

ENGAGE

De positieve invloed van het opstellen van behandeldoelen met ouders

AUTEURS



INGE KLATTE MSC

Docent-onderzoeker lectoraat Logopedie Hogeschool Utrecht



DRS. MARIJKE LUIJTEN

Docent-onderzoeker Oogzorgopleidingen optometrie en orthoptie Hogeschool Utrecht



DRS. INGRID SINGER

Promovendus lectoraat Logopedie Hogeschool Utrecht



PROF. DR. ELLEN GERRITS

Hoogleraar Logopediewetenschap Universiteit Utrecht

In de gezondheidszorg weegt de individuele voorkeur van de patiënt steeds zwaarder mee in de behandeling (Gondek et al., 2017). Volgens Watts Papas, McAllister en McLeod (2009) zien we internationaal een verschuiving in het betrekken van ouders bij de logopedische behandeling. Waar de logopedist zich voorheen voornamelijk richtte op het kind, willen logopedisten nu gezinsgericht werken en de voorkeur en behoeften van ouders meenemen in de behandeling. Het betrekken van ouders in de logopedische behandeling is belangrijk, aangezien ouders een rolmodel zijn voor hun kind en daarmee een grote rol spelen in hun ontwikkeling (Gerrits, Beers, Bruinsma & Singer, 2017). Een belangrijk onderdeel van de start van de therapie is het gezamenlijk met ouders opstellen van behandeldoelen. Een voordeel van het betrekken van de ouder is dat de therapie beter aansluit bij de voorkeur en behoeften van het gezin, relevanter is voor het kind en een positieve invloed heeft op de tevredenheid van ouders over de behandeling (Joosten et al., 2008; Rose, Rosewilliam & Soundy, 2017).

Echter, niet iedere ouder blijkt bij de start van de therapie in staat te zijn om mee te denken over behandeldoelen voor hun kind. Joseph-Williams, Edwards en Elwyn (2014) beschrijven in hun literatuuronderzoek een tweetal belangrijke voorwaarden in het samen opstellen van doelen. Allereerst dienen ouders voldoende kennis te hebben over het onderwerp om voldoende inbreng te kunnen geven. Alleen kennis is echter niet voldoende; 'knowledge is not power', zoals Joseph-Williams et al. (pg. 307, 2014) beschrijven. Ouders moeten ook weten dat hun inbreng een waardevolle aanvulling is op de vakinhoudelijke expertise van de logopedist. Een gelijkwaardige samenwerkingsre-

latie tussen logopedist en ouder is dus van belang. Deze ontstaat niet vanzelf. Het inzetten van keuzetools kan hier een mogelijke oplossing bieden, aangezien deze een positieve invloed hebben op de therapeut-cliënt communicatie (Stacey et al., 2017). Keuzetools zijn interventies of instrumenten die ontwikkeld zijn voor het ondersteunen van de cliënt/patiënt en zorgverlener in het maken van beslissingen. Een voorbeeld van zo'n keuzetool is ENGAGE: een gesprekstool voor het gezamenlijk met ouders opstellen van doelen op participatieniveau voor de logopedische behandeling van kinderen met een taalontwikkelingsstoornis (TOS) in de leeftijd van 2 tot 8 jaar (Singer, Klatte & Gerrits,

2019). In de eerste reacties van logopedisten die met ENGAGE hebben gewerkt, werd opgemerkt dat ENGAGE een extra voordeel had. Sommige logopedisten gaven aan dat de tool een positieve invloed leek te hebben op de samenwerking met ouders. Dit riep de volgende vragen op: wat hield de verandering precies in, gold dat voor iedere logopedist en ouder, en hoe zorgde het gebruik van de tool voor een verandering in de samenwerking met ouders? Het expliciet maken van de contextfactoren en mechanismen die zorgen voor een verandering in de samenwerking geeft logopedisten handvatten om de samenwerking met ouders bewust te beïnvloeden (Wong et al., 2017). Het doel van deze studie is om door middel van interviews meer inzicht te krijgen in de onderliggende mechanismen van ENGAGE die de samenwerking met ouders beïnvloeden en in welke context dit gebeurt.

Methode

Deelnemers

Er zijn interviews afgenomen bij zeven logopedisten die geselecteerd zijn uit de groep logopedisten die tussen september 2017 en december 2017 hebben deelgenomen aan de studie ENGAGE (zie Tabel 1). De selectie was gebaseerd op werksetting: een evenredige verdeling tussen vrije vestiging, speciaal onderwijs en vroeg-

behandeling was gewenst. Tevens moesten logopedisten de tool minimaal vijf keer gebruikt hebben in gesprekken met ouders, zodat zij ervaring hebben met het inzetten van de tool bij verschillende ouders. Logopedisten die geïnterviewd zijn, hebben ENGAGE in totaal 62 keer gebruikt in gesprekken met ouders en 29% van de gesprekken is gevoerd met meertalige ouders (zie Tabel 1). Het moment waarop de logopedisten met de ouders spraken verschilde: bij de start van een behandeling of tijdens een reeds lopende behandeling. De namen van de logopedisten zijn vervangen door fictieve namen om zo de anonimiteit van de logopedisten te waarborgen. Logopedisten tekenden een informed consentverklaring voor deelname aan de studie.

Gesprekstoel ENGAGE

ENGAGE (foto 1) is bedoeld ter ondersteuning van een gesprek over de hulpvraag en het opstellen van doelen voor communicatieve redzaamheid (Singer, Klatte & Gerrits, 2019). De logopedist begeleidt de ouder tijdens de verschillende stappen van de tool, geeft extra informatie en stelt aanvullende vragen. De ouder kiest allereerst uit de ronde kaarten het taalonderdeel waar het kind het meeste moeite mee heeft, zoals *mijn kind begrijpt anderen niet goed* of *mijn kind communiceert niet graag*. Vervolgens legt de ouder de gekozen kaart op de grondplaat met daarop drie situaties: *thuis*, *op school/KDV* of *ergens anders* om aan te geven waar

volgens hen de focus op moet liggen. Om specifieke problemen binnen het gekozen aandachtsgebied te prioriteren, hangt de ouder blaadjes met communicatieve gedragingen aan een boomstam, zoals bijvoorbeeld *vragen stellen* of *iets vertellen*. Bovenaan betekent dat het kind dit al goed kan, onderaan betekent dat het kind hier nog in moet groeien. De ouder en

logopedist beslissen daarna welk onderwerp de meeste prioriteit heeft en formuleren hierbij een participatiedoel.

Dataverzameling en -analyse

Er zijn semigestructureerde interviews gehouden met zeven logopedisten. De interviewer gebruikte een topic guide (zie appendix A) die was gebaseerd op rele-

IN HET KORT

Het betrekken van het gezin en ouders in de logopedische behandeling wordt steeds belangrijker gevonden. Een vorm van betrokkenheid is het gezamenlijk opstellen van doelen voor de logopedische behandeling. Dit gaat niet altijd vanzelf; een logopedist kan sturend zijn en/of een ouder afwachtend omdat niet duidelijk is welke rol/inbreng wordt verwacht. Keuzetools, zoals de tool ENGAGE, hebben als doel de logopedist en ouders van kinderen met TOS te ondersteunen in het gezamenlijk opstellen van doelen. In evaluatiegesprekken met logopedisten die ENGAGE hebben gebruikt werd een positief effect op de samenwerking met ouders genoemd. In deze studie is via interviews met logopedisten nagegaan wat de verandering in de samenwerking inhield, en hoe en wanneer deze verandering plaatsvond. Uit de analyse van de interviews komen verschillende contextfactoren, mechanismen en uitkomsten naar voren die door logopedisten gelinkt worden aan ouderbetrokkenheid. Er lijken drie effecten te zijn die bijdragen aan de ervaren positieve samenwerking: 1) een open en luisterende houding van de logopedist en hierdoor een grotere inbreng van ouders in het gesprek, 2) meer uitwisseling en kennis en hierdoor meer wederzijds begrip tussen logopedist en ouders en passende en relevante doelstellingen en 3) het proces van gezamenlijk opstellen van doelen en hierdoor meer ervaren ouderbetrokkenheid.

Pseudoniem	Werksetting	Aantal keer ENGAGE ingezet	% gesprek met meertalige ouders
Josje	Vrije vestiging	10	50% (5/10)
Mirjam	Vroegbehandeling	8	12,5 % (1/8)
Anneliene	Vroegbehandeling	10	70% (7/10)
Maja	Cluster 2 onderwijs	9	33% (3/9)
Isa	Vrije vestiging	8	12,5% (1/8)
Esmee	Cluster 2 onderwijs	7	14% (1/7)
Anne	Vrije vestiging	10	10% (1/10)

TABEL 1. Informatie over deelnemende logopedisten.



FOTO 1. Gesprekstool ENGAGE.

vante informatie uit anekdotes van logopedisten die hadden meegewerkt aan de studie ENGAGE. De topic guide richtte zich onder andere op het uitlokken van informatie over nieuwe inzichten op de samenwerking met ouders en het gebruik van de tool bij verschillende ouders. De interviews duurden gemiddeld een uur en werden opgenomen met een audio-recorder. De interviews zijn via een online videoverbinding (Skype of WhatsAppvideo) gehouden door de eerste auteur.

De dataverzameling en -analyse volgde een iteratief proces, wat inhoudt dat ieder interview getranscribeerd en globaal geanalyseerd werd voorafgaand aan het volgende interview. De informatie die op deze manier werd verkregen werd gecheckt tijdens het interview met de volgende logopedist. Door deze herhaling kon bepaald worden of genoemde contextfactoren (C), mechanismen (M) en uitkomsten

(U) ook herkenbaar waren voor de andere logopedisten. Ieder interview begon echter met open vragen vanuit de topic guide, zodat de logopedisten hun eigen ervaringen en inzichten konden delen.

De analyse is uitgevoerd door de eerste drie auteurs. Ieder transcript werd door twee personen gecodeerd en bediscussieerd. De analyse volgde de principes van *realist evaluation*, beschreven door Wong et al. (2017). *Realist evaluation* richt zich op het hoe en waarom een interventie werkt en in welke context. Hiervoor worden de termen contextfactoren, mechanismen en uitkomsten gebruikt. Deze drie pijlers zijn gebruikt om de codes te groeperen. Contextfactoren zijn bijvoorbeeld factoren die beïnvloeden hoe een persoon reageert, zoals overtuigingen van een persoon. Mechanismen worden uitgelegd als onderliggende causale processen, oftewel de interactie tussen wat ENGAGE doet en

hoe logopedisten en ouders hierop reageren. Uitkomsten zijn zowel de bedoelde uitkomsten (het opstellen van een participatiedoel), als de onbedoelde uitkomsten (een verandering in de samenwerking tussen ouders en logopedisten).

Resultaten

Uit de data-analyse volgden verschillende contextfactoren (C), mechanismen (M) en uitkomsten (U), zie Tabel 2. Deze tabel geeft een overzicht van wat de logopedisten hebben genoemd in hun interviews. Hieronder lichten we een aantal contextfactoren, mechanismen en uitkomsten toe en onderbouwen we deze met quotes van logopedisten.

Contextfactoren

De contextfactoren zijn onderverdeeld in ouder-, kind- en logopedistfactoren. Een voorbeeld van een ouderfactor is het taalniveau van ouders. Logopedisten noemen dat het gesprek vlot kan verlopen bij ouders met een hoog taalniveau en dat het gesprek meer tijd en uitleg kan vergen bij ouders met een lager Nederlands taalniveau. Zo vertelde Josje: *'Dat is dan ook wel afwachten van welke ouder je hebt en dan merk je toch dat ouders die de Nederlandse taal thuis spreken het gemakkelijker vinden om een doel op te stellen. Als ze zelf de Nederlandse taal niet spreken is het samen opstellen van een doel wel lastiger.'*

Een voorbeeld van een kindfactor is de ernst van het spraak- en/of taalprobleem. Zo geeft een aantal logopedisten aan het lastig te vinden om een doel op participatieniveau op te stellen voor kinderen met ernstige fonologische problemen. Isa zei bijvoorbeeld: *'Bij fonologische problemen zou je op participatieniveau bij wijze van spreken heel veel energie kunnen stoppen in iets alternatiefs of het kind neemt bijvoorbeeld foto's mee, want dan kan hij wel vertellen. Dat is natuurlijk ook heel belangrijk, maar dan moet ook weer niet te veel, want die fonologische problemen moeten wel opgelost worden.'*

Contextfactoren (C)	Mechanismen (M)	Uitkomsten (U)
Ouderfactoren Taalniveau Verwachtingen, bijvoorbeeld: - Hoge verwachtingen van kind - Verwachtingen dat logopedist leiding neemt. Attitude, bijvoorbeeld: - Vanuit cultuur gewend om sociaal wenselijk te antwoorden - Ziet geen meerwaarde in logopedie - Moet wennen dat kind zorg nodig heeft. Overtuigingen, bijvoorbeeld: - Ideeën over taalproblemen: kind groeit er overheen. Inzicht in taalontwikkeling, bijvoorbeeld: - Ouders werken in onderwijs, - Denkniveau van ouders - Hoe lang kind al in logopedische behandeling. Vertrouwen in logopedist. Prioriteiten, bijvoorbeeld - Hectische thuissituatie.	Logopedisten geven ouders ruimte om eigen visie op taalproblemen in te brengen. Ouders krijgen materiaal in handen en worden gestimuleerd om keuzes te maken. Het concept 'taal' wordt opgeknipt in kleinere onderdelen. Teksten zijn eenvoudig en visueel ondersteund. Ouders krijgen meer inzicht in het taalprobleem van hun kind. Ouders nemen een actievere rol aan tijdens het gesprek (Bijv. vertellen meer over hun visie op het taalprobleem). Logopedist ondersteunt ouders in de keuzes en gaat in gesprek over deze keuzes. Logopedist heeft een completer beeld over het taalprobleem van het kind. Logopedist heeft meer inzicht in de behoeften van ouders. Ouders stellen eigen doelen voor hun kind. Ouders en logopedist wisselen kennis uit over kind en taalproblemen. Verschil in visie wordt zichtbaar en kan besproken worden.	Relatie logopedist en ouders is verbeterd. Ouders nemen een actievere rol aan tijdens de behandeling, bijvoorbeeld: - Koppelen vaker terug aan logopedist. Relevante SMART doelstelling voor de logopedische behandeling. Samenwerking tussen logopedist en ouder is verbeterd.
Kindfactoren Ernst en type taalproblemen, bijvoorbeeld: - Fonologische taalproblemen - Complexe taalproblemen in combinatie met gedragsproblemen.		
Logopedistfactoren Attitude, bijvoorbeeld: - Focus voornamelijk op kind. Kennis en ervaring, bijvoorbeeld: - Kennis van kinddossier. Werkstijl, bijvoorbeeld: - Snel willen werken. Tijd, bijvoorbeeld: - 30 minuten per kind - Volle werkdagen. Frequentie contact met ouders, bijvoorbeeld: - Iedere sessie of een paar keer per jaar.		

TABEL 2. Contextfactoren, mechanismen en uitkomsten.

Niet iedere logopedist was het hier mee eens. Anne zei het volgende hierover: 'Ik denk dat je bij fonologische problemen ook mega participatieproblemen hebt. Dat je

het breder moet trekken dan het fonologische probleem en dat je juist kan kijken op welk vlak het kind extra ondersteuning nodig heeft om er voor te zorgen dat

de communicatieve redzaamheid beter wordt. Ik vond het juist wel een eye-opener soms om het [de tool ENGAGE] af te nemen. Omdat je toch ook anders kijkt naar de

>>

omgeving van het kind en hoe het daarin meedraait.’

Uit de data kwamen ook logopedistfactoren, zoals de werkstijl. Zo reflecteerde logopedist Isa op haar eigen handelen in een gesprek met een ouder met wie ze heel vlot een behandeldoel had opgesteld dat ze liever niet te veel tijd besteedt aan het gesprek met ouders, maar vooral door wilde gaan met de directe behandeling van het kind. *‘En misschien, hardop denkende he, ga je ook wel voorbij aan een stukje diepte in het gesprek, waardoor het misschien wat te oppervlakkig blijft. Maar we kwamen eigenlijk al heel snel op het doel. Dus het was ook maar een heel kort gesprek. Misschien heb ik er te weinig tijd voor vrij gemaakt, want er stond iets van een half uurtje toch voor he? Dat ik dat toch een beetje te veel heb ingekort, omdat ik dan toch wel weer met het kind aan de slag wil.’*

Mechanismen

Er zijn ook verschillende mechanismen geïdentificeerd in de data. Logopedist Esmee benoemde bijvoorbeeld dat ouders visueel ondersteund werden door de tool, meer begrip kregen van wat er met het concept communicatie bedoeld werd en daardoor beter konden nadenken over het precieze probleem. *‘De dingen die op de blaadjes stonden waren echt voor ouders fijn om ‘oh ja, is het nou meer dit of is het nou meer dat?’ Ze gingen echt nadenken over waar het probleem zat.’*

Uitkomsten

Ook zijn er verschillende uitkomsten van de tool geïdentificeerd. Logopedist Josje zegt bijvoorbeeld dat sommige ouders zich meer verantwoordelijk gingen voelen en actief met het doel aan de slag gingen. *‘Met sommige ouders merk je wel echt heel erg dat zij dan zichzelf verantwoordelijk voelen. Dan ben ik meer ondersteunend en de moeder probeerde dat doel zelf eigenlijk te realiseren.’*

Relaties tussen context, mechanismen en uitkomsten

Nadat de contextfactoren (C), mechanismen (M) en uitkomsten (U) als losse elementen waren geïdentificeerd is er gekeken naar welke relaties tussen de elementen genoemd worden door logopedisten. De drie gevonden relaties worden hieronder toegelicht en onderbouwd met quotes van logopedisten.

1) Een luisterende en open houding van de logopedist in het gesprek met de ouder draagt bij aan een grotere inbreng van ouders.

‘Dus dat vond ik zelf ook wel een beetje een valkuil dat je dan, nadat je onderzoek hebt gedaan of als je een anamnese gesprek hebt, vaak de neiging hebt om ook wel heel erg sturend te werk te gaan. En hier ga je duidelijk heel erg luisterend te werk. En daar namen ouders toch wel gebruik van. Ik denk dat dat wel ook een heel belangrijk stuk is.’ (Josje, vrije vestiging)

‘Wij hebben multidisciplinaire overleggen met ouders. En daarin is het de bedoeling dat we samen met ouders een doel bedenken. Maar eigenlijk kwam ik er nu achter dat dat altijd ons doel is. En we zeiden natuurlijk ook ‘daar kan je thuis ook aan werken’. Maar nu gingen we echt dan op zoek van dan van ‘goh waar lopen jullie nu tegen aan en wat kunnen we nu doen.’ (Mirjam, vroegbehandeling)

‘En anders heb je toch dat je ouders meer iets in de mond moet leggen en dat je toch meer dingen moet aanreiken. En nu konden ze het zelf lezen en zelf meer hun beeld daarover vormen en dat vond ik wel heel fijn.’ (Esmee, cluster 2 onderwijs)

Met een luisterende en open houding wordt bedoeld dat de logopedist de ouder meer ruimte geeft om eigen behoeften en ideeën kenbaar te maken. Uit de interviews blijkt dat de rol die ouders en logopedisten op zich nemen in gesprekken verschilt. Sommige logopedisten zijn gewend om wat sturend te zijn (C). Sommige ouders verwachten dit ook, dat de logopedist vertelt wat er moet gebeuren, en nemen een afwachtende en luisterende houding aan (C). De tool ENGAGE stimuleert logopedisten om ouders het woord te geven en zelf vooral te luisteren (M), doordat ouders tijdens het gebruik van de tool keuzes voorgelegd krijgen en worden uitgenodigd om handelingen te verrichten (M). Dit resulteert in een gesprek waarin ouders vertellen en de logopedist hierbij ondersteunt met vragen en uitleg over taal en communicatie (U).

2) Wederzijds begrip tussen logopedist en ouders draagt bij aan het formuleren van een voor ouders en kind relevante doelstelling.

Het kan voor ouders lastig zijn om uit te leggen welke communicatieproblemen hun kinderen ondervinden in het dagelijks leven (C). In de tool wordt het begrip communicatie opgedeeld in concrete onderwerpen (M). Eerst worden vier brede domeinen besproken, bijvoorbeeld *Mijn kind begrijpt anderen niet goed* of *Mijn kind wordt door anderen niet goed begrepen*. Vervolgens bespreken ouders in welke situaties communicatieproblemen ontstaan: *op school, thuis en/of ergens anders*. Door na te denken over wat de ouder ziet bij het kind en hierover te praten met de logopedist, krijgen ouders inzicht in de communicatieproblemen van hun kind in het dagelijks leven en kunnen zij een hulpvraag formuleren (U). Vervolgens kan de brede hulpvraag van de ouders verder worden geconcretiseerd om tot doelen te komen. De logopedist introduceert verschillende communicatieve activiteiten die passen bij de brede

hulpvraag en nodigt ouders uit om hierover te vertellen (M). Logopedisten geven aan dat ouders meer inzicht krijgen in hoe kinderen zich communicatief ontwikkelen (U) en dit hardop nadenkend linken aan hun kind (M). Logopedisten geven op hun beurt aan veel meer inzicht te krijgen in de behoeften van de ouder en hoe zij de taal- en communicatieve ontwikkeling van hun kind zien (U).

‘Maar je hebt gewoon al die gebieden uit elkaar getrokken en ook gewoon op een begrijpelijke manier voor ouders, zodat zij er ook een voorstelling bij hebben. Zodat ze kunnen inschatten van hé ja hier heeft mijn kind de meeste problemen mee.’ (Anne, vrije vestiging)

‘Op het moment dat je ouders zelf de blaadjes op de boom ziet hangen, zie je ook al wel van ‘o ja, dit hebben ze heel goed door. Ik hoef niet te vertellen dat hij non-verbaal sterk is, want dat hebben ouders al bovenaan geplaatst.’ Dus je kan wel aansluiten bij wat ouders al weten en hoe ze hun kind zien.’ (Anneliene, vroegbehandeling)

Een contextfactor die door meerdere logopedisten genoemd is, is dat ouders een andere opvatting over de ernst van het taalprobleem kunnen hebben dan zij zelf (C). De tool maakte dit verschil expliciet doordat ouders blaadjes met gedragingen van communicatieve redzaamheid in de boom hangen (M). Hoe hoger in de boom, hoe beter het kind dit al kan volgens de ouders. Een aantal logopedisten gaf aan dat dit hen inzicht gaf over hoe ouders de taalproblemen van hun kind zien (M). Zij gaven aan dat sommige ouders heel positief zijn over de taal van hun kind, terwijl de logopedist het kind zwakker inschat (C). Dit geeft logopedisten een opening om verschillen te bespreken (M), wat het wederzijds begrip van de logopedist en de

‘Normaal dan hebben we gesprekken met ouders en dan komt er wel uit naar voren van ‘nou we vinden wel dat het heel erg goed gaat’. Maar als je dan echt die boom hebt en alles hangt daar boven in en ik denk ‘wow, het zou eigenlijk veel meer onderin moeten hangen allemaal’. Dat is wel visueel of zo. Maar eigenlijk zou je dan na zo'n eerste gesprek daar nog verder over misschien in gesprek kunnen. Van wij vinden eigenlijk dat de blaadjes allemaal onderin de boom hangen. Dat zou wel nog dingen toevoegen.’ (Mirjam, vroegbehandeling)

ouder kan vergroten (U). De uitkomst hoeft hier niet te zijn dat de logopedist en ouder het taalprobleem op eenzelfde wijze beoordelen, maar wel dat ouder en logopedist inzicht hebben in elkaars opvattingen. Hoewel dit mechanisme wordt genoemd door een aantal logopedisten in reflectie op hun eigen handelen, heeft geen van hen een verschil in visie daadwerkelijk besproken met ouders.

3) *Het gezamenlijk opstellen van doelen heeft een positieve invloed op de betrokkenheid van ouders bij de logopedische behandeling.*

Wanneer ouders in staat gesteld zijn om mee te denken over de communicatieproblemen van hun kind (C) en meer inzicht hebben in waar hun kind hulp bij nodig heeft (C) kunnen zij meedenken over een doel voor de logopedische behandeling dat de communicatieve redzaamheid van hun kind bevordert (M). Het doel is relevant voor hen (M), omdat zij actief hebben meegedacht over het probleem. Hierdoor voelen zij zich meer eigenaar van het doel (U). Ouders nemen een actievere rol aan, denken mee over hoe zij kunnen bijdragen en koppelen ervaringen vaker terug aan de logopedist (U).

‘Nou je bent samen voor het kind bezig en in zo'n ENGAGE gesprek merk ik dat ook gewoon heel erg terug. Dat je samen aan het achterhalen bent van nou wat heeft dit kind nou echt nodig. En heel specifiek. En dan samen een doel schrijft. Ook het formuleren van het doel samen doet. Ja ik denk dat je veel meer de gezamenlijke verantwoordelijkheid daar ook mee creëert.’ (Maja, speciaal onderwijs)

‘ENGAGE is eigenlijk een soort hulpmiddel om ouders inzicht te geven wat het precieze probleem bij het kind is op het gebied van participatie. Maar uiteindelijk ook om een ouder meer betrokken te krijgen bij de behandeling omdat het doel van de ouder afkomstig is. En de ouder kan daarin ook echt als co-therapeut te werk gaan, omdat hij of zij dan ook verantwoordelijk is voor het bereiken van dat doel. En niet alleen natuurlijk. Maar wel in combinatie met mij en als je als logopedist, in dit geval, ouders betrokken kunt maken dan heb je natuurlijk wel een hele grote winst die je daarmee kan hebben.’ (Josje, vrije vestiging)

‘Je merkt wel dat ze er echt wel over gingen nadenken en ook dat ze dan tussendoor zeiden van ‘nou het doel is nog niet behaald hoor, want ik merk nog dat en dat’. Dus je merkt wel dat ze zich meer betrokken voelen bij wat je aan het doen bent. En ook juist omdat het op een participatieniveau is opgesteld, is het voor hen ook gewoon heel herkenbaar.’ (Anne, vrije vestiging)

Discussie en conclusie

In deze studie is onderzocht wat de genoemde verandering volgens logopedisten was in de samenwerking met ouders na het werken met ENGAGE (uit-

>>

komst), of dit voor iedere logopedist en ouder gold (contextfactoren) en hoe het gebruik van de tool zorgde voor een verandering in samenwerking met ouders (mechanismen). Uit de analyse van interviews met zeven logopedisten komen verschillende contextfactoren, mechanismen en uitkomsten naar voren die mogelijk van invloed zijn op de samenwerking tussen logopedist en ouders. Er zijn drie relaties tussen contextfactoren, mechanismen en uitkomsten geïdentificeerd: (1) een luisterende en open houding van de logopedist in het gesprek met de ouder draagt bij aan een grotere inbreng van ouders, (2) wederzijds begrip van logopedist en ouders draagt bij aan het formuleren van een voor ouders en kind relevante doelstelling en (3) het gezamenlijk opstellen van doelen heeft een positieve invloed op de betrokkenheid van ouders bij de logopedische behandeling. De eerste twee relaties lijken voorwaarden te zijn voor de derde relatie. Zo zullen de relatieve uitkomsten van de luisterende en open houding van de logopedist en het wederzijdse begrip ten grondslag liggen aan het gezamenlijk kunnen opstellen van relevante doelstellingen voor ouders en hun kind.

De bevindingen van dit onderzoek komen overeen met de resultaten van de systematische review van Stacey et al. (2017), waaruit blijkt dat keuzetools een positieve invloed hebben op de therapeut-cliënt relatie. De resultaten passen ook bij de bevindingen van Joseph-Williams et al. (2014) die aangeven dat voldoende kennis bij ouders en een gelijkwaardige rolverdeling voorwaarden zijn voor het samen kunnen opstellen van doelen. Uit interviews met logopedisten in Engeland blijkt dat wederzijds begrip en een constructieve therapeut-cliënt relatie bijdragen aan ouderbetrokkenheid bij logopedie (Klatte, Harding en Roulstone, 2019). De vaardigheden van de logopedist zijn essentieel in het wel of niet bereiken van een samenwerking met ouders. De logopedist is degene die mechanismen in gang kan zetten, door bijvoorbeeld de juiste vragen te stellen, heldere uitleg te geven en het creëren van een veilige en positieve sfeer (Klatte & Roulstone, 2016). De tool ENGAGE kan hierbij ondersteunend zijn.

De drie gevonden relaties passen bij het gezinsvriendelijke model (family-friendly model) dat in 2009 is opgesteld door Watts

Papas & McLeod voor de logopedische setting. Dit model bouwt voort op het gezinsgerichte model (family centered model), waarin ouders de beslissingen over de therapie nemen. Op basis van kwalitatieve onderzoeken met ouders en logopedisten hebben Watts Papas & McLeod het model aangepast, waarin de ouder niet de eindbeslissingen hoeft te nemen. Het model bevat de volgende principes:

- Creëren van positieve relaties met ouders en families
- Respecteren van ideeën en meningen van de familie
- Effectief communiceren met families
- Erkennen van de individualiteit van ouders en families
- Het kind plaatsen in de context van de familie
- Ondersteunen en stimuleren van familieleden om deel te nemen aan de interventie wanneer zij dat willen.

Het laatste principe komt niet expliciet aan de orde bij ENGAGE. Wel merkten logopedisten in deze studie dat sommige ouders met meer ideeën kwamen over hoe zij thuis konden werken aan de doelstellingen. Het bespreken van de mogelijke rol van ouders in de behandeling lijkt daarom een mooie toevoeging op het gesprek ENGAGE. Het bespreken van elkaars verwachtingen over de rollen in therapie is daarbij van groot belang (Davies, Marshall, Brown & Goldbart, 2016).

Deze studie was exploratief van aard en is een eerste stap in het expliciteren van contextfactoren en mechanismen die van invloed zijn op de samenwerking tussen ouders en logopedisten. Er is nog onvoldoende inzicht in de relaties tussen alle genoemde contextfactoren, mechanismen en uitkomsten. Verder onderzoek naar deze relaties is nodig. In dit onderzoek zijn verschillende variabelen meegenomen, zoals de werksetting van de logopedist, verschil in taalniveau van de ouders waarmee het gesprek is gevoerd en verschil in moment van afname van

EN DAN

De resultaten van dit onderzoek geven logopedisten meer inzicht in welke factoren meespelen in de samenwerking met ouders en welke mechanismen eventueel ingezet kunnen worden. Het betrekken van ouders bij het opstellen van doelen blijkt een positieve invloed te hebben op de samenwerking tussen ouders en logopedisten in de logopedische behandeling. Kennis over TOS en blijf van waardering voor hun inbreng geeft ouders vertrouwen en stelt hen beter in staat een bijdrage te leveren. De tool ENGAGE ondersteunt logopedisten in het delen van specifieke informatie over TOS en het geven van ruimte aan ouders om te vertellen over de communicatieproblemen van hun kind. De logopedist is de belangrijkste schakel in het geheel: goed ontwikkelde gespreksvaardigheden zijn essentieel in de samenwerking met ouders in de logopedische behandeling (Klatte & Roulstone, 2016).

de tool (start of gedurende de behandeling). Er zijn geen relaties tussen deze variabelen en de uitkomsten gevonden. De uitkomsten zijn bijvoorbeeld niet beter of slechter in de ene setting dan in de andere setting. In hoeverre het gebruik van ENGAGE een positieve invloed heeft op de samenwerking met ouders hangt altijd af van de aanwezige contextfactoren en gebruikte mechanismen: hoe de logopedist ENGAGE toepast en hoe de ouder hier op reageert. De verwachting is wel dat wanneer de logopedist de mechanismen in de gevonden drie relaties toepast, dit een positieve invloed heeft op de samenwerking met ouders.

Dankwoord

We willen de geïnterviewde logopedisten bedanken voor het delen van hun ervaringen met de tool ENGAGE.

Auteurs

Inge Klatte MSc is docent-onderzoeker in het lectoraat Logopedie – Participatie door Communicatie van Hogeschool Utrecht.

Drs. Marijke Luijten is docent-onderzoeker bij de Oogzorgopleidingen optometrie en orthoptie van Hogeschool Utrecht.

Drs. Ingrid Singer is promovendus in het lectoraat Logopedie – Participatie door Communicatie van Hogeschool Utrecht.

Prof. dr. Ellen Gerrits is lector Logopedie – Participatie door Communicatie, Hogeschool Utrecht en hoogleraar Logopedie-wetenschap Universiteit Utrecht.

Meer informatie over de gesprekstoel ENGAGE vind u op www.k2-publisher.nl/pnl/gesprekstool-engage.html/

Appendix A

Topic guide:

Interview start met de volgende vraag: U heeft de tool ENGAGE een x aantal keer afgenomen. Hoe heeft u dit ervaren?

- Nieuwe inzichten logopedist (impact op logopedist)
- Verandering in werkwijze? (stoornisniveau denken/handelen naar participatieniveau denken/handelen)
- Verschilt de werkwijze per ouder?
- Rolverdeling ouder/logopedist (Samenwerken met ouders/ hadden ze reële verwachtingen? Heeft de samenwerking iets opgeleverd/ invloed op de relatie met de ouder/invloed op de uitkomsten?)
- Impact op (verschillende) ouders, volgens logopedist.
- Impact op kind
- Positieve elementen of 'negatieve' elementen aan ENGAGE

Interview eindigt met de vraag: Heeft u nog vragen gemist of wilt u nog iets toevoegen?

REFERENTIES

- Davies, K. E., Marshall, J., Brown, L. J. E., & Goldbart, J. (2016). Co-working: Parents' conception of roles in supporting their children's speech and language development. *Child Language Teaching and Therapy*, 33, 171-185. <https://doi.org/10.1177/0265659016671169>.
- Gerrits, E., Beers, M., Bruinsma, G., & Singer, I. (2017). *Handboek Taalontwikkelingsstoornissen*. Bussum, NL: Uitgeverij Coutinho.
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Velikonja, T., Chapman, L., Saunders, F., Hayes, D., & Wolpert, M. (2017). Facilitators and Barriers to Person-centred Care in Child and Young People Mental Health Services: A Systematic Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(4), 870-886. <https://doi.org/10.1002/cpp.2052>.
- Joosten, E. A. G., Defuentes-Merillas, I., De Weert, G. H., Sensky, T., Van der Staak, C. P. F., & De Jong, C. A. J. (2008) Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219-226. <https://doi.org/10.1159/000126073>.
- Joseph-Williams, N., Edwards, A., & Elwyn, G. (2014). Power imbalance prevents shared decision making. *BMJ*, 348(3), g3178. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3178>.
- Klatte, I.S., Harding, S., & Roulstone, S. (2019) Speech and Language Therapists' views on parents' engagement in Parent Child Interaction Therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12459>
- Klatte, I. S., & Roulstone S. (2016). The practical side of working with parent-child interaction therapy with preschool children with language impairments. *Child language teaching and therapy*, 32, 345-359. <https://doi.org/10.1177/0265659016641999>.
- Rose, A., Rosewilliam, S., & Soundy, A. (2017). Shared decision making within goal setting in rehabilitation settings: a systematic review. *Patient education and counseling*, 100(1), 65-75.
- Singer, I., Klatte, I. & Gerrits, E. (2019). *ENGAGE: logopedische gesprekstoel voor het bepalen van de hulpvraag en het evalueren van persoonlijke participatiedoelen samen met de ouders van een kind met TOS*. Bodegraven: K2 Publishers.
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., ... & Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Watts Pappas, N., McLeod, S., & McAllister, L. (2009). *Models of practice used in speech-language pathologist's work with families*. In N. Watts Pappas & S. McLeod (Eds.), *Working with families in speech-language pathology* (pp. 1-38). Oxford: Plural Publishing.
- Wong, G., Westhorp, G., Greenhalgh, J., Manzano, A., Jagosh, J., & Greenhalgh, T. (2017). Quality and reporting standards, resources, training materials and information for realist evaluation: the Ramesess II project. *Health Services and Delivery Research*, 5(28), DOI 10.3310/hsdr05280.