommuniceerd wordt dan op school. Bijvoorbeeld door een gebrekkig vocabulaire in het OC-hulpmiddel om emoties en pijn/ongemak uit te drukken, huishoudelijke taken te communiceren of om specifieke (sub)culturele interesses in te verwerken, bijvoorbeeld onderwerpen die jongeren meer interesseren dan volwassenen, zoals: sociale media, sporten en games). Uit onderzoek in WEIRD-landen blijkt dat de huidige OC met picto's en symbolen een stereotypisch beeld van uitheemse culturen laten zien (weinig variatie in bijvoorbeeld rollen van vrouwen), terwijl dat minder het geval is voor de inheemse

(sub)culturen. Dat soort verschillen kunnen op subtiele wijze de bruikbaarheid van OC in het dagelijks leven van CLD-gezinnen negatief beïnvloeden (Doubet, 2022).

4.2 Interviews en focusgroepen - Ervaringen van professionals

Om de aanbevelingen in deze handreiking zo goed mogelijk aan de behoeften van professionals aan te laten sluiten zijn focusgroepgesprekken gehouden. Voorafgaande aan de bijeenkomsten zijn vragen opgesteld. De vragen waren voor het thema **Houding en bewustzijn**: Met welke soorten diversiteit kom je in aanraking in jouw dagelijkse praktijk?; Ben je je wel eens bewust geweest van de verschillen in de culturele achtergrond tussen jou en het kind/gezin?; Wat vind je moeilijk/lastig in het werken met mensen met een andere culturele achtergrond?; Heb je behoefte gehad aan hulp?. Voor het thema **Vaardigheden**: Wat doe je in je dagelijkse werk om rekening te houden met culturele achtergrond van een cliënt en zijn/haar naaste omgeving?; Welke obstakels kom je tegen in het betrekken van ouders en het sociale netwerk bij diagnostiek en behandeling? Voor het thema **Kennis**: Welke kennis of handvatten mis je om goed aan te kunnen sluiten bij het kind en zijn/haar naaste omgeving? Over welke onderwerpen mis je kennis?; Mis je scholing?

4.2 Focusgroepen

4.2.1 Deelnemers

Bij de focusgroepen waren professionals betrokken die trainingen en behandelingen voor taal en communicatie (incl. OC-hulpmiddelen) en begeleiding uitvoeren bij mensen met CMB. Alle deelnemers hadden ervaring met de CLD-doelgroep.

4.2.2 Procedure

Gekozen is voor de methode van focusgroepen als een effectieve en efficiënte manier om inzichten over CSZ bij relevante deelnemers op te halen (Ketelaar et al., 2011, Liamputtong, 2011). Het voordeel van een focusgroep is dat door de discussies die ontstaan tijdens de bijeenkomst, verschillende meningen en ervaringen aan bod komen. Deelnemers kunnen op elkaar bijdragen reflecteren, wat tot bijstelling en nuancering van meningen en tot nieuwe inzichten kan leiden. Voor de uitvoering van de focusgroepen is aangesloten bij de methode zoals beschreven door Ketelaar et al. (2011). Ten behoeve van data-analyse zijn de bijeenkomsten op video opgenomen. Twee leden van de projectgroep zijn als moderator opgetreden (MR en EV). Duur per bijeenkomst was maximaal twee uur.

4.2.3 Analyse

In de kwalitatieve analyse is gebruik gemaakt van de inductieve 'Grounded Theory' benadering (Birks & Mills, 2023), met open, selectieve en axiale codering dat tot de formulering van belangrijke (sub)categorieën en thema's heeft geleid. Deze thematische analyses zijn individueel uitgevoerd door ID en MR, nadat overeenstemming werd bereikt over de wijze van codering en interpretatie van de gespreksgegevens.

4.2.4 Samenvatting resultaten

Betrouwbaarheid

Op basis van individuele toekenning van codes voor een kleine sample vanuit een van de transcripten was er een overeenkomst van 62%. Na een consensusbespreking werd een overeenstemming van 100% bereikt. Tijdens het proces van coderen is regelmatig onderling overlegd over ambigue of onduidelijke uitspraken en zijn afspraken gemaakt over de afgeleide categorieën en thema's.

Attitudes

Een van de kerncompetenties in cultuursensitieve zorg (CSZ) is het ontwikkelen van een open en positieve houding tegenover mensen met verschillende culturele, linguïstische en sociaaleconomische achtergronden. Uitspraken van professionals uit ons onderzoek wijzen op de noodzaak van zowel open en constructieve attitudes en ook het tegengaan van etnocentrische attitudes ten opzichte van tweetalige kinderen/gezinnen en andere culturen.

Elementen van te verwerven *positieve attitudes* die door professionals zijn benoemd:

- **Inlevingsvermogen** in de complexe ervaringen van CLD-gezinnen, waaronder traumatische gebeurtenissen die vaak voorkomen bij vluchtelingen.
- **Inzicht** dat de individuele verschillen tussen ouders, ongeacht hun achtergrond, vaak groter zijn dan de verschillen tussen CLD-groepen. Professionals gaven bijvoorbeeld aan dat interesse en betrokkenheid van ouders bij de behandeling meer invloed heeft op de effectiviteit daarvan dan factoren als opleidingsniveau of moedertaal.
- **Inzicht** dat de **individuele acculturatie** van een ouder anders zijn dan het gemiddelde van de groep waartoe zij als CLD-gezin behoren. Persoonlijke, sociale en culturele identiteit hoeven niet altijd te matchen (Wyatt, 2012).
- **Openheid en nieuwsgierigheid** ten opzichte van CLD-verschillen, wat volgens de professionals kan bijdragen aan het versterken van de relatie met ouders en hun betrokkenheid bij de behandeling.

Tegelijkertijd kwamen er ook uitspraken naar voren die wijzen op *etnocentrische attitudes*;

- **Gebrek aan kennis** van de achtergrond of opleiding van ouders, wat als desinteresse of gebrek aan respect kan worden opgevat.
- Het gebruik van **negatieve bewoordingen** om CLD-huishoudens te beschrijven, zoals "rommelig" of "ongestructureerd". Dit soort houding draagt bij aan het in stand houden van stereotypen en kan afbreuk doen aan wederzijds respect.
- Een **uitgesproken voorkeur** voor de Nederlandse opvoedingsstijl boven andere culturele benaderingen (bv. 'kinderen moeten op tijd naar bed'); andersoortige opvoedingspraktijken worden als minder 'juist' gezien.

Daaruit blijkt dat er bij professionals tegelijkertijd cultuursensitieve als etnocentrische opvattingen een rol spelen in de dagelijkse praktijk. Dat wijst op lacunes in CSZ-competenties.

Stereotiepe opvattingen maken deel uit van een breder scala aan heuristieken (eenvoudige vuistregels) die we dagelijks gebruiken om beslissingen te nemen. Een voorbeeld hiervan is de representativiteitsheuristiek, waarbij mensen geneigd zijn om te oordelen op basis van hoe goed iets of iemand past binnen onze (stereotype) mentale beelden. Hoewel dergelijke denkpatronen in evolutionair opzicht nuttig kunnen zijn (of – zijn geweest), kunnen ze in de behandeling en begeleiding van mensen met CMB met een CLD-achtergrond, een obstakel vormen voor goede verstandhouding en effectieve behandeling. Daarom is bewustwording van deze denkpatronen een belangrijke eerste stap in het ontwikkelen van cultuursensitieve competenties.

Professionals uit ons onderzoek geven aan dat er in de praktijk weinig aanpassingen worden gedaan voor CLD-gezinnen binnen diagnostiek en behandeling, zoals bij de keuzes voor diagnostische instrumenten, interventiematerialen en bij het stellen van behandeldoelen. Daarnaast blijkt uit hun

reacties dat zij behoefte hebben aan verdere professionalisering op het gebied van cultuursensitieve zorg.

Dit onderzoek laat duidelijke signalen vanuit de praktijk zien dat de professionals zich in de huidige situatie niet toegerust voelen om een optimale behandeling of begeleiding te bieden aan mensen met een CLD-achtergrond. Dat betekent dat de kwaliteit van zorg voor kinderen met CMB en met een CLD-achtergrond, achterloopt op die van kinderen met een Nederlandse achtergrond. Dat is niet wenselijk. Om de situatie te verbeteren is het onder andere nodig om aan de behoeften van professionals aan bijscholing tegemoet te komen en meer trainingen gedurende de opleiding en on-the-job aan te bieden.

Gewenste specifieke competenties

Kennis en vaardigheden met betrekking tot culturele achtergronden

- Inzicht in wat gebruikelijk gedrag is binnen de culturen die (potentieel) verschillen van de Nederlandse cultuur.
- Begrip hebben van de achtergronden van CLD-verschillen.
- Weten hoe cliënten met een CLD-achtergrond op een respectvolle manier benaderd kunnen worden, in lijn met hun culturele achtergronden en gebruiken.
- Beter benutten van het netwerk rondom cliënten en het actiever betrekken van dit netwerk bij de behandeling en implementatie van Ondersteunde Communicatie (OC).
- Kunnen maken van toegankelijke informatie, bijvoorbeeld in de vorm van e-learning modules over CLD-gerelateerde onderwerpen.

Management van verwachtingen van CLD-ouders en bijbehorende gesprekstechnieken

- Er is behoefte aan ondersteuning op organisatieniveau bij het managen van verwachtingen van CLD-ouders, bijvoorbeeld door ouderavonden specifiek voor deze doelgroep te organiseren.
- Er is een duidelijke behoefte aan training en oefening in gesprekstechnieken, vooral bij het omgaan met uiteenlopende verwachtingen van ouders. Daarnaast staat het toepassen van motiverende gespreksvoering in communicatie met ouders met een CLD-achtergrond, hoog op de lijst. Uitdagingen die daarbij worden ervaren zijn onder andere:
 - Het omgaan met verwachtingen van CLD-ouders met betrekking tot effecten van communicatieve behandeling. Professionals ervaren dat CLD-ouders vaak hoge verwachtingen hebben van de behandeling met name dat het kind zal leren praten. Tegelijkertijd zien zij hun rol in de behandeling als veel kleiner dan die van de professional.
 - Uitleggen wat het belang van OC is in de communicatieve ontwikkeling van kinderen en ouders motiveren om die ook thuis in te zetten.

N.B.: Deze percepties van verwachtingen kunnen zowel juist zijn als voortkomen uit overgeneralisaties, vooroordelen of miscommunicatie met CLD-ouders.

Behoefte aan training en coaching in de dagelijkse praktijk

- Professionals hebben behoefte aan concrete handvatten voor het ondersteunen van CLD-clieënten. Dit weerspiegelt zowel de wens om zorg op maat te bieden als de behoefte aan

extra ondersteuning in het opbouwen van samenwerking met ouders en andere professionals.

- Professionals met beperkte ervaring in het begeleiden van CLD-cliënten hebben behoefte aan adequate voorbereiding en praktische oefening voordat zij deze cliënten ontmoeten. Daarnaast is er vraag naar informele interprofessionele samenwerking. Bijvoorbeeld in de vorm van casusbesprekingen in een ontspannen setting.

De behoeften voortgekomen uit de literatuurstudie, de focusgroepen en de expertconsultaties zijn vertaald naar specifieke CSZ-competenties, die in Deel II. Aanbevelingen besproken zullen worden.

Deel II Aanbevelingen

1. Competenties voor CSZ

1.1 Inleiding competenties voor CSZ

De behoeften van professionals aan bijscholing en coaching weerspiegelen het raamwerk van competenties voor CSZ uit de literatuur. Hieronder beschrijven we enkele gangbare modellen van deze competenties. Deze kunnen vervolgens gebruikt worden als basis om training en coaching te structureren in niveaus, te evalueren en de verwerving van CSZ-competenties te systematiseren.

1.1.1 Modellen van CSZ-competenties

Van Herwaarden et al. (2021) onderscheiden vier hoofdcompetenties voor CSZ: bewustzijn, kennis, vaardigheden en motivatie. Deze hoofdcompetenties kunnen worden onderverdeeld in praktische en analytische competenties. Praktische competenties betreffen zichtbare culturele aspecten zoals kleding en haardracht, ook wel gezien als de “oppervlakkige” uitingen van iemands cultuur. Analytische competenties vereisen diepgaand begrip van de waarden en overtuigingen van mensen met CLD-achtergrond, zoals de betekenis die men hecht aan een beperking vanuit cultureel, ideologisch of religieus oogpunt.

Uit onze focusgroepgesprekken komt naar voren dat er behoefte is aan praktische competenties, zoals het aanpassen van het OC-vocabulaire aan die behoefte. Er worden echter ook zaken als het motiveren van ouders, stroomlijnen/vormgeven van huisbezoeken en omgaan met CLD-verschillen genoemd. Deze zaken veronderstellen een combinatie van praktische en analytische competenties. Daardoor lijken de benodigde CSZ-competenties complex. Complex in de zin dat er in de praktijk eerder een combinatie van praktische en analytische competenties nodig lijkt te zijn dan van afzonderlijke praktische en analytische competenties.

Naast de indeling in praktisch-analytisch bestaan er ook andere indelingen, bijvoorbeeld die van Sue (2006) en Sue et al. (1996). Deze auteurs hebben een conceptueel raamwerk voor culturele competenties ontwikkeld, bestaande uit drie algemene gebieden:

1. **Cultureel bewustzijn en overtuigingen:** De gevoeligheid van de professional voor zijn of haar eigen opvattingen, zoals ethnocentrische en vooringenomen overtuigingen tegenover andere culturen, en hoe deze de interpretatie van de zorg- en behandelvraag, de perceptie van de cliënt en de therapeutische relatie met de cliënt kunnen beïnvloeden.
2. **Culturele kennis:** De kennis van de professional over de cultuur, wereldbeeld en verwachtingen van de cliënt ten opzichte van de therapeutische relatie. (N.B. Dit aspect komt deels overeen met wat van Herwaarden et al. (2021) praktische competenties noemen)
3. **Culturele vaardigheden en gedrag:**
 - Het vermogen van de therapeut om een behandeling uit te voeren op een manier die cultureel gevoelig en relevant is voor de cliënt;
 - Het communicatieve en gedragsmatige vermogen om effectieve interacties op te bouwen met mensen die verschillen in culturele achtergrond.

In hun systematische review, benoemen Alizade & Chavan (2016) dezelfde drie competentiegebieden en voegen daar nog twee andere bij, namelijk **cultureel verlangen/motivatie** en **culturele ontmoeting/interactie**. Cultureel verlangen is gedefinieerd als de motivatie of bereidheid van een individu om zich te engageren, deel te nemen en te leren over culturele diversiteit, en om zijn/haar cultureel bewustzijn, kennis en vaardigheden te verhogen. Culturele ontmoeting verwijst naar concrete ervaringen met face-to-face contacten of andere soorten interacties met mensen met een CLD-achtergrond.

De resultaten van ons kwalitatief onderzoek (focusgroepgesprekken met professionals) laten een soortgelijk cultureel verlangen/motivatie zien, met name het verlangen om meer over andere culturen en culturele diversiteit te leren. Wat culturele ontmoeting betreft zijn er verschillen tussen de professionals in de mate waarin ze in hun dagelijkse praktijk mensen uit andere culturen face-to-face ontmoeten. Logopedisten en taal-spraak pathologen zijn voornamelijk in contact met mensen met CMB en in mindere mate met hun families en bredere sociale omgeving. Ouderbegeleiders komen daarentegen vaker bij de cliënten thuis en hebben daardoor vaker concrete ervaringen met culturele ontmoetingen. Een van onze aanbeveling wordt daarom gericht op interprofessionele samenwerking om te compenseren voor deze verschillen in face-to-face ervaringen.

1.1.2 Niveaus van CSZ-competenties

Sue (2006) maakt onderscheid tussen drie niveaus bij culturele competentie namelijk op individueel (micro), organisatie (meso) en maatschappelijk (macro) niveau.

1. Het eerste niveau richt zich op de individuele hulpverleners die direct met cliënten werken. Daarbij kan de culturele geschiktheid en effectiviteit van hun aanpak geëvalueerd worden op **interpersoonlijke gevoeligheid, opbouwen van een vertrouwensrelatie, therapeutische alliantie en integriteit**.
2. Het tweede niveau kijkt naar hoe organisaties hun diensten structureren en aanpassen voor verschillende culturele groepen. Zaken met betrekking tot de **organisatiestructuur, HR-beleid, implementatie van specifieke programma's, sociale voorzieningen ('outreach'), toegang en beschikbaarheid van diensten, toewijzing van middelen en de kwaliteit van zorg**, kunnen worden onderzocht op hun effectiviteit voor de verschillende culturele groepen.
3. Het derde niveau betreft het **brede zorgsysteem binnen een gemeenschap**, met nadruk op **samenwerking tussen de instellingen** om verschillende CLD-groepen effectief te ondersteunen.

Culturele competentie is een complex fenomeen en het kan niet alleen gezien worden als concrete passieve kennis, maar ook als een proces. Belangrijke procesmatige competenties zijn:

1. **Onderzoekende houding** (hypotheses stellen, testen en toepassen en geen voorbarige conclusies trekken);
2. **Dynamische/flexibele maatvoering** of gradatie aanbrengen betekent weten wanneer je kunt generaliseren binnen een cultuur en wanneer cliënten individueel beoordeeld dienen te worden. Dit betekent weten hoe rekening te houden met iemands cultuur zonder te stereotyperen. Voorbeelden van stereotypen zijn: Aziatische culturen zijn collectief eerder dan individualistisch, Oorspronkelijke Amerikanen waarderen natuur terwijl Europese Amerikanen het willen beheersen; niet elk individu uit een cultuur voldoet aan dit stereotiepe beeld.
3. **Cultuurspecifieke expertise**. Sue (2006) noemt als voorbeeld hoe de bekendheid met de discriminatie-geschiedenis van Afrikaans-Amerikaanse mannen kan helpen om, bij getoonde wantrouwen jegens een hulpverlener, onderscheid te kunnen maken tussen 'gezonde/gegronde paranoia' en 'functionele paranoia'.

Zie ook het continuüm van culturele competentie van Cross (2012) in 2.1 Aanleiding. Dit continuüm kan als leidraad dienen voor de individuele professionals, organisaties en (onderwijs)instellingen om het niveau van culturele competenties te kunnen bepalen en de kwaliteit van CLD-diensten te verbeteren.

1.1.3 Behoeften van professionals

Uit ons onderzoek naar de ervaringen van professionals in de behandeling/begeleiding van mensen met CMB blijkt dat zij behoefte hebben aan verdere professionalisering in CSZ. Met name gaat het om het verkrijgen van specifieke kennis over verschillende culturen, kennis en vaardigheden in het voeren van (motiverende) gesprekken met mensen met een CLD-achtergrond en het ontwikkelen van een open en positieve houding tegenover mensen met een CLD-achtergrond. Deze behoeften komen in grote mate overeen met de categorieën in de indeling van CSZ-competenties door Sue et al., (1996): Cultureel bewustzijn en overtuigingen; culturele kennis; en culturele vaardigheden en gedrag. In de structuur en vormgeving van aanbevelingen met betrekking tot CSZ-competenties zal daar rekening mee worden gehouden, evenals met de verschillende niveaus (micro, meso en macro) waarop verbeteringen nodig zijn om CSZ te realiseren (Sue, 2006).

1.2 Aanbevelingen – competenties voor CSZ

1.2.1 Aanbevelingen aan Professionals

Investeer in cultureel bewustzijn en reflecteer op aanwezige overtuigingen bij jezelf. Maak daarbij gebruik van professionele tools en trainingen (zie hieronder bij online zelfreflectie tools). Dit versterkt je bewustzijn, kennis en vaardigheden en bevordert een effectieve samenwerking met CLD-gezinnen.

Realiseer je dat de CLD-gezinnen die je begeleid mogelijk jouw eigen waarden, tradities en overtuigingen niet kennen. Het uitwisselen van informatie zou daarom twee kanten op moeten gaan.

Verbreed je horizons en vergroot je kennis van en bekendheid met verschillende culturen door bijvoorbeeld lokale (multi)culturele evenementen te bezoeken, boeken te lezen, naar films te kijken en te reizen.

Om beter te weten te komen wat er speelt bij je CLD-cliënten kunnen op mesoniveau de instellingen of op macroniveau de gemeenten ontmoetings- en ouderavonden organiseren, waarbij professionals en families elkaar beter kunnen leren kennen.

Relevante competentiegebieden¹

- **Cultureel bewustzijn en overtuigingen:** Reflecteer op persoonlijke aannames en hoe deze de samenwerking beïnvloeden.
- **Culturele kennis:** Verdiep je in de waarden, tradities en overtuigingen die belangrijk zijn voor de gezinnen waarmee je werkt.

Investeer in cultureel bewustzijn: Reflectievragen die je aan jezelf kunt stellen

- Welke aannames heb ik over de cultuur van de gezinnen waarmee ik werk, en hoe beïnvloeden deze mijn communicatie?
- In hoeverre pas ik mijn aanpak aan op de culturele achtergrond van het gezin?
- Welke situaties vind ik lastig in het werken met gezinnen met een CLD-achtergrond, en waarom?
- Wat kan ik doen om meer inzicht te krijgen in de verwachtingen van ouders over mijn rol als professional?

¹ Het competentiegebied **Culturele vaardigheden en gedrag** (Sue et al., 1996) heeft betrekking op assessment en behandeling en zal daarin worden besproken.

- Hoe goed ken ik de waarden, tradities en communicatiestijlen van de families met wie ik werk?
- Wat kan ik doen om mijn kennis daarover te vergroten?

Online zelfreflectie tools

Om inzicht te krijgen in je eigen competenties en ontwikkelpunten, zijn de volgende tools beschikbaar:

1. Gratis online tools:

- ASHA: Cultural Responsiveness, Cultural Competence Check-Ins
- Cultural Competency Assessments: That's Unheard Of (Engels)
- Self-assessment voor zorgprofessionals: NCBI Self-assessment (Engels)
- Cultural Competence Reflection Tool (CCRT, Engels): Deze tool, ontwikkeld door het Centre for Culture, Ethnicity & Health, meet de culturele competentie van individuele zorgverleners door middel van vragen over waarden, attitudes en overtuigingen ten aanzien van culturele diversiteit. <https://www.ceh.org.au/cultural-competence-reflection-tool-for-practitioners/>
- Test je culturele competenties: Inclusief werken

2. Betaalde tools:

- Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence (IASCC-SV): Culturele competenties (Engels), <https://culturele-sensitiviteit.webnode.be/culturele-competenties/>

3. Overige tools

- *Reflectietool 'Bouwen aan cultuursensitieve zorg: Deze tool van VIVO Social Profit helpt organisaties bij het ontwikkelen van beleid op het gebied van cultuursensitieve zorg, door inzicht te geven in de huidige situatie en handvatten te bieden voor verdere stappen.* <https://www.vivosocialprofit.org/tools/reflectietool-bouwen-aan-cultuursensitieve-zorg>
- *CODING - Het Collectief voor Diversiteit en Inclusie in de Nederlandse Geneeskunde (CODING) is een netwerk van (toekomstig) zorgprofessionals die zich inzetten voor een sensitief en inclusief zorgsysteem, met als doel een open cultuur te creëren die impliciete en expliciete bias herkent, erkent en hierop anticipeert.* <https://www.codingcollectief.nl/>

1.2.2 Trainingen en opleidingen

Voor verdere ontwikkeling in cultuursensitief werken kun je kiezen uit verschillende opleidingen en trainingen:

- **Hogeschool Arnhem Nijmegen:** Post-HBO Cursus 'Aan de slag met beschermjassen.'
- **Jeugdformaat Academie:** Eendaagse cursus 'Cultuursensitief werken.'
- **Pharos:** Trainingen over effectieve communicatie met diverse culturele achtergronden.
- **Movisie:** Online-training 'Intercultureel vakmanschap' (gratis).

Meer informatie: Raadpleeg Bijlage 1 Trainingen voor professionals voor een uitgebreid overzicht.

1.2.3 Aanbevelingen aan Zorgorganisaties, Zorgverzekeraars, Gemeentelijke en Onderzoek- & Onderwijsinstellingen

Investeer in training en coaching CSZ.

Zorg voor voldoende aanbod aan trainingen en coaching in CSZ en in het opstellen van een communicatie competentie profiel (CCP), zowel in reguliere opleidingen als in 'on-the-job' trainingen voor professionals die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met CMB én een CLD-achtergrond.

Meet en verbeter cultuursensitiviteit in de zorg

Neem bij de evaluaties van de kwaliteit van zorg ook de tevredenheid van cliënten mee over de mate waarin de zorg cultuursensitief is en de professionals over culturele competenties beschikken.

Faciliteer verbeteringen in CSZ door:

a. Behoeften van professionals in kaart te brengen en randvoorwaarden te creëren voor een verdere professionalisering in CSZ. Maak tijd en middelen beschikbaar voor professionalisering en bevorder deelname aan trainingen via gepersonaliseerde incentives.

b. Systematische aanpak van professionalisering. Bij de ontwikkeling en/of selectie van trainingen, houd rekening met de hier genoemde competentiegebieden zoals: zelfreflectie en CSZ-assessment en behandeling. Hierdoor wordt een systematische aanpak in de ontwikkeling van CSZ-competenties bevorderd. Belangrijk hierbij ook om te beseffen dat CSZ niet één vaardigheid is, maar dat het verweven is in de professionele attitude en dat het deel uitmaakt van professionele ontwikkeling. CSZ-principes zouden onderdeel moeten zijn in alle professionele trainingen.

c. Interprofessionele samenwerking te versterken. De literatuur benadrukt het belang van samenwerking in teams, zodat professionals elkaar kunnen ondersteunen en inlichten over de verschillende aspecten van zorg voor cliënten met een CLD-achtergrond. Een belangrijke rol daarbij is weggelegd voor professionals die regelmatig bij ouders thuishouden, zoals ouderbegeleiders, zorgverleners en therapeuten. Door huisbezoeken krijgen zij unieke inzichten in de thuissituatie en hebben zij waardevolle ervaring met werken in cultureel diverse contexten. Deze ervaringen en expertise zou betrokken moeten worden in teambesprekingen, omdat het bijdraagt aan een meer geïntegreerde en effectieve zorgaanpak.

d. In kaart te brengen welke aannames worden gemaakt over de cultuur van de gezinnen waarmee teams werken, en hoe deze hun communicatie beïnvloeden. Het is belangrijk om te bepalen of een individueel lid of een gezin dat deel uitmaakt van een CLD-gemeenschap, zich daar zelf ook toe vindt behoren en aan alle of slechts enkele kenmerken van deze groep voldoet. De acculturatie van een individu kan verschillen van die van de groep waartoe dit individu behoort.

e. Samenwerking tussen organisaties te verbeteren.

Werk samen met andere betrokken organisaties (zoals gemeenten, verzekeraars etc.) om een meer geïntegreerde vorm van cultuursensitieve zorg te realiseren en de 'schotten' tussen de verschillende organisaties en domeinen te minimaliseren.

Soms zijn regels en wetten binnen het sociaal domein, zoals de Participatiewet, WMO, Inburgering en Jeugd, niet goed op elkaar afgestemd ondanks dat de grondwaarden daarvan gelijk zijn. Dit kan ervoor zorgen dat zorggebruikers niet de zorg ontvangen waar ze recht op hebben. Om toch in hun behoeften te voorzien, kan gebruik worden gemaakt van methodieken zoals **De Omgekeerde Toets®**. Deze methode legt de nadruk op wat mogelijk is, door uit te gaan van de intentie (grondwaarde) van de wet in plaats van strikt de letter van de wet.

"Het principe van De Omgekeerde Toets® is heel eenvoudig. Allereerst kijk je naar wat nodig is. En of dat past binnen de grondwaarden van de diverse wetten. Daarbij wegen we de mogelijke effecten van een besluit in de volle breedte mee. Pas als dit helder is, komt de juridische toets. Hierbij zien we de

wetsartikelen als instrumenten om de grondwaarden van de wetten te realiseren. Zo is maatwerk mogelijk zonder dat het leidt tot willekeur. Ten tweede maakt dit het integraal werken in de gemeente veel makkelijker. Immers, de grondwaarden van de diverse wetten binnen het sociaal domein zijn gelijk. Ten derde is het maatwerk toetsbaar in bezwaar en beroep en voor de accountant. En volledig in lijn met de bedoeling van de wetgever.” (De Omgekeerde Toets - methodiek voor maatwerk - Stimulansz)

f. Ouders structureel te betrekken.

Zorg dat ouders een vaste en structurele rol krijgen bij de vormgeving en uitvoering van CSZ. Dit kan door:

- **Ouders actief te betrekken bij beleid en ontwikkeling:** Organiseer adviesraden, panels of focusgroepen waarin ouders hun ervaringen en perspectieven kunnen delen om beleid beter af te stemmen op hun behoeften. Werf actief ouders uit CLD-groepen.
- **Toegankelijke informatie te bieden:** Zorg dat informatie en materialen beschikbaar zijn in meerdere talen en faciliteer het gebruik van professionele tolken en vertalingen om communicatiebarrières te overbruggen.
- **Praktische ondersteuning te bieden:** Neem drempels weg die ouderparticipatie bemoeilijken, zoals het organiseren van bijeenkomsten op flexibele tijden, aanbieden van kinderopvang, of uitleggen van complexe processen in eenvoudige taal.

2. CSZ in assessment

2.1 Inleiding CSZ in assessment

Het uitvoeren van een cultuursensitieve assessment bij kinderen met CMB met een CLD-achtergrond is complex. De uitdagingen liggen onder andere in het gebrek aan tweetalige meetinstrumenten en tweetalige professionals die deze instrumenten kunnen afnemen en de resultaten interpreteren. Daarbij is het belangrijk dat professionals inzicht hebben in de typische taalontwikkelingspatronen van simultaan (eerste en tweede taal worden tegelijkertijd geleerd) en sequentieel (tweede taal wordt op latere leeftijd geleerd) tweetalige kinderen, inclusief hoe deze patronen kunnen variëren bij kinderen met beperkingen (Soto & Yu, 2014).

2.1.1 Onderzoek bij tweetalige kinderen met CMB

Tweetalige kinderen gebruiken hun talen vaak door elkaar, waarbij elke taal specifieke rollen speelt in verschillende contexten. Het negeren van deze contextuele verschillen kan leiden tot een onderschatting van communicatieve competenties van deze kinderen. Soto en Yu (2014) benadrukken dat een socioculturele benadering essentieel is om een taal-bias in assessments te minimaliseren. Een socioculturele benadering maakt gebruik van de volgende methoden:

- Observaties van het kind in natuurlijke omgevingen en in interacties met bekende personen zoals leeftijdsgenoten en familieleden
- Interviews met familieleden.
- Verzamelen van taal-steekproeven.
- Het evalueren van zowel taalbegrip als taalproductie:
 - In alle talen waaraan het kind wordt blootgesteld
 - Binnen alle interactie-contexten en op verschillende niveaus
 - Woordenschat
 - Morfologie (vorm van woorden, zoals meervoud en verkleinwoorden)

- Syntax (zinsbouw, bijvoorbeeld de volgorde van woorden in een zin)
 - Letterlijke en figuurlijke taal (o.a. grapjes, ironie, leugentjes [om bestwil])
 - Verhalen en gesprekken
- Het meten van de taalvaardigheid in de talen die het kind gebruikt

Wat betreft dit laatste punt tonen studies, zoals die van Bedore et al. (in Soto & Yu, 2014), aan dat een conceptuele benadering van woordenschattoetsen, waarbij bij tweetalige kinderen de resultaten in beide talen met elkaar worden gecombineerd, een nauwkeuriger beeld geeft van taalvaardigheid dan de beoordeling per afzonderlijke of de tweede taal. In dat laatste geval scoren tweetalige kinderen vaak lager dan de eentalige, omdat hun taalkennis over twee of meer talen is verspreid. Wanneer de testresultaten echter conceptueel worden beoordeeld (dus ongeacht de taal waarin het antwoord wordt gegeven), blijken tweetalige kinderen vergelijkbare scores te behalen als eentalige kinderen. Dit benadrukt het belang van een benadering die rekening houdt met het volledige talige repertoire van het kind, in plaats van alleen afzonderlijke taalprestaties te meten.

Voor achtergrondinformatie zie: *Serving Clients from Diverse Backgrounds: Speech-Language Difference versus Disorder* <https://youtu.be/DMT5dZUjRn4?si=68EYo-5F65jeO5G1>

Om een valide en betrouwbaar beeld te krijgen van de ontwikkelingsmogelijkheden van een kind met CMB, is het essentieel om diagnostische instrumenten te gebruiken die zijn aangepast aan CLD-achtergrond. We focussen hier op één van de beschikbare methodes die dat toelaat, namelijk op Dynamisch Assessment.

2.1.2 Dynamisch Assessment (DA) als diagnostisch instrument

Dynamisch Assessment (DA), ook wel interactieve diagnostiek genoemd, biedt een alternatief voor klassieke testen die vaak niet gevalideerd of genormeerd zijn voor kinderen met CMB al dan niet met een CLD-achtergrond. DA richt zich op het leerpotentieel van een kind door te kijken hoe hij/zij leert en informatie verwerkt, in plaats van alleen het huidige prestatieniveau te meten. (King et al., 2015)

In plaats van statische tests die een momentopname geven, kijkt Dynamisch Assessment naar de mogelijkheden van een individu om te leren en zich te ontwikkelen. Assessment is geen eenmalige gebeurtenis maar kenmerkt zich door herhaald testen met tussendoor oefening of een interventie. De tester biedt tijdens de test interactieve ondersteuning en feedback, vaak in de vorm van aanwijzingen of mediatie, om te zien hoe een individu reageert op hulp. De tester verkent zo de zone van naaste ontwikkeling. Dit concept is afkomstig van Lev Vygotsky (1896-1943). Er wordt mee bedoeld dat een kind wordt aangesproken op een niveau dat net buiten bereik is van wat het kind zelfstandig kan, oftewel net buiten de actuele ontwikkeling. Taken waar een kind hulp bij nodig heeft bevinden zich in de naaste ontwikkeling. Het gebied tussen de actuele en naaste ontwikkeling is de zone van naaste ontwikkeling: activiteiten die het kind nog niet zelfstandig kan, maar wel wanneer het kind ondersteuning krijgt bij de uitvoering ervan.

Doel van Dynamisch Assessment is om te begrijpen welke strategieën een kind gebruikt, welke factoren zijn of haar leren belemmeren, en hoe deze belemmeringen kunnen worden weggenomen. Dynamisch assessment is niet alleen gericht op het vaststellen van problemen, maar ook op het bieden van oplossingen en het vergroten van het leervermogen

Een goed uitgevoerd assessment moet niet alleen inzicht geven in hoe een kind communiceert, maar ook inzicht geven in de culturele en talige contexten waarin dit gebeurt.

2.2 Aanbevelingen – CSZ in assessment

2.2.1 Assessment van kinderen met een CLD-achtergrond

Voorkom bias en ethnocentrisme.

Als een algemeen principe in cultuursensitieve assessment wordt aanbevolen om vanuit een socioculturele benadering te werken en te zorgen dat eventuele bias (=vooringenomenheid of vooroordeel in denken, handelen en besluitvorming) en **ethnocentrisme** (=de eigen cultuur als norm nemen) in assessment geminimaliseerd worden.

Neem voldoende tijd voor kennismaking met ouders.

Maak in assessment gebruik van instrumenten voor CLD-assessment zoals het Cultural Formulation Interview (CFI) (American Psychiatric Association, 2022)²

Door inzet van het CFI wordt meer inzicht verkregen in de waarden en overtuigingen van mensen met een CLD-achtergrond, zoals de betekenis die men hecht aan een beperking vanuit cultureel, ideologisch of religieus oogpunt. Hiermee worden dus direct de analytische competenties van de professional versterkt én werkt de professional aan het opbouwen van een goede therapeutische relatie.

Een kanttekening daarbij is dat het CFI voornamelijk gemaakt is voor klinici in de GGZ en de jeugdzorg en minder geschikt lijkt voor andere professionals in andere zorgdomeinen. De kern-modules CFI zijn niet specifiek bedoeld voor mensen met een CLD-achtergrond. Aanvullende modules bieden enkele thematisch geschikte modules (zie hieronder). Onzes inziens zijn de modules die specifiek op CLD-achtergrond ingaan geformuleerd met een WEIRD-bias d.w.z. vanuit een westers perspectief en lijken niet tot stand te zijn gekomen in samenwerking met mensen met een CLD-achtergrond. De vragen zijn nogal feitelijk van aard. Daarom achten we een aantal vragen niet altijd erg cultuursensitief. Bijvoorbeeld, in de aanvullende module Hoofdstuk 11 ‘Migranten en vluchtelingen’ staan vragen zoals: “Wat is uw land van oorsprong? Hoelang woont u al in [Nederland]? Wanneer en met wie verliet u [land van herkomst]? Waarom verliet u [land van herkomst]?”. Dit soort vragen nodigen niet uit tot een open gesprek. Een open gesprek waarbij interesse en respect worden getoond voor iemands achtergrond, net als bij iedere andere ouder, verdient onze aanbeveling. Daarbij bieden enkele andere hoofdstukken uit de aanvullende modules van het CFI wel een overzicht van mogelijke gespreksonderwerpen om erachter te komen wat voor CLD-ouders belangrijk is, hoe cultuur een rol speelt in hun leven, en hoe jij ze als professional beter kunt ondersteunen.

Relevante onderdelen van het CFI zijn:

- Sociaal Netwerk (hfd. 3)
- Spiritualiteit, religie en morele tradities (hfd. 5)
- Culturele identiteit (hfd. 6): Onderdelen Taal Migratie (vragen: 14, 20, 22), Religie, spiritualiteit en morele tradities (vraag 23, 24, 25) en Genderidentiteit

² Het Cultural Formulation Interview bestaat uit zestien vragen die een clinicus kan gebruiken om tijdens een intake informatie te krijgen over de manier waarop cultuur doorwerkt op essentiële aspecten van het klinische beeld dat een betrokkene presenteert en op de hulpverlening aan hem of haar. Download het CFI, de aanvullende modules en een informantversie gratis. Zie: https://dsm-5.nl/actueel/209-363_Cultural-Formulation-Interview.

- Coping en hulpzoekgedrag (hfd. 7)
- Behandelaar-patiëntrelatie (hfd. 8); inclusief 'Vragen voor de behandelaar na het gesprek' als tool voor een reflectie op gesprek
- Schoolgaande kinderen en adolescenten: Addendum voor interview met ouders (hfd. 9)

Hieronder zijn enkele vragen opgenomen uit het CFI die wij relevant vinden in de context van behandeling en begeleiding van mensen met CMB en CLD:

- Wat zijn voor u belangrijke waarden of overtuigingen die een rol kunnen spelen in onze samenwerking?
- Wat zou u belangrijk vinden dat ik begrijp over uw familie, tradities, religie of waarden?
- Zijn er culturele of religieuze overtuigingen die invloed hebben op hoe u de beperking van uw kind ziet?
- Heeft u specifieke verwachtingen van onze samenwerking en van mijn rol als professional?
- Hoe kunnen wij ervoor zorgen dat onze communicatie en samenwerking goed aansluiten bij uw verwachtingen?
- Zijn er specifieke uitdagingen of zorgen die u ervaart in de samenwerking met hulpverleners?

Ons advies is deze vragen in eenvoudiger Nederlands te formuleren. Bijvoorbeeld niet: Wat zijn voor u belangrijke waarden of overtuigingen die een rol kunnen spelen in onze samenwerking? Maar, "Wat is voor u belangrijk in onze samenwerking?"

Voor een meer praktische benadering zie 'Maak het verschil; aandacht voor diversiteit en gezondheidsverschillen in de zorg

<https://www.youtube.com/watch?v=WyVROcxBGjk>

In deze video wordt ook aandacht besteed aan het feit dat in opleidingen in de gezondheidszorg in casusbeschrijvingen iemands culturele of etnische achtergrond vaak als 'onderdeel van het probleem' wordt genoemd. In plaats daarvan is wenselijk om bij alle casussen iemands achtergrond in kaart te brengen als 'aanvullende informatie' die van invloed kan zijn op iemands welzijn en gezondheid.

2.2.2 Competenties

Wees cultureel nederig

1. **Attitude: Culturele Nederigheid**

In plaats van aan te nemen dat je de cultuur van een ander kent, is het aan te bevelen om open en nieuwsgierig te zijn in interacties, waarbij je continu leert van de ervaringen van de familie. Dit omvat ook het herkennen van eigen vooroordelen en machtsdynamieken. (Zie ook Maak het verschil; aandacht voor diversiteit en gezondheidsverschillen in de zorg (youtube.com); <https://youtu.be/WyVROcxBGjk?si=A6Xe0bgpea1pRN5d>)

2. **Actief Luisteren en Empathie**

Let op de communicatievoorkeuren, emoties en culturele waarden van de familie. Empathie helpt vertrouwen op te bouwen en samenwerking te bevorderen. Gebruik de techniek van "reflectief luisteren" uit motiverende gespreksvoering om begrip te waarborgen. (zie o.a.: <https://www.motiverende-gespreksvoering.com/reflectief-luisteren/> en

<https://www.movisie.nl/sites/default/files/2018-03/Methodebeschrijving-motiverende-gespreksvoering.pdf>

3. Gezinsgerichte Zorg

In veel culturen speelt het gezin een centrale rol in besluitvorming. Respecteer en integreer de perspectieven van het gezin over beperkingen, zorg en communicatiedoelen in het behandelproces.

2.2.3 Assessment van communicatieve competenties – keuze van geschikte meetinstrumenten

Kinderen met CMB die meertalig zijn, zouden assessments moeten krijgen in al hun talen, en waar mogelijk vooral in de 1ste taal (ook wel L1 of thuistaal, zie Wyatt, 2012).

Stel jezelf de volgende vragen bij het gebruik van testen en meetinstrumenten bij mensen met CMB en een CLD-achtergrond:

- Is dit instrument ontwikkeld voor gebruik met mensen met CMB en is het aangepast aan afname met behulp van OC?
- Is het beschikbaar in alle talen die een kind spreekt?
- Is het ook aangepast aan de respectievelijke culturen, voor wat betreft de inhoud (de gebruikte vragen, thema's, concepten en/of opdrachten) en de vormgeving (materialen, illustraties e.d.). Wees je ervan bewust dat vertaling alleen (vanuit Nederlands naar een andere taal) niet voldoende is om een test "Cultuursensitief" te noemen. Bijvoorbeeld de woorden in taalbegripstesten zijn wellicht niet de woorden waar kinderen met een CLD-achtergrond al vaak mee in aanraking zijn gekomen. Dat betekent niet automatisch dat ze de onderliggende concepten niet kennen; wellicht kennen ze die in hun eerste taal.
- Meet ik nu puur de communicatieve vaardigheden van het kind, of wordt mijn meting beïnvloed door interne factoren (aandachtsproblemen, vermoeidheid, motorische beperkingen) of externe factoren (te weinig aanbod, geen toegankelijke communicatievorm e.d.).
- Is dit instrument genormeerd in een groep van mensen met dezelfde taal en cultuur als dit kind? Het gaat hierbij om de normering in bijvoorbeeld een etnische groep in Nederland en niet in het land waar deze mensen vandaan komen.
- Geeft dit instrument mij inzicht in hoe het kind een taal waarneemt, verwerkt en uit? Kijkt dit instrument naar alle communicatievormen en -functies? Geeft dit instrument mij inzicht in welke behandeling dit kind nodig heeft? Geeft dit instrument inzicht of de taalontwikkeling vertraagd is, belemmerd is door een te kort aan taalaanbod of anders verloopt?

Maak gebruik van Dynamisch Assessment

Klassieke testen, zoals IQ-testen, zijn vaak niet gevalideerd of genormeerd voor mensen met CMB en met een CLD-achtergrond. Hierdoor bieden deze testen geen accuraat inzicht in hun cognitieve of communicatieve potentieel. Zie de website van ASHA voor meer informatie (Dynamic Assessment: <https://www.asha.org/practice/multicultural/dynamic-assessment/>) of op de website van Deelkracht (Dynamisch Assessment - Deelkracht <https://www.deelkracht.nl/projecten/dynamisch-assessment-cmb/>).

In Nederland wordt Dynamisch Assessment onder andere uitgevoerd door Stibco (www.stibco.nl), Cordaan (Feuerstein Centrum — Cordaan, <https://www.cordaan.nl/jeugd/begeleiding/feuerstein-centrum/>) en Stichting Milo (<https://www.wijzijnmilo.nl/>). Goede informatie is ook te vinden bij Orellana et al. (2019).

Gebruik alleen instrumenten die gevalideerd en genormeerd zijn voor specifieke subgroepen, bijvoorbeeld voor mensen van Syrische afkomst in Nederland (en dus liever niet voor Syriërs in Syrië).

Indien een instrument niet aan de bovenstaande criteria voldoet, dan kan het wel voor andere doeleinden worden gebruikt, maar niet als diagnostisch middel. Het is dus ook niet geschikt voor gebruik in officiële rapporten, schooladviezen, indicaties, enzovoort.

Zorg bij assessment altijd voor dat er Ondersteunde Communicatiemiddelen beschikbaar zijn die jouw cliënt kent en gewoonlijk hanteert.

Wanneer er onzekerheid bestaat over de geschiktheid van een behandeling, is het beter om een experimentele behandelperiode in te stellen dan om behandeling te onthouden.

Dit biedt de mogelijkheid om de effectiviteit van de behandeling in de praktijk te beoordelen en voorkomt dat een kind onterecht wordt uitgesloten van noodzakelijke zorg. Omdat formele indicatiecriteria vaak niet zijn gebaseerd op testen die gevalideerd of genormeerd zijn voor kinderen met een CLD-achtergrond, is het essentieel om bij twijfel altijd te handelen in het belang van het kind.

Combineer verschillende methoden en bronnen om in kaart te brengen: de ontwikkeling, klinische geschiedenis, het huidige prestatieniveau in beide talen en eveneens het taalverwervingsvermogen van het kind in diverse contexten en met verschillende communicatiepartners.

Minimaal te gebruiken methoden in assessment van communicatieve competenties zijn:

- Als een behandelaar (bijvoorbeeld een logopedist) is te vinden die de eerste taal spreekt van het kind, is dit een goede optie. Kijk bijvoorbeeld bij de Stichting Meertalige Logopedie Nederland, <https://www.meertaligelogopedie.com/> waar je kunt zoeken naar een logopedist in de juiste taal.
- Observaties van het kind in natuurlijke omgevingen tijdens interacties met leeftijdsgenoten en familie;
- Verzamelen van taal-steekproeven in alledaagse situaties
- Includeer in assessment zowel de opdrachten voor taalbegrip als voor taalproductie op verschillende niveaus, zoals woordenschat, morfosyntaxis (functie van morfemen in zinsverband zoals het toevoegen van '-en' voor meervoud 'boek-en'), figuurlijke taal en verhaalstructuur (story grammar, discours), in alle talen waaraan het kind is blootgesteld en binnen alle interactiecontexten.
- Voor spraakproductie kan gebruik worden gemaakt van de app Speakaboo, zie : <https://www.kentalis.nl/speakaboo>. Logopedisten kunnen van deze app gebruikmaken om de spraak- en fonologische ontwikkeling van een kind met een andere moedertaal te onderzoeken. Het is ook mogelijk de uitspraak van een kind op te nemen en te vergelijken met die van een native speaker. De app is beschikbaar voor tablets met een IOS of Android besturingssysteem en bestaat intussen in 11 talen: Nederlands, Turks, Pools, Marokkaans- en Egyptisch Arabisch, Somalisch, Tarifit-Berber, Engels, Duits, Italiaans en Papiaments.
- Vul in de Simea anamnese meertaligheid (<https://simea.nl/media/richtlijnen/bijlage-anamnese-meertaligheid-15012016.pdf>)
- Interview familieleden;
 - Vraag wat ouders graag willen dat hun kind kan uiten en dingen die binnen de cultuur of gezin belangrijk zijn dat hun kind kan uiten. Doe dit vóór de introductie of uitleg van al bestaande OC-materialen (denk aan kernwoordenkaarten, vocabulaires e.d.).

- Met ouders opstellen van een communicatiepaspoort, <https://www.wijzijnmilo.nl/opleiding/kennisbank/hoe-maak-je-een-communicatiepaspoort>. Dit paspoort maakt direct duidelijk wat het kind nu al wel kan, maar ook wat het kind nu nog niet kan communiceren. Dat geeft aanknopingspunten en mogelijke ingangen voor +het gezamenlijk stellen van behandeldoelen. Naar aanleiding van dit communicatiepaspoort kun je bespreken en uitleggen wat het belang is van alle vormen van communicatie voor de ontwikkeling van het kind; het spreken is één van de doelen ervan, maar niet het ultieme doel.

2.2.4 Hulpmiddelen voor assessment

- *Cultural Formulation Interview* | DSM-5-TR; https://dsm-5.nl/actueel/209-363_Cultural-Formulation-Interview
- *Cultural Competence Checklist* (Beukelman & Light, 2020, p. 26, https://atinternetmodules.org/storage/ocali-ims-sites/ocali-ims-atim/documents/Cultural_Competence_Checklist_Personal_Reflection.pdf)
- Handreiking omgaan met diversiteit bij doof-slechthorende (D/SH) kinderen: https://rise.articulate.com/share/dfaEH_2z8Xe7OqmbOTZP2FVhFr3Ad9d1#/
- Werkkaart cultuursensitieve diagnostiek (GGZ Standaarden): <https://www.ggzstandaarden.nl/api/v2/tools/19ca441b-aeb0-4499-aa96-a46eba285a8b/file>
Deze werkkaart, onderdeel van de generieke module Diversiteit, ondersteunt professionals bij het uitvoeren van cultuursensitieve diagnostiek en interpretatie van resultaten
- 'Elkaar Begrijpen Helpt' Boekje Nederlands-Turks voor alledaagse situaties – <https://www.leydenacademy.nl/wp-content/uploads/2022/09/Elkaar-begrijpen-helpt-Turks.pdf>
“Bij het alledaagse contact biedt dit boekje een hulpmiddel. De woorden en zinnen zijn in simpele vorm gehouden om de communicatie zo makkelijk mogelijk te maken. In dit boekje vindt u verschillende hoofdstukken. In deze hoofdstukken staan woordenlijsten en tekeningen van veelgebruikte woorden. De woorden staan er in het Nederlands, vervolgens geschreven zoals u het uitspreekt (spreektaal of fonetisch) en als laatst vertaald in de andere taal. U kunt zinnen/woorden combineren (bijvoorbeeld: Wilt u ... eten/drinken/etc.?). Ook vindt u nog een tekening van een hoofd en een lichaam (man en vrouw) met woorden. Hiermee kunnen mensen aanwijzen waar ze pijn of last ervaren. Naast dit boekje is er een poster gemaakt waar veelgebruikte woorden met tekeningen op staan en veelgebruikte zinnen. Dit boekje biedt geen uitkomst bij gesprekken of langere, ingewikkelde overleggen. Dan is een tolk aan te raden. Het is aan te raden dit boekje dicht in de buurt van de zorgbehoevende te houden op een plek waar de medewerker of de persoon het makkelijk kan pakken.”

3. CSZ in behandeling en begeleiding

3.1 Inleiding CSZ-behandeling en -begeleiding

3.1.1 Interprofessionele samenwerking

Interprofessionele samenwerking. is een vorm van samenwerking waarbij professionals uit verschillende vakgebieden of disciplines samen met ouders en cliënten aan realisatie van een gezamenlijk doel werken. Dit gaat verder dan multidisciplinair samenwerken, waarbij professionals voornamelijk vanuit hun eigen vakgebied werken. Bij interprofessionele samenwerking leren professionals van, met en over elkaar, en streven ze naar een optimale combinatie van kennis, ervaringen en perspectieven om tot betere resultaten te komen. Er is een gezamenlijk plan of doelgerichtheid, waarbij de focus ligt op de leefomgeving van de betrokkenen. In interprofessioneel samenwerken leren professionals, cliënten en gebruikers van elkaars expertise, perspectieven en werkwijzen, wat leidt tot een dieper begrip van elkaars rol en de complexiteit van de situatie. Door de bundeling van kennis en ervaringen wordt gestreefd naar betere en effectievere resultaten voor de cliënten of gebruikers van de dienstverlening.

Interprofessionele samenwerking wordt aangeraden zowel in de literatuur (van Zaalen et al., Schuman, 2023) als in onze focusgroep gesprekken met professionals. De redenen daarvoor zijn:

- Sommige professionals, zoals ouderbegeleiders, komen regelmatig, laagdrempelig thuis bij cliënten en hebben meer inzicht in belemmerende en bevorderende factoren voor de behandeling;
- Door samen te werken, informatie uit te wisselen en eventuele knelpunten te bespreken krijg je een volledig beeld van bijvoorbeeld haalbaarheid van een werkwijze, en kun je elkaars expertises aanvullen bij het zoeken naar beste oplossingen.

De samenstelling van interprofessionele teams kan variëren naar fase van assessment en behandeling. Binnen de interprofessionele teams horen bijvoorbeeld behandelaars, ouderbegeleiders, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten en ook ouders. Daardoor kunnen meer huisbezoeken, gezamenlijke huisbezoeken en langere uitwisselingen met ouders plaats vinden.

Samenwerking met ouders is een onderdeel van interprofessionele samenwerking in behandeling en begeleiding van mensen met CMB waarbij ouders ook als experts (ervaringsdeskundigen) worden gezien. Professionals uit onze focusgroepen ervaren dat wanneer ouders met een CLD-achtergrond weinig betrokken worden bij de informatie-uitwisseling vanaf de intake, dit negatieve gevolgen heeft voor het gehele behandeltraject en voor de mate van gebruik van OC thuis. Goede communicatie met ouders is essentieel voor het slagen van de behandeling. Daarom is het belangrijk dat deze laagdrempelig en veelvuldig plaats kan vinden.

Formele communicatiekanalen kunnen informatie-uitwisseling belemmeren, o.a. omdat deze niet op een cultuur sensitieve wijze worden gebruikt. Daarom is het, als aan de voorwaarden van privacywetten en -regels wordt voldaan, aan te bevelen om ook de informele kanalen te gebruiken voor een snelle en effectieve uitwisseling, zoals het delen van ervaringen via foto's en filmpjes, tips-geven e.d. Aangezien de realisatie daarvan onderhavig is aan privacywetten en regels heeft dit ook implicaties voor de aanpassingen op beleidsniveau.

Stroomlijnen van thuisbezoeken en flexibeler maken van zorgprogramma's. Volgens de ervaringen van de professionals uit ons onderzoek, kosten contacten met CLD-ouders meer tijd dan met Nederlandse ouders. Bijvoorbeeld om elkaar te leren kennen, verschillen te overbruggen en vertrouwen op te bouwen. Juist deze onderdelen zijn essentieel in het laten slagen van de

behandeling. Dit vraagt om organisatorische/beleidsmatige aanpassingen in de structuur en duur van contacten met ouders d.w.z. dat de implementatie daarvan op mesoniveau aangepakt dient te worden.

De professionals uit ons onderzoek zijn van mening dat het nuttig kan zijn om een strikte agenda te hebben voor huisbezoeken om zo tijd te reserveren zowel voor de kennismaking als voor de behandeling. Ook vinden zij dat het beter is om 'live' afspraken te maken, aangezien telefonische contacten mogelijk minder goed verlopen vanwege een gebrek aan non-verbale signalen die wederzijds begrip kunnen bevorderen. Dit is vooral van belang in de huidige situatie waarin de behandelende professionals niet voldoende tijd, kennis en middelen (bv. voor een vertaler) hebben om CSZ te kunnen realiseren.

3.1.2 Attitudes en mythes rondom tweetaligheid.

Het komt regelmatig voor dat professionals denken dat tweetaligheid te moeilijk is voor kinderen met CMB en dat het hun communicatieve ontwikkeling en integratie in de Nederlandse samenleving kan belemmeren. Dat is een van de veelvoorkomende mythes over tweetaligheid in het algemeen en specifiek over tweetaligheid en OC. Bijvoorbeeld de mythe dat je eerst communicatie (gesproken en/of OC) in één taal moet aanbieden en daarna pas in een tweede taal. Men denkt, onterecht, dat het aanleren van een tweede taal met OC een te zware belasting zou zijn voor deze kinderen (Bui & Rosetti, 2019). Soto en Yu (2014) benadrukken juist dat taal 'een dynamisch systeem is dat groeit met rijke input en diverse mogelijkheden voor gebruik'. Het is dus contraproductief om alleen op de dominante taal te focussen. Dat beperkt juist de mogelijkheden voor de ontwikkeling van taal en communicatie.

"If we conceptualize language as a tool for contextualized meaning-making and not just an abstract mental system, then we are also able to recognize that the use of more than one language, rather than causing confusion, opens up opportunities for the child using AAC to achieve shared meaning. Moreover, given the importance of families and social networks in the provision of successful AAC interventions, the linguistic and cultural capital that they possess should be recognized and valued." (Soto & Yu, 2014)

Soto en Yu (2014) onderscheiden verschillende fases in communicatieve behandeling van meertalige kinderen met CMB namelijk: assessment, collaboratief stellen van behandeldoelen, interventiefase, OC-implementatie thuis, keuzes en aanpassingen in OC voor thuisgebruik. Per fase, formuleren zij aanbevelingen voor wat betreft de houding en de werkwijzen, gebaseerd op de principes van CSZ en vanuit een socioculturele benadering. Een samenvatting daarvan is te vinden op https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/multilingual-service-delivery/#collapse_1. Aanbevelingen in de huidige handreiking komen overeen met die van Soto en Yu (2014) en die op de eerder genoemde ASHA-website, maar zijn meer specifiek geformuleerd voor de Nederlandse praktijk, mede op basis van eigen onderzoek.

3.2. Aanbevelingen – CSZ in behandeling en begeleiding

Samenwerking met familie- en bredere sociale omgeving is belangrijk om de ontwikkeling van communicatieve vaardigheden te bevorderen. Hieronder bespreken we de fases die relevant zijn voor de behandeling

3.2.1 Intake

Neem al in de intake-fase voldoende tijd voor kennismaking met ouders.

Uit ervaringen van professionals in ons onderzoek blijkt dat zij regelmatig onvoldoende tijd hebben om ouders te leren kennen, vertrouwen op te bouwen en elkaars verwachtingen bij te stellen. Voor de behandelfase is het daarom van belang dat al in de intake-fase meer tijd nemen verstandig is. Het zorgt voor een prettiger contact, effectievere behandeling en meer gebruik van OC thuis. Uiteindelijk kan het de tijd besparen in latere fases.

Manage verwachtingen.

Het gaat hier om de verwachtingen met betrekking tot de behandeling en de rol van OC in de ontwikkeling van kinderen met CMB. Om de verwachtingen van ouders met een CLD-achtergrond te managen en de samenwerking met ouders te bevorderen zou je ook kunnen denken aan het organiseren van ouderavonden ter kennismaking, het liefst in aanwezigheid van ouder(s) met een vergelijkbare culturele achtergrond die positieve ervaringen hebben opgedaan met de inzet van Ondersteunde Communicatie.

3.2.2 Stellen van behandeldoelen

Stel gezamenlijk behandeldoelen op, eerst het Wat en dan het Hoe.

Vraag naar wat ouders graag willen dat hun kind kan uiten en dingen die binnen de cultuur of gezin belangrijk zijn dat hun kind kan uiten. Doe dit vóór de introductie van OC-hulpmiddelen (zoals kernwoordenkaarten en vocabulaires). *Bepaal eerst samen met ouders ‘wat’ ze willen communiceren, daarna pas ‘hoe’ dit gerealiseerd kan worden.* Als de wens wordt geuit vooral gesproken taal te gebruiken leg dan uit de OC-hulpmiddelen een logische tussenstap naar gesproken taal kunnen zijn. Voor nu gaat de inhoud van de communicatieboodschap boven de vorm waarin de boodschap geuit wordt.

Stel gezamenlijk een communicatiepaspoort op.

Een communicatiepaspoort kan deel uitmaken van de diagnostiek. Als dit in die fase nog niet gebeurd is dan kan het een onderdeel van de behandeling of begeleiding zijn. Voor voorbeelden zie: <https://www.wijzijnmilo.nl/opleiding/kennisbank/hoe-maak-je-een-communicatiepaspoort>. Een communicatiepaspoort maakt direct duidelijk wat het kind nu al wel kan, maar ook wat het kind nu nog niet kan communiceren. Dat geeft aanknopingspunten en mogelijke ingangen voor het gezamenlijk stellen van behandeldoelen. Naar aanleiding van dit communicatiepaspoort kun je bespreken en uitleggen wat het belang is van alle vormen van communicatie voor de ontwikkeling van het kind; het spreken is er daar één van.

3.2.3 Behandeling in L1 of L2?

*Kinderen met CMB die meertalig zijn, zouden interventies moeten krijgen in **al hun talen**, en waar mogelijk vooral in de eerste taal (ook wel L1 of thuistaal genoemd).*

Nellum Davies en Banks (2012) adviseren allereerst instructie in de eerste taal (L1) bij tweetalige kinderen met CMB om hun taalvaardigheid in de eerste taal te verbeteren. Er is bewijs dat tweetalige kinderen met CMB die **tweetalige interventies** krijgen, hun tweede taal (L2) even goed of zelfs beter ontwikkelen dan kinderen die alleen L2-interventie krijgen. Dit advies geldt voor spreken en luisteren

én voor lezen en schrijven. Een voorwaarde hiervoor is wel dat de professional deze thuistaal vaardig is. Hier doet zich al snel een probleem voor als de professional alleen de voor het kind tweede taal machtig is. Indachtig het beleid in Nederland voor hulp en onderwijs aan dove kinderen die les krijgen van dove volwassenen om zo gebarentaal van een moedertaalspreker te leren is het volgende advies op mesoniveau:

Stel zo veel als mogelijk professionals aan met een cultureel en linguïstisch diverse achtergrond.

Professionals met een culturele en linguïstisch diverse achtergrond kunnen zo een rolmodel zijn voor kinderen met een CLD-achtergrond en hen hulp en onderwijs bieden in hun moedertaal.

3.2.4 Ondersteuning van ouders

Belangrijke principes voor professionals bij de ondersteuning van ouders:

- *Heb begrip voor en biedt ondersteuning bij het geleidelijke proces van tweedetaalverwerving van een persoon met CMB.*
- *Erken dat het leren van een tweede taal niet wordt bevorderd door het uitwissen van de eerste taal, maar juist wordt opgebouwd op een sterke basis van de eerste taal en cultuur.*
- *Coach ouders, broers en zussen, familieleden en leeftijdsgenoten/vrienden in het toepassen van strategieën voor ondersteuning van de communicatieve ontwikkeling, zoals de inzet van OC.*
- *Gebruik laagdrempelige communicatie en gebruik de sociale media die het CLD-gezin ook gebruikt.*

Gebruik sociale media en contact-apps voor snelle informatie-uitwisseling met ouders. Deze communicatievormen passen mogelijk beter bij ouders, niet alleen ouders met een CLD-achtergrond, dan formele brieven, verslagen, rapporten en lange e-mails. Dit vergroot de betrokkenheid van ouders en daarmee de effectiviteit van de behandelingen. Kijk hierbij ook zeker naar het uitwisselen van beeldmateriaal en video's via deze media. Zeker bij ouders die de Nederlandse taal niet machtig zijn, wordt dit geadviseerd voor professionals. De behandeling wordt beter toegankelijk en daardoor begrijpen ouders daardoor mogelijk beter hoe de behandeling eruitziet en hoe ze OC ook thuis zouden kunnen inzetten. Het sociale medium wordt hiermee ook een OC-hulpmiddel. Hierdoor zien ouders dat hun kinderen actief, betrokken en blij kan zijn, omdat het gebruik van OC hen in staat stelt om zich te uiten en in contact te komen met andere mensen.

3.2.5 Praktische tips voor professionals op basis van de focusgroepgesprekken

Voordat je met ouders in gesprek gaat, zou je eerst kunnen nadenken over wat goede vragen zouden zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot hun achtergrond. Daarmee toon je belangstelling en leer je elkaar kennen.

Het is goed om te controleren of een instructie voor OC-gebruik thuis door ouders goed wordt begrepen en geaccepteerd. Dit bevordert het gebruik van OC in de thuissituatie.

- Een bekende methode om te controleren of de instructie is begrepen is de "terugvraagmethode" of "terugvertelmethode" zoals beschreven door Pharos: <https://www.pharos.nl/infosheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode/>. Het gaat hier niet zozeer om het letterlijk uitvragen of ouders het goed begrepen hebben, maar vooral om helder te krijgen hoe ouders jouw uitleg hebben geïnterpreteerd. (Mogelijke vraag: "Hoe zou u dit thuis gaan doen?").
- Als er sprake is van een dagbehandeling, kun je tijdens breng- en ophaalmomenten met ouders ervaringen uitwisselen om erachter te komen waarin zij ondersteuning nodig hebben.

Maak gebruik van je CLD-collega's. Zij kunnen je helpen om de cultuur van ouders beter te begrijpen.

Creëer momenten waarop je ouders stapsgewijs en spelenderwijs gebarentaal kan leren.

Als je geen vertaler ter beschikking hebt, gebruik dan online tools zoals Google Translate om bijvoorbeeld behandelplannen, interventie-inhoud e.d. te vertalen.

Maak gebruik van de ondertitelfunctionaliteit in programma's als Teams en GoogleMeet. In sommige versies is het ook mogelijk de ondertitels te vertalen.

3.2.6. Hulpmiddelen voor behandeling en begeleiding

- ASHA-aanbevelingen over interventies in het algemeen: [Clinical Practice Guideline: Interventions for Developmental Language Delay and Disorders](#)
- Pharos terugvraagmethode: <https://www.pharos.nl/infosheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden-de-terugvraagmethode/>
- Opstellen van een communicatiepaspoort: <https://www.wijzijnmilo.nl/opleiding/kennisbank/hoe-maak-je-een-communicatiepaspoort>

4. CSZ: OC-acceptatie en -implementatie

4.1 Inleiding CSZ in OC-acceptatie en -implementatie

“Multicultural research in augmentative and alternative communication (AAC) is an emerging area of intrigue and mystery.” (Bridges, 2004)

Light (2002, 2012) wijst op het bestaan van een aanzienlijke kloof tussen onderzoek en praktijk op het gebied van OC voor kinderen met CMB én een CLD-achtergrond. Zij identificeert twee belangrijke uitdagingen die specifiek zijn voor deze populatie:

1. Het verbeteren van het ontwerp van OC-technologieën om te voldoen aan de communicatiebehoeften van kinderen uit een brede CLD-populatie, aangezien taal en cultuur een cruciale rol spelen in hun ontwikkeling.
2. Het zorgen voor een effectieve vertaling van evidence-based OC-interventies naar het dagelijks leven van deze kinderen, zodat wat theoretisch mogelijk is ook praktisch haalbaar wordt, ongeacht hun culturele of taalkundige achtergrond.

4.1.1 Barrières

Voor de implementatie van OC thuis, worden door professionals in ons onderzoek verschillende zaken genoemd die een barrière vormen voor de implementatie van OC. De barrières betreffen zowel het omgaan met verschillen in taal, cultuur en kennis door professionals als de houding van ouders ten opzichte van CMB en OC. Als derde barrière wordt genoemd de huidige (on)mogelijkheid OC aan te passen aan gezinnen met een CLD-achtergrond. Daarbij gaat het zowel om de technische kant van het aanpassen als om problemen in de samenwerking tussen ouders, professionals en OC-producenten.

In de literatuur ligt de nadruk vooral op de toegankelijkheid en bruikbaarheid van OC in CLD-gezinnen. McCord en Soto (2004) beschrijven verschillende aspecten die een barrière vormen voor het gebruik van OC thuis in CLD-gezinnen:

- Een onpersoonlijke stijl van OC-communicatie doordat de gebruikte iconen en symbolen van het OC-hulpmiddel niet zijn aangepast aan kenmerken van verschillende culturen. Personen in pictogrammen zijn bijvoorbeeld meestal wit.
- Financiële barrières en beschikbare tijd van de ouders
- Te weinig betrekken van ouders uit CLD-gezinnen bij belangrijke overlegmomenten en informatie-uitwisseling
- De OC-handleiding is niet in de eigen taal beschikbaar, maar vaak alleen in de dominante taal.
- Het gebruikte OC-vocabulaire heeft een lage functionaliteit voor de interacties binnen een gezin en de thuiscontext. Het is te schools, met bijvoorbeeld beperkte mogelijkheden om intimiteit uit te drukken of activiteiten die thuis plaatsvinden te benoemen. De synthetische stem in een OC-hulpmiddel is niet altijd goed te verstaan en te begrijpen en het gebruik van een hulpmiddel staat vloeiende en snelle interacties niet altijd toe. Daardoor vinden ouders dat OC weliswaar noodzakelijk is op school, maar ontoereikend voor thuisgebruik (McCord & Soto, 2004; McDowel, 2011; Yum, 202; Bridges, 2020).
- Gezinnen met een CLD-achtergrond en lage sociaaleconomische status (SES), zijn in het nadeel voor wat betreft toegang tot OC-hulpmiddelen door gebrek aan kennis van financieringsmogelijkheden voor OC-hulpmiddelen.

Tönsing (2019) vond twee soorten factoren die barrières vormden voor CLD-aanpassingen van OC:

1. *Extrinsieke factoren*, zoals gebrek aan geschikte OC-middelen, software en apps die toegang geven tot niet-dominante talen
2. *Intrinsieke factoren*, zoals taalcompetenties van professionals en hun overtuigingen over de cognitieve eisen van meertalige OC-systemen. Er wordt nog steeds vaak gedacht dat het te moeilijk is voor mensen met CMB om meertalig te zijn en meertalige OC-tools te gebruiken. Dat is echter een mythe. Toegang tot willekeurig welke taal is essentieel voor de ontwikkeling van taal, spraak en geletterdheid en meertaligheid is op zichzelf geen probleem.

Dat impliceert dat een programma of interventie gericht op verbeteringen van CLD-aanpassingen met beide soorten factoren rekening moet houden; zowel de OC-hardware/software moet beschikbaar zijn in verschillende talen als de kennis over meertaligheid en OC.

4.1.2 Suggesties voor CLD-aanpassingen in OC

Tönsing (2019) suggereert dat 'OC-systemen en -programma's meerdere taalopties zouden moeten bieden. Anders worden de uitdrukingsmogelijkheden voor personen met CMB en met een CLD-achtergrond beperkt'. In haar studie uit Zuid-Afrika werd vastgesteld dat 'meer dan de helft van de deelnemers met een niet-Engelstalige achtergrond (54%) geen toegang had tot hun thuistaal via op orthografie gebaseerde communicatiemethoden of op pictogramsymbolen gebaseerde OC-systemen'.

Bornman en Bryen (2013), Johnson et al. (2015), Draffan et al. (2015) en Ferger (2020) benoemen specifieke manieren om de OC-woordenlijsten op een CLD verantwoorde wijze bij te stellen door rekening te houden met:

- Voor talen waarin er verschillen zijn in de gedrukte en geschreven variant naast informele en formele gesproken varianten, zoals in het Arabisch (Draffan, 2015) moeten zowel de formele als de informele variant van de taal geïmplementeerd te worden in een OC-hulpmiddel.
- Houd rekening met kleine talen en minderheidstalen (voor Nederland bijvoorbeeld het Fries). Ferger (2020) doet de suggestie voor deze talen het open board format '.obf' te gebruiken. Dit format wordt gebruikt in het Open AAC initiative (zie <https://www.openaac.org/>).
- OC-woordenlijsten zouden woorden/picto's moeten bevatten om pijn uit te drukken (Johnson et al., 2015) evenals woorden/picto's in verschillende talen en dialecten om te kunnen melden dat iemand slachtoffer is van een misdrijf of misbruik, (Bornman & Bryen, 2013).

In een onderzoek van Haupt en Alant (2002) werden kinderen met een Zulu achtergrond (3-6 jaar oud) gevraagd om concepten te tekenen en hun tekeningen uit te leggen, waarna deze vergeleken werden met de Picture Communication Symbols (PCS), een veelgebruikte OC-symbolen-set waarvoor ook CLD-aanpassingen beschikbaar zijn (zie figuur 1 en <https://www.tobiidynavox.com/pages/picture-communication-symbols>). Uit het onderzoek bleek dat kinderen de concepten op een andere manier visualiseren dan hoe deze in de PCS-set worden weergegeven. De kinderen richtten zich voornamelijk op concrete en bekende gebeurtenissen, plaatsten concepten binnen een context, gebruikten afbeeldingen van gehele lichamen en objecten, en vermeden abstracte symbolen. Daarentegen gebruikte de PCS-set generieke, geïsoleerde concepten, vaak delen van objecten of mensen, en bevatte abstracte symbolen zoals leestekens en pijlen. Los van CLD toonde Worah et al. (2015) voor jonge kinderen (2,5-3,5 jaar oud) aan dat bij de ontwikkeling passende ('developmentally appropriate') symbolen makkelijker geleerd werden door deze kinderen terwijl ze geen voorkeur hadden voor deze symbolen of de PCS-symbolen. Volgens Light en Drager (2002) en Light en McNaughton (2012b), zouden OC-voculaires idealiter synchroon moeten zijn aan de CLD-achtergrond van kinderen met CMB.



Figuur 1. Voorbeeld van Picture Communication Symbols (PCS) by Tobii Dynavox

4.2. Aanbevelingen – CSZ in OC-implementatie

Besluitvorming met betrekking tot inzet van OC vindt plaats samen met de familie.

Samen besluiten nemen over OC-implementatie is essentieel om ideeën te kunnen uitwisselen, elkaars standpunten te weten te komen om zo uiteindelijk ook de OC-implementatie thuis te bevorderen. McNaughton et al. (2011) gebruikt daarvoor de term 'co-constructie'. Samenwerking met ouders wordt aanbevolen zowel in assessment als in alle fases van de behandeling en, indien mogelijk, ook daarna. Vraag naar wat ouders graag willen dat hun kind kan uiten en begrijpen en dan met name naar dingen die binnen de cultuur van het gezin belangrijk zijn dat het kind kan uiten en begrijpen.

Informeer bij ouders over belemmerende en bevorderende factoren voor OC-gebruik thuis.

Uit onderzoek blijkt dat professionals niet zo goed op de hoogte zijn van de redenen waarom ouders de OC-middelen niet nuttig vinden voor thuisgebruik. Mogelijk doordat de communicatie sowieso al gebrekkig is, worden er door de professionals vaak aannames gedaan over de onderliggende barrières bij CLD-ouders. In plaats daarvan is het beter om bij de ouders te informeren wat de werkelijke redenen zijn en deze vervolgens te bespreken (Nellum Davis & Banks, 2012).

Ondersteun het aanpassen van OC-tools aan CLD-achtergrond.

Het is aan te bevelen om de CLD-relevante thema's, termen of pictogrammen toe te voegen aan OC-tools. Dat bevordert de implementatie van OC thuis. Hierbij kunnen de volgende vragen aan ouders worden gesteld om het OC-hulpmiddel op maat te krijgen:

- Ziet u voordelen in het gebruik van tweetalige materialen?
- Welke woorden of zinnen moeten in beide talen beschikbaar zijn?
- Welke woorden in uw cultuur hebben een bijzondere betekenis die we moeten kennen?
- Wat werkt goed bij de huidige communicatiemiddelen in uw gezin?
- Hoe kunnen we beide talen beter in het dagelijks leven integreren?
- Wat zijn uw favoriete manieren om met uw kind in beide talen te communiceren?
- Ziet u mogelijkheden om taal oefeningen in beide talen te doen?
- Zijn er culturele elementen die we moeten begrijpen om beter te communiceren?
- Hoe kan uw cultuur bijdragen aan de communicatie met uw kind?

Ondersteun het aanpassen van OC aan individuele gebruiker en zijn individuele behoeften - diversiteit binnen diversiteit.

Let hierbij op bijvoorbeeld individuele verschillen in iemands leeftijd of levensfase, leefomgeving (platteland vs. stedelijk), hobby's en interesses, sekse en genderidentiteit. Het is aan te bevelen de thema's te bespreken als welke onderwerpen/woorden vindt iemand belangrijke om in te bouwen in het OC-systeem en op welke momenten vindt iemand het belangrijk om OC in te zetten. Dit kan meerdere malen herhaald worden gedurende de behandeling en zo mogelijk daarna.

Voer een check uit op begrijpelijkheid van de gebruikte symbolen bijvoorbeeld op een spraakcomputer aangezien dit per cultuur kan verschillen.

Aanbevelingen van professionals in het onderzoek

- OC wordt in de praktijk niet altijd vanaf de start als integraal onderdeel van een behandeling voor communicatie en taal geïntroduceerd en gebruikt. De professionals in ons onderzoek menen dat een vroege introductie van OC het duidelijk maakt dat OC bij communicatie- en taalinterventies hoort. Zij verwachten dat als dit wel gebeurt de acceptatie van OC en de toepassing thuis van OC mogelijk toenemen.
- Bij gebrek aan een gecoördineerde aanpak van OC-implementatie thuis, kun je als professional ook zelf veel doen. Bijvoorbeeld door op de CLD-achtergrond aangepaste non-tech en low-tech materialen samen met ouders te maken. Hetzelfde geldt voor meertalige OC-hulpmiddelen. Deze aanpassingen hoeven niet perfect te zijn, het is voldoende dat ze bruikbaar zijn in de praktijk en de communicatieve ontwikkeling bevorderen.
- Taakverdeling binnen teams. Laat binnen een behandelteam één professional de taak van het aanpassen van OC-hulpmiddelen aan de CLD-achtergrond van gezinnen op zich nemen of delegeer dit naar een OC-specialist. In beide gevallen is het aan te raden om de OC-aanpassingen samen met ouders/gebruikers te realiseren.

Referenties

- AGREE Next Steps Consortium. (2009). AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen.
- Alant, E., 1996. Augmentative and alternative communication in developing countries: challenge of the future. *Augmentative and Alternative Communication*, 12 (1), 1–12.
<https://doi.org/10.1080/07434619612331277428>
- American Psychiatric Association. (2022). *Cultural Formulation Interview (kern-CFI)*. Boom uitgevers Amsterdam.
- Beukelman, D.R., & Light, J.C., (2020). *Augmentative & Alternative Communication, supporting children and adults with complex communication needs*, 5th edition. Brookes Publishing.
- Binger, C., Kent-Walsh, J., Berens, J., Del Campo, S., & Rivera, D. (2009). Teaching Latino Parents to Support the Multi-Symbol Message Productions of their Children who Require AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 24(4), 323–338.
<https://doi.org/10.1080/07434610802130978>
- Birks, M. & Mills, J. (2023). *Grounded Theory, a practical guide 3rd edition*. Sage
- Bornman, J., & Bryen, D. N. (2013). Social validation of vocabulary selection: Ensuring stakeholder relevance. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md. : 1985)*, 29(2), 174–181. <https://doi.org/10.3109/07434618.2013.784805>
- Bridges, S. J. (2000). Delivery of AAC Services to a Rural American Indian Community. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 9(2), 6–9. <https://doi.org/10.1044/aac9.2.6>
- Bridges, S. J. (2004). Multicultural Issues in Augmentative and Alternative Communication and Language: Research to Practice. *Topics in Language Disorders*, 24(1), 62-75,
<https://doi.org/10.1097/00011363-200401000-00007>
- Brinsmead, S. (2019). Towards an accessible iPad for children and young people with cerebral palsy. *JOURNAL OF ENABLING TECHNOLOGIES*, 13(4), 228–239. <https://doi.org/10.1108/JET-05-2019-0027>
- Bui, O., & Rosetti, Z. (2019). “A Girl who Has Beauty Inside and Out: A Portrait of a Vietnamese Mother and Daughter. In J. S. Sauer and Z. Rossetti (Eds.). *Affirming disability: Strengths-based portraits of culturally diverse families*. Teachers College Press. Chapter 3 (pp. 38-57)
- Calculator, S.N. (2009). Augmentative and alternative communication (AAC) and inclusive education for students with the most severe disabilities. *International Journal of Inclusive Education*, 13(1), 93-113.
- Cross, T. (2012). Cultural Competence Continuum. *Journal of Child and Youth Care Work*, 24, 83–85.
<https://doi.org/10.5195/jycw.2012.48>.
- Dada, S., Kathard, H., Tönsing, K. M., & Harty, M. (2017). Severe Communication Disabilities in South Africa: Challenges and Enablers. In *INCLUSION, DISABILITY AND CULTURE: AN*

ETHNOGRAPHIC PERSPECTIVE TRAVERSING ABILITIES AND CHALLENGES: Vol. Chapter 12
(pp. 169-).

- DeKlerk, H. M., Dada, S., & Alant, E. (2014). Children's identification of graphic symbols representing four basic emotions: Comparison of Afrikaans-speaking and Sepedi-speaking children. *Journal of Communication Disorders*, 52, 1–15
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2014.05.006>
- Doubet, A. M. (2022). *Walking the Walk: Culturally Responsive Practices in Augmentative Alternative Communication*. <https://griffinshare.fontbonne.edu/edd-projects-2022/3>
- Draffan, E. A., Wald, M., Halabi, N., Sabia, O., Zaghouni, W., Kadous, A., Idris, A., Zeinoun, N., Banes, D., & Lawand, D. (2015). Generating acceptable Arabic Core Vocabularies and Symbols for AAC users. *Proceedings of SLPAT 2015: 6th Workshop on Speech and Language Processing for Assistive Technologies*, 91–96. <https://doi.org/10.18653/v1/W15-5116>
- Ferger, A. (2020). Processing Language Resources of Less Resourced and Endangered Languages for the Generation of Augmentative Alternative Communication Boards. In *Proceedings of the 12th Conference on Language Resources and Evaluation (LREC 2020)*, pp. 2644–2648 Marseille, European Language Resources Association (ELRA),
<https://aclanthology.org/2020.lrec-1.322.pdf>
- Geiger, M. (2010). Using cultural resources to build an inclusive environment for children with severe communication disabilities: A case study from Botswana. *Children's Geographies*, 8(1), 51–63. <https://doi.org/10.1080/14733281003651016>
- Haupt, L., & Alant, E. (2002). The iconicity of picture communication symbols for rural Zulu children. *The South African Journal of Communication Disorders [Die Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Kommunikasieafwykings]*, 49(1), 40–49. a216, <https://doi.org/10.4102/sajcd.v49i1.216>
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>
- Huer, M. B., Parette, H. P., & Saenz, T. I. (2001). Conversations with Mexican Americans Regarding Children with Disabilities and Augmentative and Alternative Communication. *Communication Disorders Quarterly*, 22(4), 197–206.
<https://doi.org/10.1177/152574010102200405>
- Huer, M. B., Saenz, T. I., & Doan, J. H. D. (2001). Understanding the Vietnamese American Community: Implications for Training Educational Personnel Providing Services to Children with Disabilities. *Communication Disorders Quarterly*, 17(3), 113–119.
<https://doi.org/10.1044/aac17.3.113>
- Ingold, A., & Doubet, A. (2022). *Familial Response to Augmentative Alternative Communication in Culturally and Linguistically Diverse Communities*.
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C., & Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIR Reviewer's Manual*, JBI, 2020. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
<https://doi.org/10.46658/JBIRM-20-01>
- Johnson, E., Nilsson, S., & Adolfsson, M. (2015). Eina! Ouch! Eish! Professionals' Perceptions of How Children with Cerebral Palsy Communicate About Pain in South African School Settings:

- Implications for the use of AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 31(4), 325–335. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1084042>
- Kempka, W. D. (2018). Building Augmentative Communication Skills in Homes Where English and Spanish Are Spoken: Perspectives of an Evaluator/Interventionist. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(12), 172–185. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG12.172>
- Ketelaar, P., Hentenaar, F., & Kooter, M. (2011). *Groepen in focus, in vier stappen naar toegepast focusgroeponderzoek*. Boom Lemma Uitgevers
- Khalid, K. (2017). *Exploring Communication Strategies used by Speech-Language Pathologists in Multilingual Contexts in Malaysia* [The Australian National University]. <https://openresearch-repository.anu.edu.au/bitstream/1885/140917/1/Khalid%20Thesis%202017.pdf>
- King, G., Desmarais, C., Lindsay, S., Piérart, G., & Tétréault, S. (2015). The roles of effective communication and client engagement in delivering culturally sensitive care to immigrant parents of children with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 37(15), 1372–1381. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972580>
- King, M. R., Binger, C., & Kent-Walsh, J. (2015). Using dynamic assessment to evaluate the expressive syntax of children who use augmentative and alternative communication. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 31(1), 1–14. <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.995779>
- King, M. R., Ward, H., Soto, G., & Barrett, T. S. (2022). Supporting Emergent Bilinguals Who Use Augmentative and Alternative Communication and Their Families: Lessons in Telepractice From the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(5), 2004–2021. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-22-00003
- Krippendorff, K. (2018). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. SAGE Publications.
- Larson, A.L., Cycyk, L.M., Carta, J.J., Scheffner Hammer, C., Baralt, M., Uchikoshi, Y., An, Z.G., & Wood, C. (2020). A systematic review of language-focused interventions for young children from culturally and linguistically diverse backgrounds, *Early Childhood Research Quarterly*, 50(1), 157-178, <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2019.06.001>.
- Liamputtong, P. (2011). *Focus Group Methodology: Principles and Practice*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781473957657>
- Light, J. C., & Drager, K. D. R. (2002). Improving the design of augmentative and alternative technologies for young children. *Assistive Technology: The Official Journal of RESNA*, 14(1), 17–32. <https://doi.org/10.1080/10400435.2002.10132052>
- Light, J., & McNaughton, D. (2012a). Supporting the Communication, Language, and Literacy Development of Children with Complex Communication Needs: State of the Science and Future Research Priorities. *Assistive Technology*, 24,(1), 34-44. <https://doi.org/10.1080/10400435.2011.648717>
- Light, J., & McNaughton, D. (2012b). The changing face of augmentative and alternative communication: Past, present, and future challenges. *Augmentative and Alternative Communication (Baltimore, Md. : 1985)*, 28(4), 197–204. <https://doi.org/10.3109/07434618.2012.737024>

- Loncke, F. (2021). *Augmentative and Alternative Communication, models and applications* 2nd edition. San Diego: Plural Publishing.
- Mandak, K., & Light, J. (2018). Family-centered services for children with complex communication needs: The practices and beliefs of school-based speech-language pathologists. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 34(2), 130–142. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1438513>
- Mandak, K., O’Neill, T., Light, J., & Fosco, G. M. (2017). Bridging the gap from values to actions: A family systems framework for family-centered AAC services. *Augmentative and Alternative Communication*, 33(1), 32–41. <https://doi.org/10.1080/07434618.2016.1271453>
- McCord, M. S., & Soto, G. (2004). Perceptions of AAC: An Ethnographic Investigation of Mexican-American Families. *Augmentative and Alternative Communication*, 20(4), 209–227. <https://doi.org/10.1080/07434610400005648>
- McDowell, A., & Bornman, J. (2022). Using key-word signing to support learners in South African schools: A study of teachers’ perceptions. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 38(2), 106–122. <https://doi.org/10.1080/07434618.2022.2071763>
- McNamara, E. (2018). Bilingualism, Augmentative and Alternative Communication, and Equity: Making a Case for People With Complex Communication Needs. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(12), 138–145. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG12.138>
- McNaughton, D., Bryen, D., Blackstone, S., Williams, M., & Kennedy, P. (2011). Young adults with complex communication needs: Research and development in AAC for a “diverse” population. *Assistive Technology : The Official Journal of RESNA*, 24(1), 45–53. <https://doi.org/10.1080/10400435.2011.648715>
- Meadan, H., Adams, N. B., Hacker, R. E., Ramos-Torres, S., & Fanta, A. (2020). Supporting Spanish-speaking families with children with disabilities: Evaluating a training and coaching program. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 32(3), 489–507. <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09704-1>
- Mindel, M. G., & Jeeva, J. (2018). Bridging the School and Home Divide for Culturally and Linguistically Diverse Families Using Augmentative and Alternative Communication Systems. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(12), 154–163. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG12.154>
- Ministerie van OCW (2014). *Kerndoelen van het voortgezet special onderwijs*. Ministerie van OCW. <https://www.slo.nl/publish/pages/14422/kerndoelen-voortgezet-speciaal-onderwijs.pdf>
- Monceaux-Visser, Julianne L., (2021) Strategies Utilized by Speech-Language Pathologists when Treating Speech-Language Disorders in Children who are Bilingual. Dissertations, Theses, and Projects. 517. <https://red.mnstate.edu/thesis/517>
- Moorcroft, A., Allum, J., & Scarinci, N. (2022). Speech language pathologists’ responses to the rejection or abandonment of AAC systems. *Disability and Rehabilitation*, 44(16), 4257–4265. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1900412>
- Moorcroft, A., Scarinci, N., & Meyer, C. (2019). A systematic review of the barriers and facilitators to the provision and use of low-tech and unaided AAC systems for people with complex

- communication needs and their families. *Disability and Rehabilitation-assistive technology*, 14(7), 710–731. <https://doi.org/10.1080/17483107.2018.1499135>
- Moorcroft, A., Scarinci, N., & Meyer, C. (2021). “I’ve had a love-hate, I mean mostly hate relationship with these PODD books”: Parent perceptions of how they and their child contributed to AAC rejection and abandonment. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 16(1), 72–82. <https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1632944>
- Nellum Davis, P., & Banks, T. (2012). Chapter 13—Intervention for multicultural and international clients with communication disorders. In D. E. Battle (Ed.), *Communication Disorders in Multicultural and International Populations (Fourth Edition)* (pp. 279–295). Mosby. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-06699-0.00022-4>
- NCCC: Curricula Enhancement Module Series. (2026). <https://nccc.georgetown.edu/curricula/awareness/C5.html>
- Nigam, R. (2006). Sociocultural development and validation of lexicon for Asian-Indian individuals who use augmentative and alternative communication. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(4), 245–256. <https://doi.org/10.1080/09638280500476063>
- Nye, E., Melendez-Torres, G. J., & Bonell, C. (2016). Origins, methods and advances in qualitative meta-synthesis. *Review of Education*, 4(1), 57–79. <https://doi.org/10.1002/rev3.3065>
- Orellana, C. I., Wada, R., & Gillam, R. B. (2019). The Use of Dynamic Assessment for the Diagnosis of Language Disorders in Bilingual Children: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(3), 1298–1317. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-18-0202
- Oetting J. B., Gregory K. D., & Rivière A. M. (2016). Changing how speech-language pathologists think and talk about dialect variation. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 1(16), 28–37. <https://doi.org/10.1044/persp1.SIG16.28>
- Oxford Review. (n.d.). Culturally and linguistically diverse (CALD)—Definition and Explanation. Oxford Review - OR Briefings. Retrieved January 16, 2026 from <https://oxford-review.com/the-oxford-review-dei-diversity-equity-and-inclusion-dictionary/culturally-and-linguistically-diverse-cald-definition-and-explanation/>
- Parette, H. P., Jr., Brotherson, M. J., & Huer, M. B. (2000). Giving Families a Voice in Augmentative and Alternative Communication Decision-Making. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 35(2), 177-190. <https://doi.org/10.1177/215416470003500206>
- Patel, R., & Khamis-Dakwar, R. (2005). An AAC training program for special education teachers: A case study of Palestinian Arab teachers in Israel. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 21(3), 205–217. <https://doi.org/10.1080/07434610400011638>
- Pickl, G. (2011). Communication Intervention in Children with Severe Disabilities and Multilingual Backgrounds: Perceptions of Pedagogues and Parents. *Augmentative and Alternative Communication*, 27(4), 229–244. <https://doi.org/10.3109/07434618.2011.630021>
- Pope, L., Light, J., & Franklin, A. (2022). Black Children With Developmental Disabilities Receive Less Augmentative and Alternative Communication Intervention Than Their White Peers: Preliminary Evidence of Racial Disparities From a Secondary Data Analysis. *American Journal*

of *Speech-Language Pathology*, 31(5), 2159–2174. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-22-00079

- Qualls, C. D. (2012). Chapter 14—Multicultural and international research on communication disorders: Past, present, and future. In D. E. Battle (Ed.), *Communication Disorders in Multicultural and International Populations (Fourth Edition)* (pp. 296–310). Mosby. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-06699-0.00023-6>
- Regieraad kwaliteit van zorg (2012). *Richtlijn voor Richtlijnen, 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn, 3de herziene versie*. <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/richtlijn-voor-richtlijnen>
- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S., & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural Sensitivity in Public Health: Defined and Demystified. *Ethnicity & Disease*, 9(1), 10–21.
- Rietveld, L. (2011). *De toepasbaarheid van meetinstrumenten bij migrantenkinderen en hun ouders*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Solomon, -Rice Patti L., Soto, G., & Robinson, N. B. (2018). Project Building Bridges: Training Speech-Language Pathologists to Provide Culturally and Linguistically Responsive Augmentative and Alternative Communication Services to School-Age Children With Diverse Backgrounds. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(12), 186–204. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG12.186>
- Soto, G. (2012). Training Partners in AAC in Culturally Diverse Families. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 21(4), 144–150. <https://doi.org/10.1044/aac21.4.144>
- Soto, G., & Yu, B. (2014). Considerations for the Provision of Services to Bilingual Children Who Use Augmentative and Alternative Communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 30(1), 83–92. <https://doi.org/10.3109/07434618.2013.878751>
- Srinivasan, S., Mathew, S. N., & Lloyd, L. L. (2011). Insights into Communication Intervention and AAC in South India: A Mixed-Methods Study. *Communication Disorders Quarterly*, 32(4), 232–246. <https://doi.org/10.1177/1525740109354775>
- Sue, S. (2006). Cultural competency: From philosophy to research and practice. *Journal of Community Psychology*, 34(2), 237–245. <https://doi.org/10.1002/jcop.20095>
- Sue, D. W., Ivey, A. E., & Pedersen, P. B. (Eds.). (1996). *A theory of multicultural counseling and therapy*. Brooks/Cole Publishing Company
- Tönsing, K. M., & Soto, G. (2020). Multilingualism and augmentative and alternative communication: Examining language ideology and resulting practices. *Augmentative and Alternative Communication*, 36(3), 190–201. <https://doi.org/10.1080/07434618.2020.1811761>
- Tönsing, K. M., van Niekerk, K., Schlünz, G. I., & Wilken, I. (2018). AAC services for multilingual populations: South African service provider perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 73, 62–76. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.04.002>
- Tönsing, K., van Niekerk, K., Schlünz, G., & Wilken, I. (2019). Multilingualism and augmentative and alternative communication in South Africa – Exploring the views of persons with complex communication needs. *African Journal of Disability*, 8, <https://doi.org/10.4102/ajod.v8i0.507>

- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garritty C, (...) Straus SE. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7):467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- van Balkom, H. (2018). *Kinderen leren initiatieven nemen in communicatie, toegang tot communicatie, taal en geletterdheid voor kinderen met meervoudige beperkingen*. Acco.
- van Herwaarden, A., Peters-Scheffer, N., & Rommes, E. (2020). *Het perspectief van professionals op barrières voor cultuursensitieve zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. NTZ, 2, 42-54. https://www.ntzonline.nl/documenten/archief/ntz/ntzt202002_p42-54_herwaarden_ea_het.pdf
- van Herwaarden, A., Rommes, E. W. M., & Peters-Scheffer, N. C. (2021). Cultural competence in lifelong care and support for individuals with intellectual disabilities. *Ethnicity & Health*, 26(6), 922–935. <https://doi.org/10.1080/13557858.2019.1591348>
- van Zaalen, Y., Deckers, S., & Schuman, H. (2023). *Interprofessioneel samenwerken in zorg, welzijn en onderwijs*, Boom
- Verdon, S., McLeod, S., & Wong, S. (2015). Supporting culturally and linguistically diverse children with speech, language and communication needs: Overarching principles, individual approaches. *Journal of Communication Disorders*, 58, 74–90. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.10.002>
- VN-Verdrag (2006). Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Geraadpleegd op 23 november 2025 van: https://wetten.overheid.nl/BWBV0004045/2016-07-14#Verdrag_2
- Worah, S., McNaughton, D., Light, J., & Benedek-Wood, E. (2015). A comparison of two approaches for representing AAC vocabulary for young children. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 7(5):460-469. <https://doi.org/10.3109/17549507.2014.987817>
- Wyatt, T. (2012). Chapter 12—Assessment of multicultural and international clients with communication disorders. In D. E. Battle (Ed.), *Communication Disorders in Multicultural and International Populations (Fourth Edition)* (pp. 243–278). Mosby. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-06699-0.00021-2>
- Yu, B. (2018). Bilingualism and Autism: A Summary of Current Research and Implications for Augmentative and Alternative Communication Practitioners. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(12), 146–153. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG12.146>
- Yum, Y. N., So, S. K. W., & Chan, R. Y.-Y. (2021). Sensitivity to Communication Partners During Naturalistic AAC Conversations in Cantonese Chinese. *Frontiers in Psychology*, 12(101550902), 686657. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.686657>

Bijlagen

Bijlage 1: Training voor professionals

Online hulpmiddelen

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA): informatieve website met informatie, quizzen, video's en tools over cultureel sensitief werken. Tevens ook een gratis online Engelstalige tool om bewust te worden van je eigen culturele biases <https://www.thatsunheardof.org/>

De Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Profession-Student Version, de IASCC-SV via; <https://culturele-sensitiviteit.webnode.be/culturele-competenties/>. Let op; dit is een betaalde test die de volgende vijf eigenschappen van CSZ meet: **cultureel bewustzijn, culturele kennis, culturele vaardigheid, culturele beleving en cultureel verlangen.**

Gratis Engelse vragenlijst over "Self-assessment voor professionals die zorg verlenen aan kinderen met speciale zorgbehoefte"; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248429/>

De handreiking 'Omgaan met diversiteit' ontwikkeld binnen het programma Deelkracht is bedoeld voor professionals die betrokken zijn bij de behandeling of begeleiding van dove en slechthorende kinderen en hun ouders in de vroegbehandeling. Delen van de handreiking en de e-learning kunnen deels ook worden gebruikt voor andere doelgroepen en leeftijden. [Handreiking 'Omgaan met diversiteit' - Deelkracht](#)

Online Nederlandse test om te kijken hoe goed jij kan omgaan met mensen met een andere culturele achtergrond: Hoe goed ga jij met mensen om? <https://www.inclusiefwerken.net/test-je-culturele-competenties/>. Deze test is vrij algemeen en niet specifiek ontwikkeld voor mensen in de zorg, maar kan je in het algemeen wel inzichten geven in je eigen culturele competentie. Op die manier kun je jouw behoefte aan professionalisering in CSZ in kaart brengen en kun je meer gericht naar een training zoeken.

Trainingen en opleidingen

Hogeschool Arnhem Nijmegen: Post-HBO cultuursensitief werken; aan de slag met beschermjassen; 4 dagdelen cursus over de inzet van beschermjassen; hoe kun je krachtbronnen activeren, oog krijgen voor diversiteit, verbinding creëren en uitsluiting tegengaan? Meer informatie:

https://www.han.nl/opleidingen/post-hbo/cultuursensitief-werken-aan-de-slag-met-beschermjassen/?srsltid=AfmBOoojbf_SnAF0E7uBVgnYFgOCyOB7r_R7xhGTNRsJUzdBSpxnztZq

Jeugdformat academie: Cursus Cultuursensitief werken; 1 bijeenkomst waarin je onderzoekt hoe jij je culturele identiteit bewust of onbewust meeneemt in je visie en het handelen als hulpverlener. Meer informatie: <https://www.jeugdformaatacademie.nl/catalog/product/cultuursensitief-werken>

Pharos: diverse trainingen over effectieve communicatie met mensen met een andere culturele achtergrond. Meer informatie: <https://www.pharos.nl/training/?onderwerp=cultuursensitief-werken>

RINO Amsterdam: Cursus afname Culturele Interview (CFI). Meer informatie: <https://www.pharos.nl/training/?onderwerp=cultuursensitief-werken>

RINO Utrecht: eendaagse cursus over Cultuursensitief werken. Met aandacht voor o.a. de verschillende culturele visies op een verstandelijke beperking, inzicht in je eigen culturele normen en

waarden en uitleg over de “Bospad-methode”. Meer informatie:
<https://www.rinogroep.nl/opleiding/161/veel-culturen-een-zorg.html#>

Movisie: online training van 60 minuten (gratis). Over intercultureel vakmanschap voor professionals in het sociale domein. Meer informatie: <https://www.movisie.nl/training/online-training-introductie-intercultureel-vakmanschap-sociaal-professionals-kis>

Leids congres bureau: regelmatige webinars over cultuursensitief werken voor mensen in de zorg. Met aandacht voor verschillende visies m.b.t. beperking, ziekte en opvoedingsstijlen. Meer informatie: <https://www.leidscongresbureau.nl/events/webinar-cultuursensitief-werken-l2489/>

Bijlage 2: Achtergrondinformatie over Culturele en Linguïstische Diversiteit

Deze bijlage bevat samenvattingen en samenvattingen van online en gedrukte informatie over culturele competentie en responsiviteit. Veel van deze informatie is afkomstig van de website van de American Speech-Language-Hearing Association, <https://www.asha.org/>

Cultural Competence - Responsiveness

Aangezien culturele responsiviteit verband houdt met culturele competentie, is het werk van Cross (2012) relevant voor de huidige handreiking. Het continuüm van culturele competentie van Cross omvat de volgende stadia:

Cultural destructiveness Culturele destructiviteit — Dit stadium omvat beleid, praktijken en attitudes die schadelijk zijn voor culturen en individuen binnen die culturen.

Cultural incapacity Culturele incapaciteit — In dit stadium hebben instanties en individuen niet het vermogen om mensen in nood te helpen.

Cultural blindness Culturele blindheid — In deze fase heerst de overtuiging dat huidskleur of cultuur geen verschil maakt of niet bestaat.

Cultural pre-competence Culturele precompetentie — In deze fase worden culturele verschillen geaccepteerd en gerespecteerd. Dit omvat voortdurende zelfevaluatie van culturele vooroordelen.

Advanced cultural competence Geavanceerde culturele competentie — In deze fase heeft het individu en/of de instantie veel waardering voor cultuur en werkt het/zij aan het vergroten van de kennis over cultureel competente praktijken.

Zelfevaluatie kan aan het licht brengen waar een clinicus zich bevindt op het continuüm van culturele competentie (zie ASHA's Cultural Competence Assessment tool). De stappen om culturele responsiviteit te ontwikkelen zijn als volgt:

- Leren over iemands cultuur(en), taal, ervaring, geschiedenis, alternatieve zorgbronnen en machtsverschillen.
- Een dynamische definitie ontwikkelen van wat cultuur inhoudt, die ruimte laat voor mogelijke verandering of herdefiniëring naarmate alle deelnemers groeien.
- Respect tonen voor individuele culturele achtergronden door persoonlijke voorkeuren en culturele praktijken te integreren in de beoordeling en behandeling, inclusief het erkennen van de invloed van cultuur op taalkundige variaties, die kunnen leiden tot variaties in communicatiepatronen als gevolg van de context, de communicatie-intentie en de communicatiepartner.
- Erkennen dat macht in de klinische situatie wederzijds is en dat personen die diensten ontvangen, worden ondersteund, aangemoedigd en in staat zijn om keuzes te maken en veranderingen in hun leven aan te brengen en deel te nemen aan de dienstverlening op een manier die past bij hun cultuur en persoonlijke voorkeuren.
- Identificeren van culturele variabelen die zowel expliciet (bijv. externe symbolen, voedsel en taal als impliciet (bijv. religieuze praktijken en overtuigingen, spirituele overtuigingen,

onderwijswaarden, leeftijds- en genderrollen, opvoedingspraktijken, angsten en percepties) zijn.

- Het ontwikkelen van een **etnogenetisch standpunt** dat erkent dat groepen, culturen en de individuen daarbinnen fluïde en complex zijn in hun identiteiten en relaties.
- Afstappen van **etnocentrisme**, de overtuiging dat de eigen levenswijze en kijk op de wereld inherent superieur zijn aan die van anderen en wenselijker zijn.
- Afstappen van **essentialisme**, dat groepen definieert als 'in wezen' verschillend, met kenmerken die 'natuurlijk' zijn voor een groep (Fuller, 2002). Essentialisme houdt geen rekening met variatie binnen een cultuur en kan ertoe leiden dat zorgverleners hun patiënten stereotyperen. Als gevolg daarvan kunnen zorgverleners zich ten onrechte richten op overtuigingen over groepen in plaats van op individuen.

Culturele dimensies

Individen binnen alle culturen verschillen op basis van voorkeuren, waarden en ervaringen. Cultuur wordt aangeleerd, niet geërfd. Hofstede (2011) identificeert culturele dimensies die wereldwijd van toepassing zijn en tot uiting komen in alle aspecten van het leven, waaronder

- het gezinsleven,
- opvoedingspraktijken,
- onderwijs,
- werkgelegenheid en
- gezondheidszorgpraktijken.

Hofstede (2011) identificeert ook de volgende dimensies als de breedste en meest omvattende dimensies van culturele variabiliteit:

- Individualisme–collectivisme: hoe individuen in groepen zijn geïntegreerd
- Machtsafstand: hoe menselijke ongelijkheid en/of de macht van de ene groep over de andere wordt geïnterpreteerd
- Mannelijkheid–vrouwelijkheid: emotionele rollen zoals verdeeld tussen geslachten
- Onzekerheidsvermijding – het stressniveau van de samenleving in het geval van een onvoorspelbare toekomst
- Oriëntatie op de lange- of korte termijn – of de inspanningen van mensen gericht zijn op het verleden, het heden of de toekomst
- Genot versus terughoudendheid – onmiddellijke versus uitgestelde bevrediging en de beheersing van verlangens

Rekening houdend met het feit dat deze culturele dimensies in grote lijnen op elk land van toepassing zijn en dat individuen binnen de cultuur van hun land individuele verschillen kunnen vertonen, heeft Hofstede (2011) een tool voor landenvergelijking ontwikkeld. Deze tool geeft een grafische weergave van de dimensies van elk land in cijfers, evenals een weergave van de dimensies van twee of meer landen ter vergelijking.

Aanvullende dimensies zijn onder meer

- culturele waardeoriëntaties (bijv. tijdsoriëntatie),
- verbale communicatie (bijv. verwachtingen ten aanzien van het nemen van het woord, hoeveel er tussen gesprekspartners mag worden gepraat),
- non-verbale communicatie (bijv. oogcontact, gebruik van persoonlijke ruimte) en
- relationele communicatienormen (bijv. begroetingsrituelen, verwachtingen ten aanzien van gesprekken voor verschillende soorten individuen).

- Culturele dimensies komen voor op een continuüm en een individu kan gedrag vertonen dat overal op dat continuüm kan voorkomen. Een breed scala aan factoren kan van invloed zijn op de manier waarop culturele dimensies door elk individu tot uiting komen, waaronder:
 - individuele verschillen;
 - individuele omstandigheden;
 - assimilatie – het proces waarbij iemand in een nieuwe omgeving de gastcultuur volledig omarmt (Riquelme, 2013); en
 - acculturatie – de integratie van de gastcultuur met de eigen cultuur in verschillende mate (Riquelme, 2013).

Implicaties van culturele dimensies

Culturele dimensies beïnvloeden verbaal en non-verbaal gedrag in communicatieve interacties.

Ze beïnvloeden hoe individuen vertrouwen of wantrouwen overbrengen en wat ze interpreteren als vriendelijk, onvriendelijk, geïnteresseerd of verveeld gedrag. Vriendelijkheid wordt bijvoorbeeld overgebracht door:

- te luisteren zonder de spreker te onderbreken in een cultuur met een grote machtsafstand;
- formele en specifieke taal te gebruiken in een cultuur met een sterke onzekerheidsvermijding;
- mondeling informatie te verstrekken in een individualistische cultuur; en
- een assertieve communicatiestijl te gebruiken in een zeer mannelijke cultuur.

Zie Voorbeelden van culturele dimensies en het gedeelte Culturele dimensies voor definities en uitleg van de bovenstaande termen. Als deze verschillen in interacties niet worden onderkend, kan dit leiden tot cruciale miscommunicatie. Professionals die zijn opgeleid in een bepaalde omgeving (bijvoorbeeld Amerikaanse scholen) kunnen bijvoorbeeld waarde hechten aan een lage machtsafstand en kunnen proberen studenten, cliënten/patiënten en families als gelijken te behandelen, waarbij ze hen aanmoedigen om deel te nemen aan de ontwikkeling van therapeutische doelen en doelstellingen. Mensen uit culturen met een hoge machtsafstand kunnen echter vraagtekens zetten bij de competentie van een professional die hen probeert te betrekken bij de ontwikkeling van interventies (Hwa-Froelich & Westby, 2003). Deze discrepantie kan een negatieve invloed hebben op de communicatie.

Een audioloog of logopedist wiens culturele overtuigingen in overeenstemming zijn met onafhankelijkheid en actief experimenteren, kan in conflict komen met families wier culturele overtuigingen afhankelijkheid en gehoorzaamheid ondersteunen, als er onvoldoende bewustzijn is van deze culturele verschillen (Hyter & Salas-Provance, 2021).

Onderzoek wijst uit dat wanneer cliënten/patiënten zichzelf als vergelijkbaar beschouwen met hun zorgverleners wat betreft culturele en taalkundige achtergrond, de relatie tussen zorgverlener en patiënt wordt versterkt. Patiëntgerichte communicatie is een factor die van invloed is op de waargenomen persoonlijke gelijkheid (Street et al., 2008).

De impact van culturele dimensies moet in aanmerking worden genomen binnen de omgeving en binnen klinische interacties. Clinici worden aangemoedigd om rekening te houden met intersectionaliteit, de manier waarop systemen van ongelijkheid die zijn gebaseerd op discriminatie vanwege culturele dimensies samenkomen om een unieke dynamiek te creëren, en de realiteit dat elk systeem het potentieel heeft om andere systemen te versterken. Dit concept benadrukt nog eens het belang van het ontwikkelen van een goede verstandhouding met een individu om de

verschillende sociale invloeden te bepalen die van invloed kunnen zijn op de behandelingsresultaten. Zie Crenshaw (1989), een baanbrekend werk over intersectionaliteit, voor meer informatie.

Culturele responsiviteit versus stereotypering

Culturele responsiviteit vereist dat professionals rekening houden met hoe waarden en normen op unieke wijze worden gevormd. Zelfs wanneer individuen een vergelijkbare culturele achtergrond hebben, worden hun waarden gevormd door hun eigen ervaringen en interpretaties van deze ervaringen. Stereotypering maakt gebruik van vooroordelen over een bepaalde bevolkingsgroep en kan leiden tot ongepast gedrag en foutieve klinische beoordelingen en beslissingen.

Culturele responsiviteit bij hulp bij dysfagie omvat bijvoorbeeld het in kaart brengen van de persoonlijke voedingsgeschiedenis en voorkeuren van het individu. Stereotypering bij hulp bij dysfagie kan leiden tot aanbevelingen die uitsluitend zijn gebaseerd op de voedingsvoorkeuren die het meest worden geassocieerd met de culturele achtergrond van het individu en niet met die van het individu zelf.

Verschil versus stoornis

Culturele responsiviteit vereist dat klinici onderscheid maken tussen een communicatieverschil en een communicatiestoornis. Een klinisch bekwame clinicus zal voldoende kennis vergaren over de culturele en taalkundige achtergrond van een individu om te voorkomen dat hij of zij aanneemt dat een communicatiepatroon een stoornis is, terwijl het patroon in feite een weerspiegeling kan zijn van culturele en taalkundige variatie.

Het onderscheid maken tussen communicatieverschillen en communicatiestoornissen vereist het vermogen om:

- te erkennen dat culturele dimensies en individuele variatie van invloed kunnen zijn op oogcontact, gezichtsuitdrukkingen, lichaamstaal, regels voor sociale interactie, opvoedingspraktijken, percepties van geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, ziekte en handicap, en patronen van superieure en ondergeschikte rollen in relatie tot status op basis van leeftijd, geslacht of genderidentiteit en klasse (Lau, 2006; Murry et al., 2011);
- te beoordelen of culturele en taalkundige variabelen en factoren van invloed kunnen zijn op communicatie en om te bepalen of de communicatiepatronen van een individu verband kunnen houden met zijn of haar culturele achtergrond (Penn et al., 2017);
- te bepalen of het communicatiepatroon verband houdt met de taalkundige achtergrond van het individu;
- te begrijpen dat verschillen verband kunnen houden met de mate en aard van blootstelling aan en de ontwikkeling van nieuwe culturele communicatiepatronen;
- te erkennen dat assimilatie en mate van acculturatie van invloed kunnen zijn op individuele communicatiepatronen en gedragingen;
- een stoornis te identificeren als een communicatiestoornis die zo groot is dat het effectieve gebruik van symbolen en de verwerking van boodschappen in de taal van de spreker negatief beïnvloed worden;
- een communicatieverschil te identificeren als een variatie in een symboolstelsel dat door een groep individuen wordt gebruikt en dat een weerspiegeling is van gedeelde regionale, sociale of culturele/etnische factoren;
- te erkennen dat een regionale, sociale of culturele/etnische variatie in een communicatiesysteem op regels is gebaseerd en niet als een spraak- of taalstoornis moet

worden beschouwd (een accent of dialect is bijvoorbeeld geen uiting van een articulatiestoornis; Hamilton et al., 2018); en

- rekening te houden met de cognitieve leerstijlen van individuen en niet verwachten dat probleemoplossing en communicatie volgens de gangbare methoden verlopen (Davis & Stanford, 2020).

Hoewel klinici ernaar streven om taal-/dialectverschillen niet ten onrechte als stoornissen te identificeren, heeft onderzoek aangetoond dat kinderen uit gemarginaliseerde milieus die niet-mainstream Engelse dialecten spreken, minder kans hebben om de benodigde zorg te krijgen dan vergelijkbare witte leeftijdsgenoten (Morgan et al., 2015, 2016). In plaats van een strikt dialect versus stoornis-kader, bevelen Oetting et al. (2016) klinici aan om een stoornis binnen een dialectkader te gebruiken om het gesprek over de aard en prevalentie van taalstoornissen bij kinderen in verschillende dialecten op de voorgrond te houden bij het overwegen van screening, beoordeling en behandelingsplanning en bij het geven van voorlichting over de diensten die klinici bieden.

Terminologie

Het is goed gebruik 'people first' termen te gebruiken waarbij de persoon of identiteit voorop staat en dan een conditie volgt (bijvoorbeeld 'persoon met autisme' versus 'autistische persoon'). Blijf je altijd bewust dat de terminologie die wordt gebruikt om personen te beschrijven kan variëren op basis van individuele identiteit en voorkeur en niet alleen bepaald wordt door iemands conditie, toestand, ziekte of syndroom. Wanneer er een voorkeur is voor taal waarbij de persoon of identiteit voorop staat, moet die voorkeur worden gerespecteerd. Bij twijfel kan je de persoon in kwestie vragen naar zijn of haar voorkeur.

Evenzo moeten klinici zich bewust zijn van het juiste gebruik van voornaamwoorden. Het gebruik van de juiste persoonlijke voornaamwoorden van een persoon getuigt van respect voor die persoon en creëert een inclusieve omgeving.

Respons op interventie en Dynamisch Assessment

Vroegbehandeling kan gebruikt worden om te bepalen welke kinderen intrinsieke leerproblemen hebben die niet kunnen worden toegeschreven aan een gebrek aan ervaring of deprivatie. Bij kinderen met meervoudige beperkingen is dit laatste vaak het geval. Respons op interventie in combinatie met dynamisch assessment kan helpen om onnodige doorverwijzingen naar speciale onderwijsvoorzieningen te verminderen. Deze benaderingen kunnen ook een onderliggende beperking onderscheiden van individuele verschillen.

Culturele responsiviteit bij het verlenen van zorg en onderwijs

Klinisch bekwame dienstverleners erkennen en houden rekening met de culturele en taalkundige variabelen die van invloed zijn op de dienstverlening. Dit doen zij door de assessments en de behandelingsstrategieën te individualiseren. Deze individualisering zorgt ervoor dat de audioloog of logopedist geen overgeneralisaties maakt met betrekking tot de culturele of taalkundige achtergrond van een persoon. Bij assessments en het verlenen van zorg en onderwijs dient men rekening te houden met:

- of de omgeving uitnodigend is;
- of de omgeving toegankelijk is;

- de noodzaak om de planning en afspraaktijden aan te passen aan culturele en individuele waarden die van invloed kunnen zijn op de beschikbaarheid van de hulpvrager;
- de geschiktheid en culturele gevoeligheid van het materiaal dat wordt gebruikt tijdens diagnostiek en interventieactiviteiten; en
- individuele percepties en beoordelingen van assessments, mogelijke diagnoses en interventiestrategieën.

Diagnostiek en assessment

Bij het uitvoeren van diagnostische onderzoeken dien je rekening te houden met de mate van acculturatie en assimilatie van de persoon binnen de dominante cultuur. Daarnaast dienen behandelaars te bepalen hoe vertrouwd en comfortabel de persoon is met sociale, interpersoonlijke, academische en testpraktijken, aangezien bekendheid met testprocedures van invloed kan zijn op de prestaties tijdens het beoordelingsproces. Een evaluatie moet mogelijk in meerdere sessies worden uitgevoerd als het nodig is om een persoon in meer dan één taal te beoordelen, samen te werken met een tolk, alternatieve beoordelingsformats te gebruiken en normen voor een bepaalde populatie te vinden en/of vast te stellen. Zie de pagina's van het ASHA Practice Portal over meertalige dienstverlening in de audiologie en logopedie (<https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/multilingual-service-delivery/>) en de samenwerking met tolken en vertalers (<https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/collaborating-with-interpreters/>).

Ziektegeschiedenis en anamnese

De casusbeschrijving dient informatie te bevatten over de communicatiekenmerken van het individu in vergelijking met anderen uit dezelfde gemeenschap. Waar mogelijk wordt de voorgeschiedenis in kaart gebracht aan de hand van open vragen, in plaats van respondenten te vragen te kiezen uit opties die mogelijk niet op hen van toepassing zijn. Clinici dienen geen aannames te maken over individuen of hun families op basis van algemene culturele, etnische of raciale informatie. De anamnese wordt gebruikt om specifieke kennis te vergaren over de diverse meningen en gezichtspunten van de hulpvrager.

Etnografische interviews moedigen de geïnterviewde aan om informatie te verstrekken die zij zelf relevant achten, in plaats van alleen te reageren op vragen die door de clinicus worden gesteld. Deze stijl van interviewen kan inzicht geven in individuele percepties, opvattingen, wensen en verwachtingen. Strategieën voor etnografische interviews zijn onder meer:

- het gebruik van *open vragen* in plaats van “ja” of “nee” vragen;
- het herhalen van wat er is gezegd door de *exacte woorden te herhalen* in plaats van te parafaseren of te interpreteren;
- het *samenvatten* van uitspraken en de mogelijkheid bieden om deze te *corrigeren* in geval van verkeerde interpretatie;
- het *vermijden van meerdere vragen* die snel achter elkaar worden gesteld en/of meerdelige vragen;
- het *vermijden van suggestieve vragen* die de persoon naar een specifiek antwoord leiden; en
- het *vermijden van ‘waarom’-vragen*, omdat dergelijke vragen veroordelend kunnen klinken en een defensieve houding kunnen uitlokken (Westby et al., 2003).

Onderzoeksinstrumenten

In de meeste gevallen is het gebruik van gestandaardiseerde tests alleen niet voldoende om te bepalen of iemand een communicatiestoornis heeft. Testscores zijn niet valide voor testpersonen die niet voorkomen in de normgroep die gebruikt is voor de standaardisatie van de test, ook niet als de test volgens de instructies wordt afgenomen. In dit geval kunnen gestandaardiseerde tests niet worden gebruikt om de aanwezigheid of afwezigheid van een communicatiestoornis vast te stellen. Deze tests kunnen echter wel waardevolle beschrijvende informatie opleveren over de vaardigheden en beperkingen van de persoon in de taal van de test (een test die in het Nederlands wordt afgenomen, beoordeelt bijvoorbeeld de vaardigheid van een persoon in het Nederlands). Formele testomgevingen en beoordelingsinstrumenten kunnen onbekend zijn voor personen die niet in aanraking zijn gekomen met regulier onderwijs en een cultuur van testen, dit betreft zowel non-verbale als verbale componenten van testen. Non-verbale aspecten van een testcultuur zijn onder meer:

- tijdsbesef;
- hoe van iemand wordt verwacht dat hij leert;
- hoe van iemand wordt verwacht dat hij reageert op de testleider, ongeacht geslacht, cultuur, leeftijd en/of sociaaleconomische achtergrond;
- de houding ten opzichte van het tonen van vaardigheden;
- de houding ten opzichte van gokken, gebruikmaken van eliminatie, het vertellen van verhalen of het voeren van een gesprek met een onbekende persoon;
- testabstractie (bijvoorbeeld in protocollen waarbij reeds gedeelde informatie moet worden verstrekt of situaties waarin de testpersoon een “doen alsof”-houding moet aannemen om zich op een gebruikelijke manier te gedragen); en
- niet-taalkundige aspecten van pragmatiek (DeJarnette et al., 2015).

Verbale aspecten van de testcultuur omvatten:

- taalvorm,
- taalfuncties,
- taalinhoud,
- taalorganisatie en
- pragmatische regels voor sociale interactie.

Accommodatie en modificatie

Een **accommodatie** van een diagnostiek of onderzoeksproces betreft een aanpassing of wijziging van de omgeving of de wijze van reageren om (a) de toegang tot communicatie en interactie te vergemakkelijken en (b) belemmeringen voor deelname weg te nemen zonder de inhoud van de test te wijzigen. Een **modificatie** verwijst naar een verandering in materiaal, inhoud of aanvaardbare respons. Aanpassingen en wijzigingen kunnen nodig zijn om bruikbare informatie te verkrijgen over de capaciteiten en beperkingen van het individu. Sommige wijzigingen kunnen echter een gestandaardiseerde score ongeldig maken. Enkele voorbeelden van aanpassingen en wijzigingen zijn:

- het herformuleren en geven van aanvullende testinstructies anders dan die zijn toegestaan bij het stellen van de proefvragen;
- het geven van aanvullende aanwijzingen of het herhalen van stimuli die niet zijn toegestaan bij test- of taakvragen;
- het toestaan van extra tijd voor antwoorden op vragen met een tijdslimiet;
- het overslaan van items die niet geschikt zijn voor de persoon (bijvoorbeeld items waarmee de persoon geen ervaring heeft);

- de persoon vragen om een uitleg van juiste of onjuiste antwoorden (wanneer dit geen standaardprocedure is); en
- het gebruik van alternatieve beoordelingsrubrieken.

Het is belangrijk op te merken dat er nooit een één-op-één vertaling voor testitems kan zijn. Talen variëren op basis van vele factoren, waaronder de volgorde van verwerving van woordenschat, morfologie en syntactische structuren. Goed ontwikkelde gestandaardiseerde tests zijn moeilijk te vinden voor personen die een andere taal gebruiken dan of naast gesproken Engels. Zie de ASHA-pagina 'Practice Portal over Multilingual Service Delivery in Audiology and Speech-Language Pathology', <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/multilingual-service-delivery/> voor meer informatie.

Het is de verantwoordelijkheid van de clinicus of testleider om alle aanpassingen en wijzigingen die tijdens het beoordelingsproces zijn aangebracht, in alle rapportages te documenteren.

Overwegingen voor audiologisch onderzoek

Sommige audiologen baseren zich op fysiologische metingen om de invloed van taalfactoren op de onderzoeksresultaten te omzeilen. Alle onderdelen van de audiologische evaluatie, inclusief spraakaudiometrie, moeten echter indien mogelijk worden uitgevoerd. Het is belangrijk op te merken dat

- testen voor spraakverstaanbaarheid zijn bedoeld om de drempel voor het verstaanbaar horen van spraak te meten en niet om de woordenschat, bekendheid van woorden of intelligentie te meten;
- reacties op audiologische testen kunnen een weerspiegeling zijn van het fonemisch register van de gesproken taal van de onderzochte persoon, dat wil zeggen niet alle klanken zullen deze persoon even bekend zijn.
- een gebrek aan bekendheid met testitems en/of het proces van testen kan de spraakscores beïnvloeden; en
- materiaal voor spraaktesten is taalspecifiek. Het is ongepast om een test die in een specifieke taal is ontwikkeld en genormeerd, eenvoudigweg te vertalen en vervolgens te gebruiken in een andere taal. Verminderde prestaties kunnen dan het gevolg zijn van de taalkundige achtergrond en niet van gehoor- en/of verwerkingsstoornissen van de onderzochte persoon.

Audiologische en logopedische behandeling

Behandeling moeten worden gestart met inzicht in de omgevings- en taalcontext van het individu en zijn of haar familie. Er moet alles aan worden gedaan om fysieke, culturele, taalkundige en institutionele belemmeringen voor de interventie tot een minimum te beperken of weg te nemen. Cultureel relevante prikkels en ervaringen moeten waar nodig in interventieprogramma's worden opgenomen. Audiologen en logopedisten moeten inschatten wat de aard van betrokkenheid van familie en verzorgers tijdens de interventie kan zijn. Enkele overwegingen die van invloed kunnen zijn op (a) de individuele verwachtingen van de clinicus en (b) het therapeutische proces zijn onder meer:

- het feit dat de persoon consequent de audioloog/logopedist als deskundige beschouwt,
- op basis van de perceptie van zijn of haar rol kunnen culturele verschillen van invloed zijn op de aard en mate van deelname van de persoon aan de behandeling,

- therapietechnieken kunnen gedragspatronen bevorderen die niet in overeenstemming zijn met de waarden van het gezin, en
- dat taal- en communicatiepatronen worden aangeleerd en beïnvloed door de cultuur en waarden van de persoon.

Factoren die in overweging worden genomen bij het selecteren van een geschikte audiologische interventies zijn onder meer de invloed van culturele factoren op:

- de acceptatie van gehoorverlies als een beperking,
- de waargenomen waarde van medische interventies,
- de culturele en sociale betekenis die aan gehoorverlies wordt gehecht,
- de rol van geslacht in relatie tot behandelingsopties,
- de taal waarin de behandeling wordt uitgevoerd, en
- de luisteromgeving of gehoorgezondheid van de persoon.

Counseling

Bij het geven van begeleiding moet rekening worden gehouden met cultureel diverse opvattingen over stoornissen en beperkingen, omdat culturele verschillen van invloed zijn op de opvattingen over de oorzaken van een stoornis en op de manier waarop iemand met een stoornis moet worden behandeld. Culturele opvattingen kunnen ook van invloed zijn op individuele doelen en op de doelen die de verzorger voor iemand met een stoornis of beperking nastreeft.

Elk deel van een gezin heeft een systeem waarin elk lid invloed heeft op alle andere leden (Bronfenbrenner, 1979). Relaties tussen gezinsleden worden opgebouwd en onderhouden door middel van communicatie en kunnen aanzienlijk worden beïnvloed door een communicatiestoornis bij een gezinslid. Bij het begeleiden van individuen en gezinnen is het belangrijk om de unieke relaties binnen een gezins- en familiesysteem te onderkennen, inclusief de manier waarop de stoornis van een gezinslid de relaties tussen de leden en het functioneren van het gezins- en familiesysteem beïnvloedt.

Culturele dimensies die van invloed zijn op counseling zijn onder meer:

- het effect van de beperking op deelname aan het leven in cultureel relevante contexten;
- de behoefte aan en/of acceptatie van speciale behandelingen of onderwijs;
- de mate van acceptatie van het gebruik van technologie in behandelingen;
- erkenning dat het gezin en/of de samenleving bepaalde praktijken als schadelijk kunnen zien;
- culturele waarden die botsen met de mainstream waarden in de samenleving op het gebied van onafhankelijkheid, individualisme-collectivisme, machtsafstand, vermijden van onzekerheid, mannelijkheid-vrouwelijkheid, hedonisme, tijdsoriëntatie, toegeeflijkheid en terughoudendheid; en
- de opvattingen van het individu en van het gezin over de rol die elk lid speelt – of zou moeten spelen – in het gezin.

Sommige culturen hebben remedies of praktijken die mainstream professionals niet begrijpen of omarmen – en die zij zelfs als schadelijk kunnen beschouwen. Professionals moeten onderscheiden of culturele overtuigingen en praktijken echt culturele variaties zijn of schadelijk zijn voor het individu. Cultureel sensitieve counseling kan informatie bieden, evenals alternatieve veilige behandelingen (Westby, 2007).

Bovendien kunnen religieuze of spirituele overtuigingen en praktijken in CLD gezinnen voorrang krijgen voordat educatieve of medische aanbevelingen worden overwogen of geaccepteerd. Als deze

overtuigingen of praktijken door professionals verkeerd worden begrepen of hen niet bekend zijn dan kunnen ze educatieve en medische interventies interfereren of ondermijnen (Fadiman, 2012; Shannon & Tatum, 2002; Swihart et al., 2021).

Voor meer informatie wordt verwezen naar ASHA Practice Portal over counseling in audiologie en spraak-taalpathologie (https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/counseling-in-audiology-and-speech-language-pathology/#collapse_1)

Bijlage 3: Verklarende woordenlijst

Communicatieve competentie is het vermogen om in de dagelijkse omgang met anderen efficiënt, duidelijk en adequaat (passend) uitdrukking te kunnen geven aan wat je wilt communiceren.

Communicatief Meervoudige Beperkingen (CMB) Mensen met CMB vormen een zeer heterogene groep. Zij hebben met elkaar gemeen dat ze zich niet of onvoldoende kunnen uiten via gesproken, geschreven of gebarentaal. Ook begrijpen zij deze vaak niet of onvoldoende. Bij mensen met CMB is naast taalspraakproblematiek vaak sprake van een verstandelijke, motorische en/of zintuiglijke (gehoor, visus) beperking. Dit geheel leidt tot een complexe ondersteuningsbehoefte in de communicatie en nood aan inzet van Ondersteunde Communicatie. De aanwezigheid en samenhang van de verschillende beperkingen maakt dat het zicht krijgen op de ontwikkelingsmogelijkheden complex is. Het inzetten van (gestandaardiseerde) testen is niet tot nauwelijks mogelijk. (*National Center for Cultural Competence, 2021*)

Culturele competentie is een geheel van congruente gedragingen, houdingen en beleidslijnen die samenkomen in een systeem, instantie of professional en die het systeem, de instantie of de professional in staat stellen om effectief te functioneren in interculturele situaties (Cross, 2012, p.83).

Cultuur is een geïntegreerd patroon van menselijk gedrag. Het omvat – maar is niet beperkt tot – denken, communicatie, talen, overtuigingen, waarden, gebruiken, gewoontes, beleefdheden, rituelen, omgangsvormen, rollen, relaties en verwachte gedragingen van een etnische groep of sociale groepen, waarvan de leden herkenbaar zijn aan dat specifieke patroon van menselijk gedrag.

Culturele en Linguïstische Diversiteit is verscheidenheid aan culturen en talen binnen een samenleving, regio, groep, organisatie of in de wereld in zijn geheel.

Cultuur Sensitieve zorg (CSZ), zorg waarbij rekening wordt gehouden met de achtergronden, overtuigingen en culturele waarden van de groep waaruit een cliënt afkomstig is of zich bij heeft aangesloten en die de behandeling en begeleiding afstemmen op de achtergrond en behoeften van de persoon en diens sociale omgeving.

Developmental niche betreft de cultuur, leefwereld en beleving van een groep mensen in dit geval die van cliënten met CMB

Etnocentrisme, De meeste culturele groepen zijn geneigd te geloven dat hun manier om de wereld te zien de juiste is, en dat hun overtuigingen en gedragingen het meest natuurlijk zijn voor de mens, met andere woorden, dat ze ‘de menselijke natuur’ weerspiegelen. Echter, bij het leren over cultuur, is het belangrijk om te begrijpen dat terwijl het hebben van cultuur wél bij de menselijke natuur hoort, maar dat geen enkele specifieke cultuur zelf de menselijke natuur is! Wanneer mensen hun eigen cultuur opvatten als de enige juiste manier om de wereld te begrijpen, spreekt men van etnocentrisme. Het is gemakkelijk om in deze denkfout te vervallen. We doen het allemaal wel eens; maar iemand die cultureel bewust is, zal minder snel in deze cognitieve val trappen.

Ondersteunde Communicatie verwijst naar alle mogelijke vormen, strategieën, methoden, technieken en hulpmiddelen voor communicatie, zoals lichaamstaal, voorwerpen, (ondersteunende) gebaren, foto's, pictogrammen en (computergebaseerde) communicatiehulpmiddelen, waaronder

spraakcomputers, iPads en tablets. Door middel van OC worden de vaardigheden en mogelijkheden van zowel de personen met een communicatieve beperking als het sociale netwerk versterkt en ondersteund (van Balkom, 2018, p. 93). In het Engels wordt de afkorting AAC gebruikt dat staat voor Augmentative and Alternative Communication

Bijlage 4: Bronnen en instanties

Augmentative and Alternative Communication

- Informatie over AAC is te vinden op de website van ASHA; https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/#collapse_1
- 'Elkaar Begrijpen Helpt' Boekje Nederlands-Turks voor alledaagse situaties – <https://www.leydenacademy.nl/wp-content/uploads/2022/09/Elkaar-begrijpen-helpt-Turks.pdf>

Diagnostiek

- Cultural Formulation Interview | DSM-5-TR; https://dsm-5.nl/actueel/209-363_Cultural-Formulation-Interview
- *Cultural Competence Checklist* (Beukelman & Light, 2020, p. 26) https://atinternetmodules.org/storage/ocali-ims-sites/ocali-ims-atim/documents/Cultural_Compentence_Checklist_Personal_Reflection.pdf
- Simea anamnese meertaligheid: <https://simea.nl/media/richtlijnen/bijlage-anamnese-meertaligheid-15012016.pdf>
- Communicatiepaspoort, <https://www.wijzijnmilo.nl/opleiding/kennisbank/hoe-maak-je-een-communicatiepaspoort>.
- Werkkaart cultuursensitieve diagnostiek (GGZ Standaarden): <https://www.ggzstandaarden.nl/api/v2/tools/19ca441b-aeb0-4499-aa96-a46eba285a8b/file>

Deze werkkaart, onderdeel van de generieke module Diversiteit, ondersteunt professionals bij het uitvoeren van cultuursensitieve diagnostiek en interpretatie van resultaten

Dynamic assessment

website van ASHA: <https://www.asha.org/practice/multicultural/dynamic-assessment/>

website van Deelkracht <https://www.deelkracht.nl/projecten/dynamisch-assessment-cmb/>

In Nederland wordt Dynamisch Assessment onder andere uitgevoerd door

- Stibco: www.stibco.nl
- Cordaan (Feuerstein Centrum — Cordaan) <https://www.cordaan.nl/jeugd/begeleiding/feuerstein-centrum/>
- Stichting Milo <https://www.wijzijnmilo.nl/>
- Kentalis <https://kentalis.nl>

Instanties en organisaties

- Deelkracht, CMB: <https://www.deelkracht.nl/cmb/>
- Kinderen met Ernstig Meervoudige Beperkingen: <https://embnederland.nl/>
- Kentalis: <https://www.kentalis.nl>
- Leerstoel Ondersteunde Communicatie bij kinderen met meervoudige beperkingen: <https://www.wijzijnmilo.nl/wetenschap>
- Milo: <https://wijzijnmilo.nl>
- Pharos: <https://www.pharos.nl/>
- Hoogleraren, lectoren en practoren in de gehandicaptenzorg: <https://www.vgn.nl/hoogleraren>

Bijlage 5: Index

- AAC, 19, 24, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 82
 - AAC-interventies, 19
- aanbevelingen, 11, 30, 31, 33, 35, 39, 48, 55, 56
- aandachtsproblemen, 42
- accommodatie, 76
- acculturatie, 27, 36, 71, 73
- actief luisteren, 41
- adolescenten, 40
- advanced cultural competence, 69
- AGREE, 18
- American Speech-Language-Hearing Association, 66
 - ASHA, 66
- analytische competenties, 31, 40
- anamnese, 75
- Arabisch, 19, 54
- ASHA, 34, 42, 48, 51, 59, 60, 61, 62, 63, 69, 74, 76, 79, 82
- assessment, 74
- assimilatie, 71, 73
- attitude, 8, 36
- attitudes, 9, 19, 20, 27, 34, 69
- audiologisch onderzoek, 77
- audiologische testen, 77
- audioloog, 72, 74, 77
- augmentative and alternative communication, 52, 59, 60, 61, 62
- barrières, 7, 8, 11, 24, 25, 52, 53, 55, 63
- begeleiding, 8, 11, 14, 21, 24, 25, 26, 28, 33, 40, 43, 46, 48, 49, 51, 78, 80, 82
- behandeldoelen, 28, 44, 48, 49
- behandeling, 6, 8, 11, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 36, 40, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 55, 56, 69, 77, 78, 80
- beoordelingsinstrumenten, 75
- bewustwording, 12, 28
- bewustzijn, 8, 31, 33, 34, 66
- bias, 39
- bijscholing, 28, 31
- case studies, 19
- casus, 14, 24
- casusbeschrijving, 75
- CLD, 11, 13, 78
- clinicus, 39, 69, 72, 75, 77
- coaching, 19, 29, 31, 35, 60
- co-constructie, 55
- code-switching, 24
- CODING, 5, 35
- cognitie, 8
- cognitieve leerstijlen, 73
- communicatie, 6, 11, 13, 14, 19, 23, 24, 26, 29, 34, 35, 36, 41, 44, 46, 47, 49, 50, 52, 55, 56, 63, 67, 69, 80, 81
 - communicatiehulpmiddelen, 19, 81
 - communicatiepartners, 6, 14, 43
 - communicatiepaspoort, 44, 49, 51, 82
 - communicatieproblemen, 13, 23
 - communicatiestijl, 34, 71
 - communicatiestoornis, 72, 73, 75, 78
 - communicatieve competentie, 6, 22, 23, 37, 42, 43, 80
 - communicatieverschil, 72, 73
 - miscommunicatie, 29, 71
 - non-verbale communicatie, 71
 - verbale communicatie, 71
- Communicatief Meervoudige Beperkingen, 6, 8, 80
 - CMB, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 42, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 80, 83
- competenties, 8, 10, 11, 12, 18, 19, 20, 21, 22, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 66
- content analyse, 20
- counseling, 62, 78, 79
- Counseling, 78
- cultural blindness, 69
- Cultural Competence Checklist, 44, 82
- cultural competence reflection tool, 34
- cultural competence responsiveness, 10
- cultural competency assessments, 34
- cultural destructiveness, 69
- cultural formulation interview, 44
 - CFI, 39, 40, 67
- cultural incapacity, 69
- cultural pre-competence, 69
- cultureel bewustzijn, 32
- cultureel verlangen, 32, 66
- culturele achtergrond, 28
- culturele achtergronden, 19, 28, 35, 69
- culturele blindheid, 9, 69
- culturele competentie, 8, 32, 80
- culturele destructiviteit, 9, 69

culturele dimensies, 70, 71, 72, 78
 culturele diversiteit, 32, 34
 culturele en linguïstische diversiteit, 8
 culturele incapaciteit, 69
 culturele interview, 67
 culturele kennis, 31, 34
 culturele linguïstische diversiteit
 CLD, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 22,
 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34,
 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 46, 47, 48,
 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56
 culturele nederigheid, 41
 culturele ontmoeting, 32
 culturele opvattingen, 78
 culturele precompetentie, 69
 culturele responsiviteit, 69, 72, 74
 culturele sensitiviteit, 23
 culturele vaardigheden, 31, 34
 culturele waardeoriëntaties, 71
 cultuur, 9, 13, 23, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33,
 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 47, 49, 50, 51,
 52, 55, 56, 67, 69, 70, 71, 78, 80
 cultuursensitief, 23, 35, 42, 66, 67
 cultuursensitieve zorg, 7, 8, 21
 CSZ, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20,
 21, 22, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 35,
 36, 37, 39, 46, 47, 48, 52, 55, 66, 80
 cultuurspecifieke expertise, 33
 D/SH, 44
 De Omgekeerde Toets, 36
 Deelkracht, 42, 82, 83
 developmental niche, 80
 diagnostiek, 8, 18, 28, 44, 49, 82
 anamnese, 23, 44, 82
 assessment, 11, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 34,
 36, 37, 39, 42, 43, 44, 46, 48, 55, 59, 66,
 82
 casusbespreking, 29
 Dynamisch Assessment, 24, 38, 39, 42, 43,
 82
 intake, 39, 46, 48
 self-assessment, 34
 dialect, 61, 73
 DSM-5-TR, 44, 82
 dysfagie, 72
 e-learning, 29
 emoties, 25, 41
 empathie, 41
 enquêtes, 19
 essentialisme, 70
 ethnocentrisme, 8, 39, 70, 80
 ethnocentrische, 27, 28, 31
 etnogenetisch standpunt, 70
 etnografische interviews, 75
 Expertisecentrum Nederlands, 16, 17
 Expertisefunctie Zintuiglijk Gehandicapten, 17
 families, 12, 19, 32, 34, 57, 60, 61, 71, 72, 75
 focusgroepen, 19, 26, 30, 37, 46
 focusgroepgesprekken, 11
 Fries, 54
 geavanceerde culturele competentie, 69
 Gebrek aan kennis, 27
 gedrag, 8, 20, 28, 31, 33, 34, 80
 atypisch gedrag, 8
 gehoorverlies, 78
 geletterdheid, 22, 53, 63
 gemeenten, 36
 genderidentiteit, 56
 generalisaties, 29
 geslacht, 73, 76, 78
 gesprekstechnieken, 29
 gezin, 22, 23, 25, 27, 34, 36, 41, 44, 49, 50, 53,
 55, 77, 78
 gezinnen, 12, 14, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 36,
 52, 56
 gezinsgerichte zorg, 41
 grammatica, 24
 Grounded Theory, 26
 hobby's, 56
 Hogeschool Arnhem Nijmegen, 35, 66
 hulpverleners, 11, 32, 41
 identiteit, 27, 40, 66
 inclusie, 6, 21
 Individualisme, 70
 individuele variatie, 73
 Inlevingsvermogen, 27
 interactie, 22, 32, 38, 73, 76
 interactieve diagnostiek, 38
 intercultureel vakmanschap, 67
 interesses, 25, 56
 interprofessionele samenwerking, 22, 29, 32,
 36, 46
 intersectionaliteit, 72
 interventieprogramma, 77
 interventies, 6, 8, 12, 13, 14, 19, 21, 22, 39, 49,
 51, 52, 53, 74, 77
 educatieve interventies, 19
 interview, 39, 40, 44, 57, 82
 interviews, 19
 Inzicht, 11, 12, 27, 28
 IQ-test, 42
 Kentalis, 1, 17, 83
 kernwoordenkaart, 44, 49

kinderen, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 52, 54, 63, 66, 73, 74, 83
 kwalitatief onderzoek, 18, 32
 kwalitatieve data, 20
 kwaliteit van leven, 6
 lacunes, 28
 landenvergelijking, 71
 leefomgeving, 46, 56
 Leerlingen, 13
 leerpotentieel, 6, 39
 leerproblemen, 74
 Lev Vygotsky, 39
 levensfase, 56
 lichaam, 44
 logopedist, 72, 74, 77
 low-tech, 56, 61
 luisteromgeving, 78
 machtsafstand, 70, 71, 78
 macroniveau, 8, 32, 33
 mainstream, 73, 78
 mannelijkheid, 70
 mesoniveau, 8, 12
 microniveau, 8, 11
 migratie, 19
 Milo, 1, 16, 17, 43, 82, 83
 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 18
 mixed methods, 19
 modificatie, 76
 morfologie, 38
 motivatie, 31, 32
 motiverende gespreksvoering, 29, 41
 motorische beperkingen, 42
 Movisie, 18, 35, 67
 mythes, 13, 47
 Nederlands, 1, 7, 41, 42, 44, 62, 75, 82
 negatieve bewoordingen, 27
 netwerk, 26, 29, 35, 81
 nieuwsgierigheid, 27
 niveautesten, 24
 non-tech, 56
 observatie, 38, 43
 observaties, 19
 OC, 1, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 31, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 81
 OC-hulpmiddel, 6, 14, 25, 26, 43, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56
 OC-symbolen, 19, 54
 Ondersteunde Communicatie, 5, 6, 14, 25, 29, 49, 80, 81, 83
 onderwijs, 6, 11, 12, 14, 33, 49, 50, 60, 63, 70
 onzekerheidsvermijding, 70
 open vragen, 75
 Openheid, 27
 opleidingen, 18, 35, 66
 opvoedingsstijl, 27
 ouders, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 34, 36, 37, 39, 40, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 62
 participatie, 21
 participatiemodel, 6, 14
 Participatiewet, 36
 people first, 73
 Pharos, 18, 35, 50, 51, 67, 83
 picto
 pictogrammen, 52, 55, 81
 Picture Communication Symbols, 24, 54
 pijn, 25, 45, 54
 position papers, 19
 pragmatiek, 76
 praktische competenties, 31
 praten, 29
 professionals, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 55, 56, 59, 63, 66, 67, 71, 72, 78, 82
 Radboud Universiteit, 2, 16, 17
 reflectief luisteren, 41
 Richtlijn voor Richtlijnen, 18
 RvR, 5, 18
 samenleving, 6, 47, 70, 78
 scaffolding, 24
 schoolse vaardigheden, 6, 25
 scoping review, 11, 18
 sekse, 56
 single case studies, 19
 Sociaaleconomische Status, 53
 SES, 53
 sociale interactie, 22
 sociale media, 25, 50
 sociocultureel perspectief, 11
 socioculturele benadering, 22, 37, 39, 48
 spraaktesten, 77
 spraakverstaanbaarheid, 77
 stereotype, 13, 27, 32
 stereotiepe, 28
 stereotypering, 72
 stoornis, 23, 72, 73, 78
 syntax, 38
 taal, 6, 7, 8, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 56, 63, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78

dominante taal, 22, 47, 53
 eerste taal, 7, 22, 23, 25, 42, 49, 50
meerderheidstaal, 22
 meertalig, 25, 42, 49, 53
 meertalige, 48, 53, 56
 moedertaal, 23, 27, 50
 taalfuncties, 76
 taalinhoud, 76
 taalinterventies, 56
 taalontwikkeling, 22
 taalorganisatie, 76
 taalstoornis, 73
 taalverwerving, 22, 23, 24, 25
 taalvorm, 76
 thuistaal, 22, 42, 49, 53
 tweede taal, 7, 22, 25, 37, 47, 49
 tweetalige, 22, 23, 25, 27, 37, 38, 49, 55
 tweetaligheid, 47
 tekening, 44
 tekeningen, 44, 54
 test, 39, 42, 66, 75, 76, 77
 genormeerd, 38, 42, 43, 77
 gevalideerd, 38, 42, 43
 testleider, 76, 77
 thematische analyse, 26
 thuissituatie, 19, 25, 36, 50
 thuisomgeving, 19, 25
 tijdsbesef, 76
 tolk, 22, 25, 45, 74
 tools, 12, 19, 22, 24, 25, 33, 34, 35, 44, 51, 53,
 55, 66, 82
 training, 12, 19, 26, 28, 29, 31, 33, 35, 36, 60,
 61, 66, 67
 trendrapporten, 19
 Turks, 44, 82
 typische taalontwikkelingspatronen
 taalontwikkeling, 37
 uitgesproken voorkeur, 27
 uitspraak, 24
 verhaal, 24
 verhalen, 76
 vermoedheid, 42
 vertaler, 25, 47, 51, 75
 verwachtingen, 29, 31, 34, 41, 48
 verzekeraars, 14, 36
 vluchtelingen, 19, 27, 40
 VN-verdrag, 7
 vooroordelen, 8, 29, 41, 69, 72
 vragen, 50
 vragen stellen, 24
 vragenlijsten, 19
 vrouwelijkheid, 70
 waarden, 22, 31, 33, 34, 40, 41, 67, 70, 72, 74,
 77, 78, 80
 WEIRD, 5, 8, 13, 25, 40
 werkgelegenheid, 70
 WMO, 36
 woordenlijsten, 44, 53, 54
 woordenschat, 6, 14, 24, 38, 43, 76, 77
 vocabulaire, 25, 31, 53
 zinsbouw, 24, 38
 zone van naaste ontwikkeling, 24, 39
 ZONMW, 17
 zorggebruikers, 7, 8, 11, 12, 13, 36
 Zuid-Afrika, 53
 Zulu, 54, 58