

Diagnose en behandeldoelen bij een casus van een 5-jarig kind met een taalontwikkelingsstoornis

Aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts vergeleken



Afstudeerproject Logopedie
Hogeschool Utrecht, 2011

Sophie Bax
Anneli Delfos
Cora Tabak

Diagnose en behandeldoelen bij een casus van een 5-jarig kind met een taalontwikkelingsstoornis

Aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts vergeleken

Afstudeerproject Logopedie
Hogeschool Utrecht, juli 2011

Sophie Bax
Anneli Delfos
Cora Tabak

Opdrachtgevers:	Gerda Bruinsma en Ellen Gerrits
Procesbegeleider:	Tijmen Groot
Inhoudelijk begeleider:	Leonoor Oonk

© 2011, Hogeschool Utrecht

De auteur verklaart het volledige auteursrecht op zijn/haar werk te bezitten. Hij/zij vrijwaart de afdeling Logopedie van de Hogeschool van Utrecht voor alle vorderingen van derden betreffende inhoud en vorm van de producten.

Vermenigvuldiging en verspreiding van het product, is zonder toestemming van de Afdeling Logopedie, projectbegeleiders en auteur in gezamenlijk overleg, niet toegestaan. De auteur zal bij een eventuele publicatie, gebaseerd op het product, de Afdeling Logopedie slechts vermelden na verleende toestemming.

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is bestemd voor al diegenen, die geïnteresseerd zijn in de behandeling van kinderen met een taalontwikkelingsstoornis. Dit is naar alle waarschijnlijkheid het eerste onderzoek in Nederland, waarbij de manier van handelen van verschillende logopedisten vergeleken wordt door middel van het laten uitwerken van dezelfde casus. Wij denken dat een casus een zeer bruikbaar middel is om het handelen van logopedisten objectief te kunnen beoordelen.

Het uitwerken van een casus kost echter wel relatief veel tijd, ook al hadden wij onze uiterste best gedaan de casus en de bijbehorende opdrachten zo bondig en duidelijk mogelijk te maken. Aanvankelijk viel de respons, met name onder studenten, dan ook tegen. Maar uiteindelijk werden al onze inspanningen beloond toen respons veel beter bleek uit te vallen. Dit gaf een positieve impuls aan ons project.

Om de data zowel kwantitatief als kwalitatief te kunnen verwerken hebben wij zelf een systeem ontwikkeld (het codeboek). Niet alle uitwerkingen van de deelnemers bleken even makkelijk onder te brengen in een bepaalde antwoordcategorie. Het samen kritisch kijken naar de uitwerkingen van de casus en het invoeren van de gegevens in het codeboek was zeer waardevol en leerzaam en dat hebben we dan ook met veel plezier gedaan.

Zonder de hulp en oplettendheid van docenten aan de Hogeschool Utrecht was dit onderzoeksverslag niet geworden zoals het nu voor u ligt. Daarom willen wij graag van deze gelegenheid gebruik maken om hen te bedanken. Allereerst Tijmen Groot, die als procesbegeleider ons groepje bijstond en ons ook in mindere tijden hielp zoeken naar oplossingen. Ten tweede Leonoor Oonk, die ons verslag kritisch las en ons voorzag van zeer waardevolle suggesties voor aanvullingen en wijzigingen. Ten slotte onze opdrachtgever Gerda Bruinsma, die vanuit haar expertise op het gebied van taalontwikkelingsstoornissen de casus Saartje, de opdrachten, vragenlijsten, correspondentie naar de deelnemers en het codeboek zeer vakkundig bekeek en ons voorzag van nuttige aanwijzingen. Ook willen wij Hermine Stumpel bedanken voor haar advies bij het zoeken naar literatuur. Verder willen wij onze medestudenten, die de casus kritisch doornamen en van commentaar voorzagen, bedanken. Natuurlijk bedanken wij ook alle deelnemers aan ons onderzoek hartelijk voor het uitwerken van de casus. Tenslotte willen wij de altijd vriendelijke medewerkers van het Stip bedanken voor het regelen van lokalen en voor de droppot waar je altijd een beroep op kan doen wanneer je even een suikerdipje hebt.

Sophie Bax, Anneli Delfos en Cora Tabak

Samenvatting

Dit project is onderdeel van een onderzoekslijn van het Lectoraat Logopedie (HU) gericht op interventie bij taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Doel van het project was in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts het eens zijn over de diagnose en de behandeling bij een casus van een 5-jarig kind met een TOS.

In totaal werkten 13 aanstaande logopedisten, 18 ervaren logopedisten en 7 experts de casus uit. De groepen werden vergeleken m.b.t. tot de diagnostiek (diagnose op stoornisniveau, beperkingen in activiteiten en participatie en oorzakelijke, instandhoudende en gunstige factoren) en het behandelplan (drie behandeldoelen en gewenste vervolgstappen). De uitwerkingen van de aanstaande en ervaren logopedisten werden ook vergeleken met de opgestelde expert-mening (alle onderdelen waarover minimaal 5 experts dezelfde mening hadden).

Over de diagnostiek was de overeenstemming tussen de drie groepen redelijk, hoewel er ook relevante verschillen waren. Over de drie behandeldoelen was er minder overeenstemming; bijna alle deelnemers wilden werken aan de woordenschat, maar de overige twee behandeldoelen werden heel gevarieerd ingevuld. Voor een aantal vervolgstappen was er weinig overeenstemming tussen de groepen. De uitwerkingen van de ervaren logopedisten vertoonden niet meer overeenstemming met de expert-mening dan die van de aanstaande logopedisten. Ervaring met werken met kinderen met een TOS leidt dus niet zonder meer tot handelen in overeenstemming met de mening van experts.

Taalontwikkelingsstoornis, logopedie, diagnostiek, behandeling, werkervaring

Inhoud

1.	Inleiding	8
2.	Literatuurverkenning diagnostiek en behandeling van TOS	11
2.1	De normale taalverwerving en de rol van taalaanbod	11
2.2	Logopedisch handelen in het kort	13
2.3	Diagnostiek TOS	13
2.3.1	Definities TOS	13
2.3.2	Diagnostisch proces	15
2.4	Het opstellen van behandeldoelen voor taaltherapie	19
2.5	Behandeling van TOS	21
2.6	Onderzoek naar het effect van taaltherapie	25
3.	Opzet en uitvoering van het onderzoek	29
3.1	Vraagstelling	29
3.2	Potentiële deelnemers	30
3.3	Benadering potentiële deelnemers	30
3.4	Respons	31
3.5	Verwerking van de binnenkomende mail	32
3.6	Onderzoeksinstrumenten	32
3.7	Data verwerking en data-analyse	33
3.8	Expert-mening	34
4.	Resultaten observationele studie: diagnostiek en behandeling van TOS	35
4.1	Beschrijving van de deelnemers	35
4.2	De uitwerking van casus Saartje door aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts	38
4.2.1	De drie onderzoeksgroepen vergeleken	38
4.2.2	Overeenstemming met de expert-mening	45
4.3	Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling	46
5.	Literatuurstudie: het effect van bij- en nascholing bij paramedici	49
6.	Discussie, conclusies en aanbevelingen	52
6.1	Discussie	52
6.1.1	Methode	52
6.1.2	Respons, studiepopulatie en interpretatie van de resultaten	53
6.1.3	Resultaten	54
6.2	Conclusies en aanbevelingen	59
	Logopedische begrippen	62
	Literatuurlijst	64
	Bijlagen	67-122

HOOFDSTUK 1: Inleiding

Algemeen

Voor u ligt het verslag van ons afstudeerproject voor de opleiding Logopedie aan de Hogeschool Utrecht over de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Dit project vormt een onderdeel van het onderzoeksprogramma dat het lectoraat Logopedie heeft opgezet, gericht op interventie bij TOS. De opdrachtgevers voor dit project zijn Drs. Gerda Bruinsma, docent TOS aan de Hogeschool Utrecht en dr. Ellen Gerrits die recentelijk is geïnstalleerd als lector Logopedie aan de Hogeschool Utrecht. De missie van haar lectoraat is het stimuleren van de evidence-based logopedie en de kenniscirculatie tussen onderzoek, onderwijs en praktijk. Beide opdrachtgevers denken dat taaltherapie in Nederland beter kan. Zo komt het regelmatig voor dat logopedisten geen of een niet volledig behandelplan opstellen. Ook uit ervaringen van stagiaires van de HU is naar voren gekomen dat er grote onderlinge verschillen zijn in het logopedisch handelen van stagebegeleiders. TOS vormen een van de belangrijkste onderdelen van de logopedische praktijk (Priester, Post, & Goorhuis-Brouwer, 2009). Dit staat in schril contrast met de hoeveelheid onderzoek die ernaar wordt verricht (Gerrits, 2011).

Van aanleiding tot vraagstelling

Een TOS is een veelvoorkomende stoornis bij kinderen, die verstrekende gevolgen kan hebben. Naar schatting heeft 6-8% van de kinderen spraak- en taalproblemen in de voorschoolse periode (Boyle, Gillham, & Smith, 1996; Tomblin, Records, Buckwalter, Zhang, Smith, & O'Brien, 1997), waarvan een significant deel een specifieke TOS heeft. De gevolgen van TOS kunnen zowel op de korte als lange termijn verstrekend zijn voor het kind, de verzorgers en de school. Zo kunnen TOS leiden tot een leerachterstand en tot sociaal-emotionele problemen en hebben kinderen met een TOS een verhoogd risico op lees- en spellingsproblemen (Law, Boyle, Harris, Harkness, & Nye, 2000).

Het is dus belangrijk dat kinderen met een TOS tijdig en adequaat behandeld worden. Rond de effectiviteit van taaltherapie bestaan echter nog veel vragen (Law, Garrett, & Nye, 2004). Zo lijkt taaltherapie effect te hebben op expressieve taal, maar is het nog onduidelijk hoe effectief therapie is bij receptieve taalproblemen. Ook is niet duidelijk wat het effect is van de frequentie en de duur van de behandeling, en wat het effect is van indirecte therapie in vergelijking met directe therapie.

De Nederlandse logopedist die kinderen met een TOS behandelt heeft hierbij geen houvast aan richtlijnen. Richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van TOS zijn nog niet opgesteld. Hoewel taalstoornissen tien keer vaker voorkomen dan bv. autisme, wordt er veel minder onderzoeksgeld aan uitgegeven en veel minder over gepubliceerd (Bishop, 2010). Hierdoor is er weinig evidentie beschikbaar, zeker met betrekking tot de behandeling van TOS (zie paragraaf 2.6). Er is bij logopedisten veel behoefte aan evidence-based en practice-based kennis (Gerrits, 2011) en richtlijnen bieden de logopedist hulp bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen, en geven aan hoe de optimale zorg voor de cliënt vorm kan krijgen (De Beer, 2008). De Commissie Richtlijnen van de NVLF heeft in 2006-2007 het advies gegeven monodisciplinaire richtlijnen te ontwikkelen voor o.a. TOS en taalachterstand (Gerrits, 2011). De Commissie meent dat het aanbeveling verdient om eerst een richtlijn te ontwikkelen voor screening en diagnostiek. Vervolgens kunnen richtlijnen ontwikkeld worden voor logopedische behandelindicaties op het gebied van TOS (in: De Beer, 2008). Er zijn echter nog geen concrete stappen genomen om te komen tot richtlijnen voor TOS.

De hoge prevalentie van TOS, gecombineerd met de vraagtekens rond de effectiviteit van de behandeling ervan en de afwezigheid van richtlijnen, heeft ertoe geleid dat het lectoraat Logopedie één van de onderzoekslijnen heeft gericht op interventie bij kindertaalstoornissen en dat het lectoraat een bijdrage wil leveren aan het opstellen van concrete behandelrichtlijnen voor TOS.

Het is belangrijk dat door middel van onderzoek de behoefte aan richtlijnen verder inzichtelijk gemaakt wordt. Een relevante onderzoeksvraag is of verschillende logopedisten dezelfde diagnose stellen en of zij een vergelijkbaar behandelplan opstellen bij hetzelfde kind met een TOS. Met andere woorden: is er voldoende uniformiteit? Daarbij kan het maken van onderscheid tussen verschillende soorten logopedisten relevant zijn.

Zo zijn er logopedisten met extra kennis op het gebied van TOS (experts). Dit zijn bijvoorbeeld degenen die het onderwijs over TOS aan logopediestudenten verzorgen of degenen die een extra opleiding hebben gevolgd en nu specialistische zorg geven aan kinderen met een complexe TOS. Bij deze experts mag kennis over de beschikbare evidentie op het gebied van TOS verondersteld worden. Indien de experts het niet eens zijn over de diagnose of de behandeling bij een kind met een TOS kan dit o.a. betekenen dat er weinig evidentie beschikbaar is, dat zij zich baseren op verschillende bronnen van evidentie of dat zij de beschikbare evidentie verschillend interpreteren. Het kan ook betekenen dat er op basis van de evidentie verschillende goede manieren van handelen zijn.

Indien de experts het onvoldoende eens zijn zal het, bij afwezigheid van richtlijnen, voor de individuele logopedist moeilijk zijn een weloverwogen afweging te maken. Op welke expert kun je dan het beste afgaan? Hoe weeg je zelf goed de beschikbare evidentie? En hoe vertaal je de in de evidentie beschreven resultaten naar de beroepspraktijk? Om de behoefte aan richtlijnen inzichtelijk te maken is het dus ook relevant om de logopedisten te bestuderen die reguliere zorg bieden aan de meerderheid van de kinderen met een TOS. Zijn zij het eens zijn over de diagnose en de behandeling bij hetzelfde kind? Indien dit niet het geval is, kan het voor een kind dus uitmaken door welke logopedist het behandeld wordt. De ene behandeling is niet per definitie beter dan de andere, maar toch is het aannemelijk dat er kwaliteitsverschillen zullen bestaan.

Ook kan er onderscheid gemaakt worden tussen beginnende logopedisten en meer ervaren logopedisten. De eventuele verschillen tussen hen kunnen afhankelijk zijn van de mate van ervaring, en van hoe recent en hoe uitgebreid ze bijgeschoold zijn op het gebied van TOS. Dit zou kunnen betekenen dat beginnende, net afgestudeerde logopedisten minder goed in staat zijn om een kwalitatief even goede zorg te bieden dan ervaren logopedisten. Dat zou een extra argument zijn voor het opstellen van richtlijnen. Over de rol van werkervaring en de rol van bij- en nascholing op het handelen van logopedisten is nog maar weinig bekend.

Uitgaande van het voorgaande is besloten om te proberen in kaart te brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een kind met een TOS. Daartoe werd aan deze groepen logopedisten gevraagd dezelfde casus, van een 5-jarig kind met een TOS (Saartje), uit te werken. Hierbij werd gevraagd naar:

- de diagnose op stoornisniveau,
- de belangrijkste beperkingen in activiteiten en participatie,
- oorzakelijke, instandhoudende en gunstige factoren.

Daarnaast werd gevraagd om drie behandeldoelen in volgorde van belangrijkheid op te stellen en gewenste vervolgstappen te benoemen bij deze casus.

Op basis van de uitwerking van de casus door de deelnemende experts is tevens een expert-mening opgesteld. Deze bevat alle onderdelen van de diagnostiek, de behandeldoelen en de vervolgstappen waarover de experts het in voldoende mate eens waren. Vervolgens werd onderzocht of er verschil was tussen de aanstaande en de ervaren logopedisten in de mate waarin hun uitwerking van de casus overeenkwam met de expert-mening. Dit kan een indruk geven van het effect van na- en

bijtscholing en van ervaring op het handelen van logopedisten. Deze laatste vraag, het effect van bij- en nascholing en ervaring op het handelen van beroepsbeoefenaren met name in de paramedische sector, is ook onderzocht middels een literatuurstudie.

De resultaten van dit project kunnen de noodzaak voor richtlijnen met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van TOS verder inzichtelijk maken en een aanzet vormen voor verder onderzoek. Daarnaast kunnen de onderzoeksresultaten eventueel worden gebruikt om het zwaartepunt in het logopedieonderwijs en in het cursusaanbod aan logopedisten te verschuiven en andere accenten te leggen.

Leeswijzer voor dit verslag

In hoofdstuk 2 wordt middels een literatuuroriëntatie uitgebreider ingegaan op de achtergrond waarin het onderwerp TOS geplaatst kan worden. Hierbij zal worden ingegaan op de normale taalverwerving bij kinderen, wat de kenmerken zijn van een vertraagde en afwijkende taalontwikkeling en de criteria voor het stellen van de diagnose TOS. Vervolgens wordt beschreven waar een logopedist bij een kind met een TOS de behandeldoelen op kan baseren, bij afwezigheid van richtlijnen. Ook worden verschillende behandelmethodes en de onderliggende uitgangspunten van deze methodes naast elkaar gezet en met elkaar vergeleken. Ten slotte wordt een beeld geschetst van wat bekend is over de effectiviteit van taaltherapie en welke factoren de effectiviteit van taaltherapie (lijken te) beïnvloeden.

In hoofdstuk 3 worden de opzet en de uitvoering van het observationele onderzoek beschreven en verantwoord. Hierin wordt beschreven aan welke criteria de deelnemers moesten voldoen en op welke wijze zij zijn benaderd. Ook wordt een beschrijving gegeven van de gebruikte onderzoeksinstrumenten en de wijze waarop de dataverwerking heeft plaatsgevonden.

In hoofdstuk 4 wordt een beschrijving gegeven van de resultaten van het observationele onderzoek en in hoofdstuk 5 volgt een beschrijving van de resultaten van het literatuuronderzoek.

Het laatste hoofdstuk van dit verslag omvat de discussie over de onderzoeksmethodologie en de resultaten, de conclusies die hieruit getrokken kunnen worden en onze aanbevelingen.

HOOFDSTUK 2: Literatuurverkenning diagnostiek en behandeling van TOS

Wegens het ontbreken van duidelijk gecodificeerde richtlijnen voor diagnostiek en interventie op het gebied van TOS, is getracht middels recente publicaties een overzicht te schetsen van de beschikbare informatie die logopedisten kan helpen in hun streven naar uniformere diagnoses en de daaraan gerelateerde behandeldoelen. In het hierop volgende literatuuroverzicht wordt een samenvatting gegeven van deze informatie.

Als eerste wordt de normale taalverwerving beschreven. Hoewel deze bekend verondersteld wordt bij de lezer, hebben wij er toch voor gekozen om een beknopte beschrijving hiervan op te nemen in ons literatuurstuk. Dit, omdat doelen voor taaltherapie vaak afgeleid worden van taalverwervingsgegevens over zich normaal ontwikkelende kinderen.

In de praktijk blijkt veel onduidelijkheid te bestaan over de precieze criteria voor een TOS. Daarom zal worden ingegaan op de definitie van een TOS, wat de in- en exclusiecriteria zijn van een specifieke dan wel een niet -specifieke TOS. Vervolgens wordt beschreven welke protocollen en handvatten vanuit de literatuur bekend zijn die ingezet kunnen worden bij de diagnosestelling en bij het opstellen van behandeldoelen. Tevens zal worden ingegaan op interventie bij kinderen met een TOS. Omdat er veel verschillende vormen van taaltherapie bestaan, worden eerst een aantal verschillende therapieën naast elkaar gezet. Hierbij zal de nadruk liggen op communicatieve taaltherapie, omdat deze therapievorm momenteel vaak wordt ingezet in de logopedische praktijk. Daarnaast maakte communicatieve taaltherapie deel uit van het huidige logopedieonderwijs op de HU en van de cursus Communicatieve Taaltherapie welke gevolgd werd door een deel van de ervaren logopedisten die deelnam aan het in dit verslag beschreven onderzoek.

Over de effectiviteit van taaltherapie bestaan nog veel vragen. Daarom is middels drie overzichtsartikelen en drie individuele studies een beeld geschetst van wat bekend is over de effectiviteit van taaltherapie en welke factoren de effectiviteit van taaltherapie lijken te beïnvloeden. Ook wordt beschreven welke conclusies hieraan verbonden kunnen worden voor de behandeling van kinderen met een TOS.

2.1 De normale taalverwerving en de rol van taalaanbod

Deze paragraaf beschrijft kort de normale taalverwerving en de rol van taalaanbod daarbij. Doelen voor taaltherapie worden vaak afgeleid van taalverwervingsgegevens over zich normaal ontwikkelende kinderen (bv. door Van den Dungen, 2007). Verder sluiten behandelmethoden vaak aan bij de natuurlijke technieken die volwassenen gebruiken om kinderen taal bij te brengen (Leonard, 2000). De gebruikte bronnen voor deze paragraaf zijn: Schaerlaekens (2008) en Snow (2000).

Op 5-jarige leeftijd beheerst een kind gemiddeld genomen de taal als volwaardig communicatiemiddel. De taalverwerving vindt dus voornamelijk plaats tussen de leeftijd van 0 en 5 jaar. Pas rond de leeftijd van 9 tot 10 jaar is de taalverwerving volledig voltooid, als het kind spreekt volgens de regels van de moedertaal zoals een doorsnee volwassene die beheerst. De taalverwerving is een multifactorieel proces waarbij gefaseerd de verschillende taalaspecten ontwikkeld worden. Zowel de receptieve als de actieve taalvermogens ontwikkelen zich, waarbij er gedurende het hele taalverwervingsproces een voorsprong is van de comprehensie op de productie. Ook ontwikkelen zich verschillende linguïstische aspecten: de fonologie (klankleer), de semantiek (betekenisaspect), de syntaxis (zinsbouwregels), de morfologie (vormleer), de metalinguïstiek (taalreflectie) en de pragmatiek (taalgebruikaspect).

In de prelinguale periode (0-1 jr.) maakt een kind geluiden en communiceert het met de omgeving, maar het produceert nog geen conventionele woordjes. In deze periode wordt de fonologie uitgebreid. In de vroeglinguale periode (1-2;6 jaar) gebruikt het kind woorden en voegt deze samen tot telegramstijlachtige zinnen. In deze fase wordt een aanvang gemaakt met de semantiek en de syntaxis. In de differentiatiefase (2;6-5;0 jr.) worden de door het kind geproduceerde zinnen vollediger en correcter. In deze fase wordt begonnen aan het ontwikkelen van de morfologie en de metalinguïstiek. De pragmatiek, tenslotte, groeit steeds mee met de zich ontwikkelende taalvermogens.

In eerste instantie is de taalverwerving afhankelijk van de interactie tussen het aangeboren taalverwervingsvermogen van het kind en het taalaanbod uit de omgeving. Echter, ook de cognitieve ontwikkeling, de sociaal-emotionele ontwikkeling, de sensorische vaardigheden (bv. het gehoor) en de fijnmotorische vaardigheid (de articulatie) spelen een rol. De taalontwikkeling is dus nauw verbonden met de totale ontwikkeling van het kind.

Kinderen leren taal in de interactie met relevante volwassenen en oudere kinderen. De taal die gebruikt wordt in rechtstreekse interactie met het jonge kind wordt 'Child Directed Speech' genoemd. Volwassenen (en oudere kinderen) zijn geneigd tegen jonge kinderen te spreken met een hoge stem en overdreven intonatiepatronen. Verder zijn de aan de kinderen gerichte uitingen over het algemeen kort, correct en eenvoudig van structuur. Ook semantisch is het taalaanbod over het algemeen eenvoudig: volwassenen praten met kinderen over het hier- en nu en wat ze zeggen heeft vaak betrekking op de activiteiten van het kind. Volwassenen die talig communiceren met een baby of jong kind passen de lengte en de complexiteit van hun taaluitingen aan aan de kinderuitingen waarop ze reageren (fine-tuning). Ook beperkt de volwassene zich vaak tot onderwerpen die voor het kind aantrekkelijk zijn en reageert met uitingen die semantisch aansluiten op die van het kind (semantische gerelateerdheid). De volwassene past zich dus zowel qua vorm als inhoud aan het kind aan. Gedurende het taalverwervingsproces is het taalaanbod van de omgeving steeds enkele, maar niet teveel, stappen vooruit op het taalniveau van het kind: het taalgebruik van de volwassenen heeft een voorbeeldfunctie, en is gemiddeld genomen in de interactie met een jong kind correcter dan het taalgebruik dat volwassenen onderling gebruiken.

Er bestaan significante verschillen tussen moeders in taalaanbod, met name in de kwantiteit ervan. De kwantiteit van het taalaanbod heeft een duidelijk effect op de ontwikkeling van de woordenschat, terwijl de rol bij de ontwikkeling van de syntaxis minder duidelijk is. 'Referentiële' kinderen hebben de neiging om namen te willen leren, terwijl 'expressieve' kinderen liever sociale woordjes (bv. dag, dankjewel) leren. De mate waarin de gesprekstijl van de moeder past bij de verwachtingen van het kind beïnvloedt de bruikbaarheid van het taalaanbod: kinderen leren sneller als hun eigen stijl overeenkomt met die van hun moeder.

Kinderen leren welke uitingen correct zijn door middel van de feedback die zij hierop krijgen. Volwassenen lijken meer op de inhoud dan de vorm van een kinderuiting te reageren. Correcte uitingen worden meestal zonder verandering herhaald, terwijl andere uitingen met aanvullingen of correcties worden gereproduceerd door volwassenen. Expansie, het correct herhalen en uitbreiden van de taaluiting van het kind, is een manier om impliciet feedback te geven op incorrect taalgebruik. Ouders corrigeren verkeerde vormen zelden expliciet, maar zij doen dit wel op een impliciete manier en stimuleren daarmee het taalverwervingsproces.

Bij de taalverwerving van het jonge kind speelt spreken tijdens vaste routines (eten, wassen, etc.) een belangrijke rol. Het kind raakt hierbij bekend met de vorm en de functie van taal bij deze gebeurtenissen. Als het kind iets ouders is, kan de taalinteractie gestimuleerd worden door samen boekjes te lezen, samen iets maken of samen spelletjes doen. Hierbij is de zogenaamde 'joint attention' belangrijk.

2.2 Logopedisch handelen in het kort

Een logopedist in Nederland kan bij het logopedisch handelen het LMH (logopedisch methodisch handelen) als leidraad nemen (Kuijper, 2007). Het LMH is geschreven als richtlijn voor het professioneel werken in de beroepspraktijk. De logopedist maakt middels het LMH het beroepsmatig handelen inzichtelijk voor de cliënt, verwijzer en voor collega's in het beroepsveld. Het logopedisch handelen volgens het LMH kan in het kort als volgt worden beschreven. Op basis van de anamnese, logopedisch onderzoek en informatie van derden stelt de logopedist een klinische redenering op (inclusief oorzakelijke en instandhoudende factoren) uitmondend in een diagnose. De diagnose vermeldt de stoornis, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen (inclusief ernstmaten). Eventueel wordt vervolgonderzoek uitgevoerd of worden andere vervolgstappen (bv. verwijzing naar andere disciplines) geformuleerd. Indien behandeling aangewezen is, stelt de logopedist een behandelplan op. Deze bevat een beschrijving van de beginsituatie (o.a. diagnose), de behandeldoelen en prioriteiten in behandeldoelen, de opbouw in de aanpak, methoden, technieken en materialen en de wijze van evalueren. Gedurende de behandelperiode registreert de logopedist het verloop en de resultaten per behandelsessie en herhaalt zonodig onderzoek of stelt het behandelplan bij en informeert de verwijzer over het verloop van de behandeling. Uiteindelijk wordt geëvalueerd of de gestelde behandeldoelen behaald zijn. Het LMH baseert zich op de ICDH-codering. Voor de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) is de ICDH-Logopedie omgezet naar een specifiek op de logopedie gericht begrippenkader gebaseerd op de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Dit nieuwe begrippenkader kan gebruikt worden voor de verdere onderbouwing en profilering van de logopedie, waarbij een meer integrale beschrijving van het functioneren van de cliënt mogelijk is (functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, omgevingsfactoren en persoonlijke factoren) (www.nvlf.nl).

2.3 Diagnostiek TOS

Aangezien duidelijk gecodificeerde richtlijnen voor de diagnosestelling bij kinderen met een TOS ontbreken (Gerrits, 2011), zal een logopedist zich voor haar handelen op andere bronnen moeten baseren. Deze paragraaf handelt over diagnostiek bij kinderen met een TOS. Doel van de diagnostiek is onder meer te komen tot een onderscheid tussen kinderen met specifieke taalproblemen en kinderen met secundaire taalproblemen. Daarom zal eerst worden ingegaan op de in- en exclusiecriteria van TOS en het verschil tussen specifieke en niet-specifieke TOS. Vervolgens wordt het doel van diagnostiek besproken en het diagnostische proces, met daarbinnen de onderscheiden subfasen. Tot slot wordt kort ingegaan op taaltests en hoe men de ernst van een taalprobleem kan bepalen.

2.3.1 Definities TOS

Definitie TOS

Een kind heeft een TOS wanneer de taalontwikkeling van het kind beduidend achterblijft bij of negatief afwijkt van het normale verloop van het taalverwervingsproces met inbegrip van de normale inter-individuele variatie daarin, binnen regionale en sociale variëteit die het kind zich aan het verwerven is. Deze definitie gaat uit van taalgedrag en sluit daarmee aan bij de tegenwoordig gangbare gewoonte om een TOS te omschrijven in termen van een individuele stoornis, die in zijn verschijningsvorm beschreven wordt. Een TOS is in deze definitie beschreven met als referentiekader de normale taalverwerving. De definitie sluit taalarmoede of taalachterstand uit, zoals deze in sommige milieus verondersteld worden te bestaan (Van den Dungen & Verboog, 1998). Er wordt in de definitie geen onderscheid gemaakt tussen een taalachterstand en een afwijkende taalontwikkeling.

Vertraagde en afwijkende taalontwikkeling

Van een vertraagde taalontwikkeling wordt gesproken, wanneer het taalsysteem kenmerken vertoont van een jonger kind: bijvoorbeeld een vierjarige die spreekt als een doorsnee-tweejarige. Van een afwijkende of gestoorde taalontwikkeling wordt gesproken wanneer het taalgebruik van het kind kenmerken vertoont die meestal niet in een bepaalde ontwikkelingsfase van het taalverwervingsproces thuishoren en die geen samenhangend beeld vormen (Gillis & Schaerlaekens, 2000). Een TOS is een taalachterstand die zo groot is dat hij buiten de normale variatie valt. Het verschil tussen een TOS en een taalachterstand is in de praktijk moeilijk te maken. Er moeten ruime marges worden gehanteerd, omdat een harde norm voor een adequaat verlopende taalontwikkeling niet aanwezig is (Goorhuis & Schaerlaekens, 2000). Een verschil in ontwikkelingstempo bij jonge kinderen hoeft niet direct te duiden op een TOS. Dit maakt het diagnosticeren bij jonge kinderen lastig (Van den Dungen & Verboog, 1998).

Kenmerken

Een TOS kan in zeer veel verschillende vormen en gradaties voorkomen (Conti-Ramsden & Botting, 1999; Gillis & Schaerlaekens, 2000). Hierbij kunnen één, enkele of alle taalniveaus betrokken zijn. Zo kunnen zich fonologische, semantische, syntactische of pragmatische problemen voordoen, die in verschillende verhoudingen gecombineerd kunnen worden. Hierbij kan een accent liggen op de taalproductie, het taalbegrip en/of de communicatieve vaardigheden (Goorhuis & Schaerlaekens, 2000). Hieronder worden een aantal voorbeelden gegeven van een gestoorde taalontwikkeling.

Ten eerste is het mogelijk dat de taalreceptie zich beter ontwikkelt dan de taalproductie. Op semantisch niveau kan het ook zijn dat woordvindingsproblemen voorop staan. Verder zijn er kinderen die hardnekkige problemen hebben met de opbouw van zinnen en de regels rondom vervoegingen en verbuigingen (taalvorm), terwijl ze wel aardig overweg kunnen met de overige aspecten van taal. Tenslotte komen ook semantisch-pragmatische stoornissen voor: problemen met zowel de taalinhoud als het taalgebruik (Gillis & Schaerlaekens, 2000; Van den Dungen & Verboog, 1998).

Een gestoorde taalontwikkeling kan ook voorkomen in combinatie met een vertraagde taalontwikkeling. Tenslotte zijn er kinderen die geen enkele taalproductie hebben, terwijl dit gezien de leeftijd toch verwacht mag worden (mutisme)(Gillis & Schaerlaekens, 2000).

Specifiek/ niet specifiek

Bij kinderen met taalproblemen maken we onderscheid tussen een specifieke (op zich zelfstaande, primaire) TOS en een niet-specifieke (niet op zichzelfstaande, secundaire) TOS. Onder een specifieke TOS worden stoornissen in de spraak-en taalproductie en receptie verstaan, waarvoor geen duidelijke oorzaak is aan te wijzen. Een TOS is centraal van aard, aangezien de perifere spraakorganen in tact zijn (Gillis & Schaerlaekens, 2000). Genetische factoren, zoals een zwakke aanleg om taal te leren, kunnen een rol spelen. Er wordt verondersteld dat er ergens in de hersenen een minimale verstoring optreedt die met de huidige onderzoeksmethoden niet kan worden vastgelegd, ook niet met behulp van neurologisch onderzoek (Van den Dungen & Verboog, 1998). Volgens Gillis en Schaerlaekens (2000) en Conti-Ramsden en Botting (1999) gaat het bij een specifieke TOS om een zogeheten uitsluitingsdiagnose, waarbij geen sprake mag zijn van:

- Een benedengemiddelde intelligentie (IQ niet minder dan 85).
- Een gehoorstoornis, waarbij de drempel voor normaal gehoor wordt gelegd bij 25 dB Hearing Level.
- Een afwijking aan een deel van de spraakorganen, zoals bijvoorbeeld verschillende vormen van Schisis.
- Duidelijke aanwijsbare neurologische afwijkingen ('hard signs'). In de literatuur wordt de mogelijkheid van niet duidelijke aanwijsbare neurologische afwijkingen ('soft signs') niet uitgesloten bij de definitie van TOS.

- Een contactstoornis, zoals bijvoorbeeld autisme, extreme deprivatie of andere heel ongunstige taalaanbodsituaties.
- Mentale retardatie, emotionele ontwikkelingsstoornissen.

Goorhuis-Brouwer (2000) voegt hieraan toe: sterk onvoldoende omgevingsfactoren (sociale en culturele) tekortkomingen (deprivatie), o.a. ernstige opvoedingsfouten, gedragstoornissen zoals bijvoorbeeld ADHD en extreem slechte lichamelijke condities, zoals bloedarmoede en stofwisselingsziekten.

Bij een niet-specifieke of secundaire TOS verloopt de taalontwikkeling vertraagd of afwijkend als gevolg van, of in combinatie met, bovengenoemde factoren (Van den Dungen & Verboog, 1998).

Consensus

Hoewel er in theorie consensus bestaat over het onderscheid tussen een specifieke- en een niet specifieke TOS en de consequenties daarvan voor het te volgen therapiebeleid, blijkt in de klinische praktijk dat dit onderscheid moeilijk is aan te brengen (Goorhuis-Brouwer, 2000). Een ogenschijnlijk secundaire TOS kan bij nadere analyse een primaire TOS blijken te zijn en andersom (Goorhuis & Schaerlaekens, 2000). Daarnaast blijkt dat bij kinderen taalontwikkelingsstoornisprofielen zich over een periode verschillend kunnen ontwikkelen, waardoor problemen kunnen fluctueren en veranderen (Conti-Ramsden & Botting, 1999).

Goorhuis en Schaerlaekens (2000) geven aan dat wanneer kinderen met een specifieke TOS volgens een vast omlijnd protocol voor onderzoeksdoeleinden worden geselecteerd, veel kinderen in de klinische praktijk vooraf onjuist geclassificeerd blijken te worden. Hieruit blijkt dat geprotocolleerde multidisciplinaire diagnostiek bij kinderen met verdenking van een TOS van groot belang is.

2.3.2 Diagnostisch proces

Doel van diagnostiek

Afhankelijk van de fase binnen het diagnostische proces stelt men zich een doel voor de diagnostiek (Groenhuys & Wegener-Sleeswijk, 1988). Dit doel bepaalt de onderzoeksvraag die beantwoord moet worden. Bij kinderen met een vermoedelijk taalprobleem wordt diagnostiek met name uitgevoerd om antwoord te krijgen op de vraag of een kind problemen heeft in de communicatie, hoe ernstig de problemen en van welke aard de problemen zijn en of er interventie nodig is (Slofstra-Bremer, 2006).

Daarnaast is van belang om te weten welk type interventie het meest geëigend is (Slofstra-Bremer, 2006). Er kan bijvoorbeeld voor andere therapiedoelen gekozen worden bij een specifieke TOS dan bij een niet-specifieke TOS. Zo hebben kinderen met een specifieke TOS vaak syntactische problemen op basis van hun problemen met werkwoordsvervoegingen en de constellatie van zinsdelen die bij het werkwoord horen. Daarnaast blijven zinnen vaak grammaticaal onaf, door de deficiëntie van de verschillende morfologische variaties (Goorhuis & Schaerlaekens, 2000; Van den Dungen, 2007).

Kinderen met een specifieke TOS zijn meestal gebaat bij logopedische therapie of indien nodig, bij plaatsing op het ESM-onderwijs, terwijl de therapiekeuzes bij kinderen met een niet-specifieke TOS veel complexer liggen. De hulpverlening zal zich in dit geval in eerste instantie richten op de meest aannemelijke factor en in de tweede instantie zal de taaltherapie toegevoegd worden. Hierbij kan men o.a. denken aan medische ingrepen, hoorapparatuur, algehele ontwikkelingsstimulatie of gedragsbeïnvloeding (Goorhuis-Brouwer, 2000).

Ten slotte kan het doel van diagnostiek zijn om het effect van de therapie te meten en te kijken of de geboden interventie effect heeft gehad voor de communicatie van het kind (Slofstra-Bremer, 2006).

Diagnostisch proces

Diagnostiek kan het beste worden beschouwd als een proces waarbij men tracht de feitelijke problematiek van het kind steeds preciezer in beeld te krijgen. De focus van het onderzoek versmalt zich naarmate het diagnostische proces vordert. Het is voor de klinische praktijk van het grootste belang dat de verschillende fasen in de diagnostiek goed op elkaar aansluiten en dat er goed wordt samengewerkt ten behoeve van de cliënt (Slofstra-Bremer, 2006).

Fasen in het diagnostische proces.

Ruizeveld de Winter en Leijenaar (2006) onderscheiden drie verschillende fasen van het diagnostische proces: de screeningsfase, de eerste-fase diagnostiek en de differentiële fase. Slofstra-Bremer (2006) voegt hier nog de evaluatiefase aan toe. In elke fase staan andere onderzoeksvragen centraal, die zijn afgeleid van het doel van de diagnostiek op dat moment. Bij de verschillende fasen van het diagnostische proces kunnen verschillende onderzoeksmiddelen worden ingezet (Groenhuis & Wegener-Sleeswijk, 1998).

Screeningsfase

Screening of signalering is wezenlijk verschillend van diagnostiek. Bij screening is er geen hulpvraag; men screent een groep kinderen van een bepaalde leeftijd om de kinderen met een mogelijk taalprobleem op te sporen (Slofstra-Bremer, 2006).

Signalering van een mogelijk probleem gebeurt vaak door de directe omgeving (ouders, groepsleiding) of door de eerstelijnsgezondheidszorg (jeugdgezondheidszorg, huisarts). De signalering van mogelijke spraak-taalproblemen bij kinderen kan daarnaast op verschillende plaatsen geschieden (o.a. op het consultatiebureau, in audiologische centra, logopedisten in een privépraktijk en afdelingen voor stem- en spraakpathologie van verschillende ziekenhuizen)(Goorhuis-Brouwer, 2000).

Er kan bij de screening/ signaleringsfase gebruik gemaakt worden van interviews, verwijzingsgegevens, vragenlijsten en invullijsten. Ook bestaan enkele protocollen die een logopedist in kan zetten om spraak-taalproblemen vroegtijdig op te sporen. Zo is het Protocol Taaldiagnostiek Groningen (PTG) opgesteld om de vroegtijdige onderkenning van spraak- en taalproblemen op goede en uniforme wijze te laten plaatsvinden (Ruizeveld de Winter & Leijenaar, 2006). Daarnaast heeft GGD Brabant een protocol 'Vroegsignalering Spraak-/Taalontwikkelingsstoornissen' ontwikkeld. De GGD maakt hierbij o.a. gebruik van het Van Wiechenschema, De Groninger Minimum spreeknormen en Het VTO-taal signaleringsinstrument om binnen de jeugdgezondheidszorg kinderen met TOS in de leeftijd van 0-6 jaar op te sporen (GGD Hart voor Brabant, 2007).

De afgelopen decennia zijn veel 5-jarige kinderen op basisscholen gescreend op diverse logopedische relevante aspecten. Ruizeveld de Winter en Leijenaar (2006) stellen dat het screenen op jongere leeftijd plaats moet vinden, teneinde vroegtijdige diagnostiek mogelijk te maken om de oorzaak van taalproblemen te bepalen. Daarnaast zou vroegtijdige signalering tevens ten goede komen aan eventuele interventies op medisch, logopedisch en/of psychologisch vlak. Dit zou daarnaast een kostenbesparing opleveren.

Eerste- fase diagnostiek

In de eerste fase diagnostiek bepaalt men door middel van observatie of het kind inderdaad problemen heeft met de ontwikkeling van taal en tot op zekere hoogte ook hoe ernstig deze zijn en van welke aard (Ruizeveld de Winter & Leijenaar, 2006). Tevens kan er in de eerste fase diagnostiek richting gegeven worden aan verdere diagnostiek: is multidisciplinaire diagnostiek nodig of kan dit kind bijvoorbeeld direct doorverwezen worden naar logopedische diagnostiek & therapie (Slofstra-Bremer, 2006)?

Differentiële diagnostiek

In de fase van de differentiële diagnostiek wordt het onderzoek toegespitst op de vermoedelijke probleemdomeinen (Ruizeveld de Winter & Leijenaar, 2006). In deze onderzoeksfase wordt door het stellen van een 'differentiaaldiagnose' o.a. bepaald of er wel of niet sprake is van een taalstoornis. Door hun gestandaardiseerde afname en normering zijn taaltests voor dit doel de meest geschikte onderzoeksmethode (Groenhuis & Wegener-Sleeswijk, 1998). In deze fase bestaat het onderzoek van spraak en taal naast de afname van gerichte taaltests ook uit onderzoek van de spontane taal tijdens de communicatie en het bevragen van de omgeving van het kind over het dagelijkse functioneren.

Daarnaast wordt in deze fase toegespitst op domeinen waarvan men wil uitsluiten dat zij het taalverwervingsproces negatief beïnvloeden (zoals gehoor, non-verbale intelligentie, opvoedingsrelatie, fijne motoriek) (Gillis & Schaerlaekens, 2000; Goorhuis-Brouwer, 2000; Slofstra-Bremer, 2006). Er moet worden beslist door welke discipline(s) de differentiële diagnostiek zal worden uitgevoerd. Voor goede multidisciplinaire diagnostiek is het noodzakelijk dat het multidisciplinaire team bestaat uit een aantal disciplines: een audioloog, een logopedist/ linguïst, een gedragsdeskundige en een KNO-arts (Ruizeveld de Winter & Leijenaar, 2006; Goorhuis-Brouwer 2000).

Naast het voordeel van grondige diagnostiek op de meest relevante domeinen, namelijk gehoor, taal en spraak, non-verbale intelligentie en sociaal-emotionele ontwikkeling, blijkt deze procedure echter ook nadelen te hebben (Slofstra-Bremer, 2006). Zo geeft Goorhuis-Brouwer (2000) aan dat aanwezige kennis en ervaring op het gebied van TOS bij de genoemde instellingen onderling sterk van elkaar kan verschillen, met als gevolg dat de diagnosestellingen sterk uiteenlopen. Dit gegeven pleit voor het ontwikkelen van duidelijke richtlijnen voor het opstellen van een diagnose van kinderen met een TOS. Daarnaast blijkt dat ouders de verwijzing naar een audiologisch centrum of academisch ziekenhuis als hoogdrempelig ervaren (Slofstra-Bremer, 2006).

Evaluatiefase

Ten slotte kan tijdens de evaluatiefase middels evaluatieonderzoek gekeken worden of de geboden interventie effect heeft gehad voor de communicatie van het kind (Slofstra- Bremer, 2006). De keuze van de onderzoeksmethode wordt o.a. bepaald door de gekozen therapiedoelen en het taaldomein – of de taaldomeinen – waarop de therapie zich heeft gericht (Groenhuis & Wegener-Sleeswijk, 1988). Hierbij valt te denken aan taaltests, spontane taalanalyse, observatie en afstemmen met de omgeving (Slofstra-Bremer, 2006). De problematiek moet periodiek geëvalueerd worden. Het kan zijn dat dit traject zich over een aantal jaren uitstrekt. Het diagnostische proces kan men pas als afgesloten beschouwen wanneer alle interventies zijn beëindigd. Het is namelijk bekend dat het beeld van kinderen met een taalprobleem in de loop van hun ontwikkeling drastisch kan veranderen (Conti-Ramsden & Botting, 1999).

Taaltests

Er zijn verschillende methoden om taal te onderzoeken: taaltests, observaties en spontane–taalanalysemethoden. Het gebruik van taaltests heeft evidente voordelen. Een test is gestandaardiseerd (de afname is duidelijk omschreven) en is idealiter betrouwbaar, valide en efficiënt. Testen van kindertaal heeft echter ook nadelen. Het is niet mogelijk om middels taaltesten antwoord te krijgen op alle aspecten van taal. In dat geval is onderzoek van spontane taal de aangewezen weg. De gebruiker van een test moet zich bewust zijn wat de mogelijkheden en vooral wat de beperkingen zijn van tests (Slofstra-Bremer, 2006). Zie voor een overzicht van de meest voorkomende taaltests: www.taalexpert.nl. Voor een beoordeling van de betrouwbaarheid en validiteit van de tests kan men de cotan-rapportages raadplegen, die periodiek worden geactualiseerd (www.cotandocumentatie.nl).

Bepaling van de ernst van de problematiek

Om de diagnose te stellen die bepalend is voor de keuze van behandeldoelen, moeten anamnese- en onderzoeksgegevens van een kind bij elkaar worden gebracht. Bij het logopedisch onderzoek is het van belang informatie te verzamelen over zowel het taalbegrip als de taalproductie. Uit testen, spraak- en taalsamples en systematische observatie moeten ruwe scores, normscores en leeftijdquivalentenscores worden afgeleid. De normscores zijn nodig bij het stellen van de diagnose (Van den Dungen, 2007). Om de ernst van een TOS te bepalen, is de volgende schaal opgesteld (CBO/NVLF, 1997):

1 = geen TOS

Receptief noch productief een score onder het gemiddelde voor de leeftijd/normgroep

2 = lichte TOS

Receptief of productief een score onder het gemiddelde voor de leeftijd/normgroep

3 = matige TOS

Receptief en productief een score onder het gemiddelde voor de leeftijd/normgroep

4 = ernstige TOS

Receptief en/of productief een score ver onder het gemiddelde (laag) voor de leeftijd/normgroep

Een lage (ver onder het gemiddelde) score op een test komt overeen met:

- een score van -2 SD of lager
- 3 percentiel of lager
- quotiëntscore van 70 of lager

Een score op een test onder het gemiddelde komt overeen met:

- tussen een en twee SD onder het gemiddelde
- tussen ± 15 e en ± 3 e percentiel
- tussen TQ 85 en 71.

De indeling is volgens dit eindrapport slechts een globale richtlijn voor de diagnose; de beoordeling door de logopedist van het gehele onderzoek bepaalt uiteindelijk de diagnose.

In het kader van de indicatiestelling voor speciaal onderwijs voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden zijn indicatiecriteria gesteld. De ernst van taalproblemen wordt daarbij gedefinieerd in termen van standaarddeviaties. Dit betekent dat men bij de indicatiestelling moet werken met genormeerde tests. Ook wanneer er niet met testgegevens kan worden gewerkt, moeten de onderzoekers ten behoeve van een indicatiestelling hun onderzoeksresultaten 'vertalen' (middels een inschatting) in termen van standaarddeviaties. Het is noodzakelijk meer dan één onderzoeksinstrument te gebruiken, voor ieder te onderzoeken taalniveau. Naast het gebruik van een (sub)test kan men via observatie, via analyse of via vragen aan ouders of groepsleiding de gegevens verder aanvullen.

Uiteindelijk gaat het om de vraag: kan dit kind zich in zijn eigen omgeving voldoende redden in de communicatie en is er voldoende uitzicht op een optimale ontplooiing van de mogelijkheden van dit kind (Slofstra- Bremer, 2006)?

2.4 Het opstellen van behandeldoelen voor taaltherapie

Er zijn in Nederland geen protocollen of richtlijnen voor de behandeling van TOS (Gerrits, 2011). In de literatuur worden wel handvaten gegeven, die gebruikt kunnen worden bij het opstellen van behandeldoelen.

Centrale doel taaltherapie

Taaltherapie is de behandeling waarbij de communicatieve en talige ontwikkeling (die van de taalinhoud, de taalvorm en het taalgebruik) centraal staat (Schaerlaekens, 2002). Bij taaltherapie is het doel van de behandeling dus niet alleen het verbeteren van de specifieke taalvaardigheden (bv. uitbreiding van het aantal gebruikte woorden of syntactische structuren in zinnen), maar ook het stimuleren van de communicatieve vaardigheden en de participatiemogelijkheden van het kind (Van den Dungen & Verboog, 1998; Schaerlaekens, 2002; McCauley & Fey, 2006; Paul, 2007; Van den Dungen, 2007). Hierbij kan gedacht worden aan het stimuleren van communicatieve activiteiten en participatie in het gezin op de crèche, de peuterspeelzaal of op school. Bij jonge kinderen kan de taaltherapie dus meestal niet beperkt blijven tot directe therapie door de logopedist (Van den Dungen, 2007). Bij oudere kinderen, waarbij traditionele taaltherapie onvoldoende effect heeft, kan ook het aanleren van compensatiestrategieën doel worden van de behandeling (Jansonius-Schultheiss, 2006). In plaats van het taalniveau te normaliseren wordt getracht deze kinderen de middelen te geven om ondanks de taalproblemen beter te functioneren (Paul, 2007).

Naast de leeftijd van het kind, de aard van de stoornis en het communicatieve gedrag van het kind is het voor het vaststellen van het centrale doel van taaltherapie van belang om te weten of er al behandeling heeft plaatsgevonden en met welk effect (Paul, 2007).

Prioritering, volgorde en haalbaarheid

Volgens Van den Dungen (2007) dient bij het opstellen van behandeldoelen prioriteit te worden gegeven aan hetgeen het kind het meest belemmert in de communicatie. Is er bv. naast een stoornis in de taalvorm en taalinhoud ook een stoornis in het taalgebruik, dan dient deze prioriteit te krijgen. Is er een bijkomende stoornis die de communicatie ernstig belemmert, bv. onverstaanbare spraak, dan dient die (ook) prioriteit te krijgen. In tweede instantie moet volgens haar prioriteit worden gegeven aan stoornissen die het kind beperken in de verdere ontwikkeling, bv. bij het leren lezen en schrijven.

Een ander uitgangspunt is dat de volgorde van de taaldoelen waaraan gewerkt gaat worden bepaald kan worden op basis van wat we weten over de manier waarop kinderen normaal taal leren (Paul, 2007). Hierbij wordt uitgegaan van het huidige taalniveau van het kind. Goorhuis-Brouwer en de Boer (1998) stellen dat om zo dicht mogelijk aan te kunnen sluiten bij het ontwikkelingsniveau van het kind, er bij taaltherapie het beste kan worden uitgegaan van het taalbegrip, hetgeen ook indicaties geeft voor de taalproductie die verwacht mag worden.

Als het huidige taalniveau is vastgesteld kunnen doelen worden geformuleerd gericht op taalvaardigheden die in de normale taalontwikkeling het eerst aan de beurt zouden zijn (Paul, 2007). Om te zorgen dat de gestelde doelen haalbaar zijn voor het kind, kan gekozen worden voor taalvormen en functies die met enige regelmaat al correct worden gebruikt (bv. 10-50% van de tijd) of vormen die nog zelden correct worden gebruikt (bv. 1-10% van de tijd) maar die het kind receptief wel al beheerst. Taalvormen en functies die het kind nog niet gebruikt in de spontane taal of die het al in 50-90% van de gevallen correct gebruikt, hebben een lagere prioriteit (Paul, 2007). Wat haalbaar is in de behandeling binnen een bepaalde periode is verder afhankelijk van de therapiesituatie (welke behandel frequentie is mogelijk, kan ook indirecte therapie worden ingezet?) en de aard van de behandeldoelen (sommige doelen kosten veel tijd) (Van den Dungen & Verboog, 1998).

Andere uitgangspunten

Bij het kiezen van doelen voor de behandeling is het verstandig ervoor te zorgen dat er van het kind maar één nieuw ding tegelijk wordt gevraagd. Als het doel bv. het gebruiken van een nieuwe communicatieve functie is, dan moet de taalvorm nodig om deze uit te drukken al beheerst worden (Paul, 2007). Ook kan er rekening gehouden worden met het gemak waarmee het nieuwe taaldoel kan worden aangeleerd: het gemak waarmee het taaldoel gedemonstreerd of weergegeven kan worden, de beschikbaarheid van het stimulusmateriaal en de frequentie waarmee het taaldoel wordt gebruikt in dagelijkse activiteiten van het kind (Fey, 1986). Hierdoor kan de efficiëntie van het therapieproces toenemen en wordt de kans geoptimaliseerd dat het kind de concepten begrijpt en deze kan toepassen in communicatieve situaties. Tenslotte behoort generalisatie van de geleerde taalaspecten naar de spontane taal een integraal onderdeel te zijn van de taaltherapie, waar bewust aan gewerkt wordt (Paul, 2007).

Vakinhoudelijke aanwijzingen

Van den Dungen (2007) ontwikkelde een computerprogramma dat door logopedisten gebruikt kan worden om doelen te formuleren voor de behandeling van kinderen met een TOS die een taalniveau hebben van 0-6 jaar. In het bijbehorende boek wordt door Van den Dungen een aantal aanwijzingen ('richtlijnen') gegeven voor het opstellen van geschikte doelen voor taaltherapie. Deze worden hieronder kort weergegeven.

Passieve woordenschat:

Voor de cognitieve ontwikkeling, de sociaal-emotionele ontwikkeling, de spelontwikkeling en het (voorbereidend) lezen en rekenen is een gemiddeld taalbegrip onontbeerlijk. Een gemiddeld taalbegrip kan vooral bereikt worden door te zorgen dat het kind op de lange termijn voor de passieve woordenschat op zijn kalenderleeftijd de doelen haalt die bij een gemiddelde begripsleeftijd vermeld zijn. Voor het stellen van doelen voor de korte termijn moet echter wel aangesloten worden bij het huidige receptieve woordniveau van het kind.

Actieve woordenschat:

Bij de keuze van doelen voor de actieve woordenschat is het heel belangrijk niet uit te gaan van de kalenderleeftijd van het kind, maar van zijn expressieve woordniveau. Anders kunnen hiaten ontstaan ten aanzien van relatief eenvoudige woorden, omdat woordenlijsten die aansluiten bij het beginniveau van het kind niet systematisch aan bod zijn geweest.

Morfosyntaxis:

In de vroege differentiatiefase is het van belang dat doelen voor syntaxis tegelijk met doelen voor morfologie van het werkwoord worden gekozen. Volledige zinnen worden immers gekenmerkt door het gebruik van een persoonsvorm op de eerste of tweede positie. Een kind met een TOS heeft vaak veel moeite om van de telegramstijlfase over te gaan naar de differentiatiefase, de fase van volledige zinnen met functiewoorden en morfologie.

Verbale communicatieve functies:

Doelen voor verbale communicatieve functies boven een taalniveau van 2 jaar hoeven alleen gekozen te worden als uit systematische observatie blijkt dat het kind hier ernstige problemen mee heeft. Meestal zijn dan ook andere taalaspecten als behandeldoel van belang. Voor een kind met een taalniveau van 2-3 jaar kan de prioriteit vaak het beste liggen bij het begrip van woorden en het uitdrukken in eenvoudige zinnen van een beperkt aantal verbale communicatieve functies. Bij oudere kinderen moet met name de gerichtheid op communicatie met de omgeving voorop staan.

Interactie- en conversatievaardigheden:

Een discrepantie tussen enerzijds het taalproductieniveau van woordenschat en zinsbouw en anderzijds het niveau van conversatievaardigheden uit zich heel vaak in het feit dat een kind met een

taalproductieniveau boven 4 jaar erg veel moeite heeft met het voeren van een gesprek over onderwerpen buiten het hier-en-nu. In kringgesprekken op school kan zo'n kind dan niet participeren. Doelen voor deze conversatievaardigheid zijn in dat geval zeer relevant.

Communicatie en participatie:

Bij het formuleren van een einddoel van de behandeling legt de logopedist een relatie tussen de in de nabije toekomst gewenste communicatieve activiteiten en participatiemogelijkheden van het kind en het gewenste taalniveau. Het uitgangspunt is altijd dat taalstimulering moet dienen tot verbetering van de communicatie en participatie. Dit impliceert dat doelen voor indirecte en directe therapie op elkaar moeten worden afgestemd. Taaldoelen en doelen voor communicatie zullen meestal worden nagestreefd tijdens de logopedie (directe therapie) en gegeneraliseerd worden in de dagelijkse situatie (indirecte therapie).

Formuleren van behandeldoelen

Voor de manier van formuleren van behandeldoelen bestaat er een duidelijke richtlijn, namelijk het SMART-formuleren: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden (Kuiper, 2007). In behandelplannen dienen de doelen helder en eenduidig geformuleerd te worden; het doel is zo concreet mogelijk (*Specifiek*) en geformuleerd in observeerbaar gedrag. Het moet duidelijk zijn aan welk resultaat kan worden afgemeten of het doel behaald is; hoe lang moet iemand iets kunnen, in welke situatie? (*Meetbaar*). De leeractiviteiten moeten voor de patiënt aantrekkelijk en uitdagend zijn, passen bij zijn persoon, aansluiten bij zijn beginsituatie en leiden tot een voor de cliënt *Acceptabel* doel. Bij voldoende inzet van cliënt en therapeut en voldoende samenspel tussen hen moet het doel haalbaar zijn (*Realistisch*). Tenslotte moet duidelijk worden aangegeven over hoeveel tijd het doel behaald zal zijn (*Tijdsgebonden*) (Kuiper, 2007). Verder kan worden aangegeven met welke frequentie er behandeld zal worden, dit zal immers de benodigde duur van de behandeling beïnvloeden.

Het SMART-formuleren van behandeldoelen draagt bij aan de efficiëntie en de effectiviteit van de behandeling. Zo maakt communicatie over eenduidige doelen de leeromgeving voor de cliënt veiliger. Verder is het handelen van de logopedist dan evalueerbaar en het resultaat van de behandeling te toetsen aan de gestelde doelen.

Conclusie:

Bij afwezigheid van richtlijnen voor de behandeling van TOS in Nederland, kunnen in logopedische handboeken handvatten gevonden worden voor het opstellen van behandeldoelen. Ook wordt door individuele auteurs, zoals Van den Dungen, vakinhoudelijke aanwijzingen hiervoor gegeven. Taaltherapie dient zich te richten op zowel het verbeteren van specifieke taalvaardigheden als op het stimuleren van de communicatieve vaardigheden en participatiemogelijkheden van het kind. Bij de keuze van behandeldoelen kan uitgegaan worden van wat het kind op dat moment het meest belemmert in de communicatie en de participatie. Ook kan uitgaande van het huidige taalniveau aangesloten worden bij de manier waarop kinderen normaal taal leren. Hierbij is het belangrijk om oog te hebben voor de haalbaarheid van doelen en behoort generalisatie van de geleerde taalaspecten naar de spontane taal een integraal onderdeel te zijn van de taaltherapie. Het SMART-formuleren van doelen draagt bij aan de efficiëntie en de effectiviteit van de behandeling.

2.5 Behandeling van TOS

In voorgaande stukken is er geschreven over taalstoornissen en het proces van diagnosestelling en het opstellen van behandeldoelen. Maar welke vormen van therapie kunnen er ingezet worden om de behandeldoelen te bereiken?

Leonard (2000) stelt dat taaltherapie nuttig is en dat niet één therapiemethode duidelijk effectiever is dan de andere, niet één specifieke methode zou dus ideaal zijn voor alle kinderen met taalstoornissen en voor alle taalaspecten. Schaerlaekens (2002) zegt ongeveer hetzelfde: *‘Er zijn diverse benaderingswijzen, technieken, programma’s en hulpmiddelen, het is een druk landschap waarin men de beste weg probeert te vinden voor elk individueel kind’*.

Veel van de natuurlijke technieken die ouders gebruiken om de taalontwikkeling van het kind te stimuleren (denk bijvoorbeeld aan het verwoorden van handelingen van het kind) kunnen ook binnen de therapie gebruikt worden. Om deze natuurlijke technieken geschikt te maken voor therapie moet de logopedist aanpassingen doen door bijvoorbeeld de doeluiting frequent te herhalen. Leonard (2000) en Van den Dungen (2007) zijn het erover eens dat er binnen de therapie werkvormen gekozen moeten worden waarin het kind de doeluitingen ook echt nodig heeft voor communicatief succes.

Binnen de taaltherapie kunnen er drie stromingen onderscheiden worden. Als het accent in de taaltherapie ligt op de communicatie, dan spreken we van communicatieve taaltherapie. De lesgerichte directieve therapie is een meer schoolse aanpak waarbij de taal er als het ware ingeprent wordt. Tenslotte is er ook een (hybride) mengvorm waarbij communicatieve en directieve therapie gecombineerd worden (Jansonius-Schultheiss, 2006). Hieronder worden deze drie stromingen en de bijbehorende behandeltechniek(en) kort uiteengezet.

1. Communicatieve taaltherapie

De normale taalontwikkeling vindt plaats in interactie van het kind met een relevante volwassene. Bij communicatieve taaltherapie staat net als bij de natuurlijke taalontwikkeling het doel van taal centraal. Het is motiverend voor het kind om over datgene te praten, waar zowel de volwassene als het kind met hun aandacht bij zijn. Het kind wordt gevolgd in zijn interesses en de logopedist zal het kind indien nodig voorzien van de doeluiting. Het kind wordt steeds duidelijk gemaakt dat het door middel van talige uitingen zijn doel kan bereiken (Snow, 2000). Communicatieve taaltherapie is door de natuurlijke setting voor taaltherapie het meest effectief voor generalisatie naar de alledaagse communicatie (Jansonius-Schultheiss, 2006). Naast het interactieve karakter (de logopedist en het kind zijn samen ergens mee bezig) en het functionele karakter (het is voor het kind nuttig en belonend om taal te gebruiken), geeft Van den Dungen (2007) ook het belang van doeltreffendheid aan. De logopedist moet werken met gerichte afgebakende doelen. Doegericht werken houdt daarnaast in dat de logopedist steeds het centrale probleem van het kind in de gaten moet houden en mogelijk de doelen moet bijstellen als deze bijvoorbeeld te hoog liggen of tijdens het therapieverloop veranderen.

Om communicatieve taaltherapie vorm te geven, kunnen de volgende technieken gebruikt worden:

Spreektempo aanpassen

Kinderen met een specifieke TOS begrijpen taal beter als het tempo van de spreker lager ligt dan gemiddeld, deze kinderen verwerken taal namelijk langzamer dan hun leeftijdsgenoten. Een gemiddeld spreektempo van de volwassene zal het kind met een specifieke TOS helpen om de woorden zelf te gaan zeggen (Van den Dungen, 2007).

Nadruk geven aan een doelwoord of structuur

Intonatie zorgt ervoor dat het doelwoord extra aandacht krijgt. Dit zal dan het kind helpen om het woord zelf ook te gaan gebruiken. Doelwoorden en structuren zijn goed in contrastzinnen aan te bieden. Contrast geeft het kind informatie over de betekenis en geeft het doelwoord natuurlijke nadruk, bijvoorbeeld: *Dit konijntje is snel, maar deze is langzaam*. De beste plek van het doelwoord is aan het einde van de zin, omdat het laatste woord van een zin van nature langzamer uitgesproken wordt (Leonard, 2000).

Expanderen

De zin van het kind wordt in de correcte vorm herhaald en vervolgens semantisch uitgebreid. Bijvoorbeeld kind: 'Hondje hok', Logopedist 'Ja, het hondje ligt in zijn hok'. Van den Dungen (2007). Er is niet veel onderzoek gedaan naar deze therapietechniek maar het blijkt effectief te zijn voor het gebruik van vroege woordcombinaties (Leonard, 2000).

Imitatie

De logopedist biedt een doelzin aan en het kind wordt gestimuleerd deze te herhalen, dit kan met behulp van plaatjes of materialen. De doeluiting wordt in stukjes opgebouwd, zo worden lidwoorden aangeboden met het zelfstandig naamwoord en worden hulpwerkwoorden geoefend in korte ja en nee vragen: 'kan ze zien?' Geleidelijk wordt het kind gemotiveerd om gebruik te maken van de doelstructuur zonder dat de logopedist de uiting eerst produceert. Om te zorgen dat het kind steeds minder de voorgezegde doeluiting nodig heeft om zelf tot productie te komen, kan de therapeut eerst nog wat informatie toevoegen voordat het om de doeluiting vraagt. Logopedist: 'Het kleine hondje dacht: ik ga de boer helpen.' 'Het hondje dacht...' 'Kind: 'Boer helpen.' Er zijn een aantal studies gedaan naar deze behandelingsmethode, het ging dan voornamelijk om het verbeteren van het taalaspect morfosyntaxis. Alle studies hiernaar bleken effectief (Leonard, 2000).

Tolken

Als de handeling van het niet sprekende kind wordt verwoord door de logopedist noemt men dit tolken. Als het kind bijvoorbeeld een geluidje bij een handeling maakt of ergens naar kijkt dan verwoordt de logopedist de actie of het onderwerp van interesse (Jansonius-Schultheiss, 2006).

Extensie

Bij extensie wordt er semantisch associatief op de inhoud van de uiting ingegaan. Het kind zegt bijvoorbeeld 'Raam open'. Waarop de logopedist reageert: 'Ja, het raam staat open, want het is erg warm binnen. Extensie blijkt bij jonge kinderen bij te dragen aan de lengte van hun zinnen. Daarnaast wordt de denkontwikkeling van het kind gestimuleerd (Jansonius-Schultheiss, 2006).

Uitvoering van een rollenspel

Samen wordt er een verhaal verzonnen of besproken. De volgorde van gebeurtenissen moeten duidelijk gemaakt worden. Er moet bedacht worden wat er allemaal nodig is aan materialen en de kinderen moeten zich in een rol kunnen inleven. Het hele proces naar de uitvoering toe is dus ook belangrijk. Deze techniek heeft het meeste succes bij kinderen met milde taalproblemen. Onvoldoende effectief bleek deze vormen van aanpak te zijn bij kinderen met ernstige taalontwikkelingsproblemen (Paul, 2007).

Refraseren (recasting)

De uiting van het kind wordt verbeterd (vorm van feedback). Het kind weet dat het gehoord is en kan zijn eigen uiting vergelijken met de uiting van de logopedist. Het kind zal de inhoud en morfosyntactische vormgeving van zijn uiting verbeteren. Het gebruik van recasts (dus het correct herhalen van de zin) die zich specifiek richten grammatica van kinderen met een specifieke TOS zijn erg effectief in het aanleren van de doelstructuren. Kinderen met een specifieke TOS hebben twee keer zoveel recasts nodig in vergelijking met kinderen met een normale taalontwikkeling (Van den Dungen, 2007). Verder onderzoek naar deze vorm van therapie is gedaan door Leonard (2000) (niet duidelijk is in hoeverre dit succes te generaliseren is naar Nederlandse zinnen). Leonard toonde aan dat deze techniek vooral bij hulpwerkwoorden, regelmatige werkwoorden in de verleden tijd en passieve constructies en betrekkelijke bijzinnen geschikt is.

Priming

Bij de techniek priming wordt het kind gevraagd om naar aanleiding van een plaatje een zin met een bepaalde structuur te zeggen en dan een spontane reactie te geven op een ander plaatje wat om

dezelfde doelstructuur vraagt. Om de techniek op een communicatieve manier toe te passen moet de context zo gemanipuleerd worden dat deze functioneel en natuurlijk is (Van den Dungen 2007).

Aan de communicatieve taaltherapie zou indirecte therapie parallel moeten lopen. Wanneer de ouder leert hoe zij haar taalaanbod in de dagelijkse interactie kan aanpassen zodat het kind de ouder begrijpt en kan reageren, zal de communicatie toenemen. Mogelijke communicatieproblemen tussen ouder en kind kunnen zo opgelost worden (Van den Dungen, 2007).

2. Lesgerichte directieve aanpak

Bij deze aanpak is de therapeut de aangever. Kinderen met gedragsproblemen en een laag gemiddeld tot laag IQ hebben een meer gestructureerde directieve therapie nodig. Als er geheugenproblemen zijn, moet het taalaanbod daar rekening mee houden. Een gestructureerde uiting zal dan meer respons uitlokken. Als een kind vaker kan antwoorden, zal dit bijdragen aan de taalontwikkeling van het kind (Fey, 1986).

Modeleren

Het kind krijgt een doeluiting 10 tot 20 keer aangeboden met ondersteunend visueel materiaal (Van den Dungen, 2007). Er is een vorm van modeleren waarbij het kind alleen maar observeert. Het kind zal de structuur namelijk actiever waarnemen en kunnen opslaan als het eerst goed geluisterd heeft (Jansonius-Schultheiss, 2006). Er is ook een vorm waarbij het kind de nieuwe doeluiting gelijk zelf toepast. De voordelen van modeleren zijn dat uitingen goed gespecificeerd zijn, daarnaast kan goed worden aangegeven wanneer iets goed of fout is waardoor het kind beloond kan worden. De techniek modeleren is nader bestudeerd in een studie waarin kinderen met een specifieke TOS grammaticale structuren werden aangeleerd. De techniek gaf aan het einde van de training effect te zien op het vlak van grammaticale en lexicale expressie. Maar de transfer van de geleerde naar alledaagse communicatie bleek moeilijk (Leonard, 2000).

3. Gemengde therapie

Dit is een mengvorm van de communicatieve en de lesgerichte aanpak. De therapeut selecteert activiteiten en materiaal. Het kind wordt indirect uitgelokt om de gewenste uitingen te zeggen. Het gaat hier dus om de accentuering en modellering van gewenste taaldoelen. Om gemengde therapie vorm te geven kunnen de volgende technieken gebruikt worden:

Gerichte stimulatie

Er is een overlap tussen communicatieve taaltherapie en gerichte stimulatie - dat ook gebruik maakt van natuurlijke settings in de spel- maar dat anders dan communicatieve taaltherapie waar geprobeerd wordt communicatieve pogingen van het kind te bewerkstellingen moet het kind meer de therapeut volgt. Het kind krijgt een doelvorm frequent aangeboden bijvoorbeeld 'Het paard is in de stal.', 'Het varken is ook in de stal.', 'En het hondje?', Waarna het kind uitgelokt wordt om in dezelfde lijn te antwoorden. Taalbegrip en taalexpressie worden hiermee bevorderd (Jansonius-Schultheiss 2006). Deze vorm is volgens Leonard (2000) effectief voor een aantal Engelse structuren zoals 'wh'- vragen, hulpwerkwoorden, koppelwerkwoorden en onregelmatige werkwoorden (niet duidelijk is in hoeverre dit naar Nederlandse structuren te generaliseren is).

Interactief situationeel leren

Het kind moet de volwassene opdrachten geven en vragen stellen om te krijgen wat het wil. Als het kind naar wens in een één-, twee- of meerwoordszin spreekt, krijgt het dat waar het om vraagt. De verbale expressie, maar vooral ook het taalgebruik, worden zo bevorderd (Jansonius-Schultheiss, 2006)

Verticale structurering

De logopedist heeft al een doelstructuur bedacht. Het kind zal ergens over praten (bijvoorbeeld na aanleiding van een plaatje) maar zal onvolledige zinnen gebruiken waarin semantische thema's worden weggelaten. De logopedist zal dan semantisch contingent bij de inhoud van de kinderzin aansluiten en deze reparen. Bijvoorbeeld: Kind kijkt naar plaat van dierenpark en zegt: 'Die kijkt naar een leeuw'. Logopedist: 'Kun je me nog meer over dat jongetje vertellen?'. Kind: 'Hij heeft een pet'. Logopedist: 'Ja, hij draagt een pet! Dus Het jongetje met de pet kijkt naar een leeuw.' Deze vorm van stimulatie blijkt eenvoudige zinnen met een appositie (bijstelling) uit te lokken (Jansonius-Schultheiss, 2006)

Therapie volgens script

Een specifieke structuur kan geoefend worden door korte verhaaltjes met contrasterende semantisch grammaticale structuren. Hierdoor worden de betekenis en grammaticale vorm duidelijk gemaakt. Alledaagse gebeurtenissen zijn ideaal voor scripts. Zo kunnen directieve structuren in een recept verwerkt worden. Paul (1995: in Leonard, 2000) geeft hierbij de volgende adviezen: Taal moet informatief zijn, de motivatie om te gaan spreken moet toenemen, er moet voldoende samenhang tussen de uitingen zijn en in de uitingen mogen er sprongen in plaats en tijd gemaakt worden.

2.6 Onderzoek naar het effect van taaltherapie

Over de effectiviteit van taaltherapie bestaan nog veel vragen. Middels de hieronder besproken artikelen wordt een beeld geschetst van wat bekend is over de effectiviteit van taaltherapie en welke factoren de effectiviteit van taaltherapie lijken te beïnvloeden. Er worden drie overzichtsartikelen en drie individuele studies besproken.

Law e.a. publiceerden in 2004 een meta-analyse van studies naar de effectiviteit van de behandeling van kinderen met spraaktaalproblemen. In deze studies waren de deelnemende kinderen niet ouder dan 6 jaar. De meta-analyse wijst erop dat spraak- en taaltherapie effectief zou kunnen zijn voor kinderen met fonologische problemen of problemen met de expressieve woordenschat. Er was gemengd bewijs wat de effectiviteit betreft bij kinderen met expressieve syntactische problemen en er was weinig bewijs beschikbaar over de effectiviteit van interventie bij kinderen met receptieve taalproblemen. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen interventies die uitgevoerd werden door getrainde ouders en interventies uitgevoerd door klinici. Deze review identificeerde langere therapieduur (langer dan 8 weken) als een mogelijke factor om goede klinische resultaten te bereiken.

Cirrin en Gillam publiceerden in 2008 een review van studies naar de effectiviteit van taaltherapie bij kinderen in de schoolgaande leeftijd (5 jaar en ouder), waarbij het merendeel van de artikelen ging over kinderen uit de lagere groepen. Uit het feit dat zij slechts 21 kwalitatief goede studies vonden (uit de periode vanaf 1985), concluderen Cirrin en Gillam dat er relatief weinig bewijs is voor de behandelmethoden die momenteel worden gebruikt voor de behandeling van kinderen in deze leeftijd. De auteurs stellen dat een behandelaar redelijk vertrouwen kan hebben in taaltherapie om het fonologisch bewustzijn te verbeteren, met als bijkomend voordeel dat de therapie ook blijvende resultaten geeft. Een behandelaar kan, volgens de auteurs, minder vertrouwen hebben in taaltherapie als het gaat om het verbeteren van de woordenschat, semantiek, syntaxis, morfologie en taalverwerking. Een meer interactieve aanpak bij het vergroten van de woordenschat en begrip van woordbetekenissen (semantiek) zou wel gunstig werken. Met betrekking tot het verbeteren van de taalverwerking (luisteren naar, waarnemen, onderscheiden en herinneren van klanken, lettergrepen, woorden en zinnen) concluderen zij dat het gebruik van beschikbare computerprogramma's geen klinische relevante effecten heeft. De auteurs geven aan dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar de effectiviteit van taaltherapie bij kinderen boven de vijf jaar.

Behandelingen gegeven aan kinderen in de schoolgaande leeftijd, zijn nu vaak gebaseerd op onderzoek uitgevoerd bij jongere kinderen. Ook geven zij aan dat meer onderzoek nodig is naar de effectiviteit van behandelmethodes die zich richten op de receptieve kant van taal en naar de effecten van verschillende 'service delivery models' (de vormgeving van de therapie: keuze voor instructie, personeel, materiaal, individuele of in groepsbehandeling, enz.). Tenslotte geven zij aan dat meer onderzoek nodig is naar de noodzakelijke duur en frequentie van de behandeling bij schoolgaande kinderen met een taalstoornis.

Zowel Law e.a.(2004) als Cirrin en Gillam (2008) geven aan dat er relatief weinig bekend is over de effectiviteit van de behandeling van een TOS met een receptieve component. Het review van Boyle, McCartney, O'Hare en Law (2010) richt zich hier specifiek op. Allereerst bespreken de auteurs de mogelijke onderliggende verklaringen voor een receptief-expressieve TOS: de linguïstische verklaring (probleem zit in het talige systeem zelf), de cognitieve verklaring (verminderde algemene verwerkingsmogelijkheden, problemen in het vasthouden van verbale en non-verbale informatie in het werkgeheugen en auditieve verwerkingsproblemen) en de genetische verklaring (stoornis is erfelijk bepaald). Taalstoornissen hebben langdurige negatieve effecten op de geletterdheid, het gedrag en de sociale ontwikkeling. Deze kinderen lopen meer kans op mentale problemen. Een receptief-expressieve stoornis heeft op lange termijn veel meer negatieve consequenties dan enkel een expressieve stoornis. Daarom stellen de auteurs dat het belangrijk is dat kinderen met deze problematiek al jong behandeld worden. De algemene conclusie van de auteurs is dat er te weinig is bewijs om te zeggen dat taaltherapie bij kinderen met repressief-expressieve TOS effectief is. Zij benoemen echter wel een paar gunstige uitzonderingen. Zo geven de auteurs aan dat een meer directe instructieve aanpak bij kinderen met een receptief-expressieve stoornis effectief lijkt te zijn (denk hierbij aan modeling, imitatie en conversational recasting). Taaltherapie waarbij mentale visuele strategieën worden toegepast voor een beter taalbegrip bleken ook tot betere resultaten te leiden. Als interessante lijnen voor nieuw onderzoek worden genoemd: de studie naar het effect van woordenschatontwikkeling en de studie naar de vraag of de therapie die bij expressieve taalstoornissen toegepast wordt ook nuttig is voor kinderen met een receptief component.

Boyle, McCartney, O'Hare en Forbes (2009) onderzochten 161 kinderen met een specifieke TOS in de leeftijd van 6-11 jaar, middels een RCT. De meerderheid van de deelnemende kinderen had een expressieve TOS, maar er namen 68 kinderen deel aan de studie met een receptief-expressieve TOS. De kinderen werden willekeurig verdeeld over 5 behandelgroepen: gangbare therapie (controle), directe individuele therapie, indirecte individuele therapie, directe groepstherapie of indirecte groepstherapie. De indirecte therapie werd gegeven door een getrainde taaltherapie-assistent. De behandeling vond plaats op reguliere scholen, drie maal per week gedurende een periode van 15 weken, en duurde 30-40 minuten per keer. Taaltesten om het taalniveau van de deelnemers te meten, werden voorafgaand aan de therapie, na afloop van therapie en twaalf maanden erna afgenomen. De therapie die aan de vier interventiegroepen gegeven werd, was gebaseerd op recente wetenschappelijke inzichten. Tussen de vier interventiebehandelingen werd geen verschil in effect gevonden. De auteurs concluderen dat taaltherapie even effectief kan worden gegeven door taaltherapie-assistenten en in groepsverband, als individueel door een logopedist. Zij plaatsen wel enkele kanttekeningen bij deze resultaten en zegt dat deze bevindingen niet algemeen aangenomen kunnen worden voor kinderen die naast een TOS ernstige fonologische of articulatoire problemen hebben. Voor hen is het waarschijnlijk beter door te gaan met directe therapie. Ook geeft de auteur aan dat tijdens het onderzoek de assistent-therapeuten allen dezelfde intensieve training hadden gevolgd en daarnaast werkten onder toezicht van een ervaren logopedist. Deze manier van werken zal moeten worden doorgetrokken naar de praktijk. Taaltherapie was in deze studie effectief bij kinderen tussen de 6 en 11 jaar wat betreft het verbeteren van de expressieve, maar niet de receptieve, taalvaardigheid. Daarnaast gingen kinderen met een expressieve TOS gingen significant meer vooruit dan kinderen met een expressief-receptieve TOS. Deze bevindingen zijn in

overeenstemming met die van Law e.a. (2004). Indirecte groepstherapie bleek de minst kostbare, en directe therapie de meest kostbare methode.

In de volgende twee studies werden verschillende 'service delivery models' bestudeerd. Gallagher en Chiat (2009) bestudeerden de effectiviteit van verschillende vormen van taaltherapie bij 24 kinderen van 3;6 t/m 5;0 jaar met een ernstige specifieke TOS. De kinderen werden willekeurig verdeeld over drie interventies: 1. intensieve, groepstherapie door een gespecialiseerde logopedist, 2. een combinatie van directe en indirecte groepstherapie gegeven op het kinderdagverblijf, 3. geen behandeling. De intensieve behandeling bestond uit 96 uur directe therapie in een periode van 24 weken (4 uur per week), de 'nursery-based' behandeling omvatte in totaal 12 uur directe therapie (1 uur per week). Voor en na de behandelperiode werden o.a. taaltests voor de expressieve en receptieve taalvaardigheid afgenomen. De intensieve behandeling had een positief effect op zowel de receptieve als de expressieve taalvaardigheid. De 'nursery-based' behandeling was niet effectiever dan de controlebehandeling. De auteurs stellen dat de resultaten suggereren dat voor kinderen met een receptieve taalstoornis intensiviteit van de behandeling cruciaal zou kunnen zijn. Als mogelijke verklaring voor het verschil in effect tussen de intensieve en de 'nursery-based' behandeling noemen de auteurs o.a. het verschil in intensiteit, maar ook verschil in gebruikte technieken en in ervaring van de behandelende logopedisten.

Mecrow, Beckwith en Klee (2010) tenslotte onderzochten de effectiviteit van een vorm van intensieve, indirecte therapie: spraak- en taaltherapie gegeven door een gespecialiseerde klassenassistent (STA) onder supervisie van een vakdocent of een docent/therapeut. Aan de studie deden 35 kinderen mee in de leeftijd van leeftijd 4;2 t/m 6;10 jaar met een matige tot ernstige expressieve en/of receptieve TOS. Elk kind nam gemiddeld deel aan 39 individuele therapiesessies van 45-60 minuten gedurende een periode van 10 weken. De vooruitgang op twee specifieke behandeldoelen (targets, bv. het gebruik van 'behind') werd vergeleken met twee soortgelijke doelen waar niet aan gewerkt werd (controles, bv. het gebruik van 'next to'). Verder werd de vooruitgang gemeten op algemene taaltests (zonder controlegroep). Voor de targets (t.o.v. de controles) werd een duidelijk effect van de behandeling waargenomen en dit effect bleef bestaan gedurende de follow-up na 2-3 maanden. Op de taaltests (expressief en receptief) scoorden kinderen na de behandeling beter, maar omdat er geen controlegroep is kan dit effect niet zomaar aan de behandeling worden toegeschreven. Een genoemd nadeel van deze therapievorm is dat deze duur is, een klassenassistent kon in een periode maar met drie kinderen werken.

De besproken artikelen wijzen erop dat taaltherapie effectief kan zijn, maar suggereren tevens dat de mate van effectiviteit afhangt van vele factoren.

- Er is weinig evidentie voor de effectiviteit van taaltherapie bij receptieve taalstoornissen (Law e.a., 2004). Deze lijken moeilijker te behandelen dan expressieve taalstoornissen (Boyle e.a., 2009), maar de studie van Gallagher en Chiat (2009) toont aan dat het wel mogelijk is.
- In de laatste studie werd intensieve groepstherapie gegeven (4 uur per week) door een gespecialiseerd logopedist. Ook de intensiteit van de behandeling en wie deze geeft zal de effectiviteit van de behandeling beïnvloeden. Zo vonden Gallagher en Chiat (2009) geen effect van een minder intensieve vorm van een combinatie van directe en indirecte groepstherapie. Daarentegen kwamen uit de meta-analyse van Law e.a. (2004) geen significante verschillen naar voren tussen interventies uitgevoerd door getrainde ouders of klinici. En Boyle e.a. (2009) vonden dat taaltherapie even effectief kan worden gegeven door taaltherapie-assistenten als door een logopedist. Ook Mecrow e.a. (2010) vonden een positief effect van indirecte, weliswaar intensieve, taaltherapie.

- De meta-analyse van Law e.a. (2004) signaleert een andere factor: de duur van de therapie. Hierbij wordt aangegeven dat een therapieduur langer dan 8 weken mogelijk een factor is om goede klinische resultaten te bereiken. Bij de hier beschreven individuele studies was de therapieduur steeds langer dan 8 weken. Het is nog onduidelijk wat een optimale combinatie van duur en intensiteit van taaltherapie is.
- Ook de gebruikte behandelmethoden zullen de effectiviteit van taaltherapie beïnvloeden. Vooral bij kinderen ouder dan 5 jaar is er echter nog weinig wetenschappelijke onderzoek gedaan naar de effectiviteit van verschillende methoden (Cirrin en Gillam, 2008). De reviews van Cirrin en Gillam (2008) en van Boyle e.a. (2010) kunnen voor behandelaars wel nuttige suggesties opleveren voor behandelmethoden met potentie.

Conclusies ten aanzien van de behandeling

Bij de behandeling van een kind met een TOS met een receptieve component kan rekening gehouden worden met het feit dat deze waarschijnlijk moeilijker te behandelen is. Er kan gekozen worden voor een intensievere behandeling, ervaren logopedisten, en specifieke behandelmethoden voor zover beschikbaar (bv. meer directe instructieve aanpak, toepassen mentale visuele strategieën).

Het is niet altijd noodzakelijk dat taaltherapie door een logopedist wordt gegeven, ook indirecte therapie kan effectief of een goede aanvulling zijn. Er moet dan wel goed gekeken worden naar de invulling van de indirecte therapie: bv. training van de gever en de intensiteit van de behandeling. In het algemeen lijkt het raadzaam om voor taaltherapie een periode van minimaal 8 weken uit te trekken. Bij het bepalen van de duur van de behandeling zal de intensiteit ervan moeten worden meegewogen. Bij de keuze van behandelmethoden kan de behandelaar nuttige suggesties opdoen door het bestuderen van de literatuur, maar zal nog voornamelijk aangewezen zijn op gangbare methoden en de eigen ervaring en creativiteit.

HOOFDSTUK 3: Opzet en uitvoering van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt besproken hoe het onderzoek vorm gekregen heeft. Achtereenvolgens zullen de vraagstelling, de potentiële deelnemers, de benadering van de potentiële deelnemers en de respons besproken worden. Dit wordt gevolgd door een bespreking van de verwerking van binnenkomende mail, de onderzoeksinstrumenten en de data verwerking en analyse. Afsluitend zal de expert-mening uiteen gezet worden.

De kern van ons onderzoek bestond uit het uitwerken van een casus van een kind met een TOS (Saartje, zie bijlage 1 en 2) door drie groepen: aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts. Gekeken werd of er binnen en tussen de groepen overeenstemming was over de te stellen diagnose en de behandeling.

In dit hoofdstuk zal er verschillende keren naar bijlagen verwezen worden. Er is gekozen de bijlagen te ordenen per groep (zie overzicht bijlagen), daardoor wordt er in de tekst niet op volgorde naar de bijlagen verwezen.

3.1 Vraagstelling

Voor het observationele onderzoek werden twee vraagstellingen geformuleerd, volgend uit de in de inleiding beschreven probleemstelling.

Vraag 1:

Wat is de mate van overeenstemming over de diagnose en de behandeling bij een casus van een kind met een TOS tussen aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts?

Hierbij wordt verstaan onder:

- a. diagnose: de diagnose op stoornisniveau en op het niveau van activiteiten en participatie, inclusief de oorzakelijke, in stand houdende en positieve factoren
- b. behandeling: hoofddoelen voor de behandeling gedurende 6 maanden in volgorde van belangrijkheid en gewenste vervolgstappen
- c. aanstaande logopedisten: logopediestudenten die dit jaar afstuderen
- d. ervaren logopedisten: logopedisten die veel ervaring hebben met de behandeling van TOS en mogelijk gerichte nascholing hebben gevolgd
- e. experts: logopedisten met extra kennis over TOS (bv. docenten TOS aan het HBO).

Hierbij wordt gekeken naar:

- f. de mate van overeenstemming binnen de drie onderzoeksgroepen
- g. de mate van overeenstemming tussen de drie onderzoeksgroepen

Vraag 2:

Is er verschil tussen de aanstaande en de ervaren logopedisten in de mate waarin de diagnose en behandeling die zij (voor)stellen bij een casus van een kind met een TOS overeen komt met de mening van experts?

Hierbij wordt verstaan onder diagnose, behandeling, aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts: zie a t/m e bij vraag 1.

Deze vraag kan alleen beantwoord worden voor:

- h. onderdelen van de diagnose en de behandeling waarvoor voldoende overeenstemming bestaat tussen de experts om een expertmening te formuleren (zie methoden)

Hierbij wordt:

- i. per logopedist en per groep gekeken naar de mate van overeenstemming met de expertmening
- j. gekeken welke groep (aanstaande of ervaren logopedisten) meer handelt conform de expertmening, waarmee een indruk verkregen kan worden van het effect van ervaring en nascholing op het handelen van logopedisten.

3.2 Potentiële deelnemers

De te benaderen deelnemers waren onder te verdelen in drie groepen. Onder aanstaande logopedisten werden de logopediestudenten van de Hogeschool Utrecht (en van de overige 6 Hbo-opleidingen) verstaan die het inhoudelijke gedeelte van onderwijs hadden afgerond. Onder ervaren logopedisten werden logopedisten die in het voorjaar van 2011 de cursus Communicatieve Taaltherapie op de Hogeschool Utrecht volgden en andere logopedisten met werkervaring op het gebied van TOS verstaan. Onder de experts werden logopedisten met extra kennis over TOS verstaan. Dit waren bijvoorbeeld logopedisten die zich verder hadden ontwikkeld tot docent TOS aan een hogeschool, tot onderzoeker of auteur van boeken en/of artikelen op het gebied van TOS of die zich hadden gespecialiseerd tot bv. klinisch linguïst of taalpatholoog en gespecialiseerde zorg boden aan kinderen met een TOS.

3.3 Benadering potentiële deelnemers

Potentiële deelnemers ontvingen voorjaar 2011 een e-mail bericht waarin het onderzoek uiteengezet werd. De casus met opdrachten, en in de meeste gevallen ook een korte vragenlijst, werd als bijlage aan het e-mailbericht toegevoegd. Hieronder volgt een beschrijving van de benadering van de aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts.

De namen van veel aanstaande logopedisten, studenten uit het 4^e jaar (en hoger) van de HU, waren terug te vinden op de website van de opleiding. Hun namen werden vervolgens via het mailprogramma Outlook HU aan persoonlijke e-mailadressen gekoppeld. Deze studenten die in groepjes bezig waren aan hun afstudeerproject, werden in het e-mailbericht als projectgroep aangesproken, in de hoop dat dit meer solidariteit met ons afstudeerproject zou oproepen (zie bijlage 3 en 6 voor de e-mails en vragenlijst). Vier andere studenten die naar verwachting in 2011 zouden afstuderen, (ex) klasgenoten met vrijstelling voor het afstudeerproject, en een groep zij-instromers uit het derde jaar, (ex)klasgenoten die het inhoudelijk deel van de opleiding hadden afgerond, werden ook benaderd voor het onderzoek. Zij werden eerst gebeld en indien zij interesse hadden, werd hen een e-mail met de casus en bijbehorende opdrachten toegestuurd (bijlage 4 en 6).

Er werd geprobeerd om studenten van andere opleidingen Logopedie via de docenten TOS van de desbetreffende opleidingen (uit de expert groep) te benaderen. De docenten werden gevraagd informatie over het onderzoek per e-mail door te sturen naar hun vierdejaarsstudenten (bijlage 5 en 7). Onduidelijk was echter hoeveel docenten deze e-mail doorstuurde.

De aanstaande logopedisten kregen twee weken de tijd om de casus weer in te leveren. Indien er na een week nog geen antwoord was, werd er een herinneringsmail gestuurd waarin de uiterste inleverdatum een week naar voren werd geschoven (bijlage 8). Om de studenten tot deelname te prikkelen werden er twee cadeaubonnen van 20 euro onder de deelnemende studenten verloot, daarnaast werd elke deelnemende student een creatieve verrassing beloofd. Het beloningssysteem gold niet voor de ervaren logopedisten en de experts omdat er vanuit gegaan werd dat zij deelname aan onderzoek als onderdeel van hun werk zagen.

Een deel van de ervaren logopedisten nam voorjaar 2011 deel aan de post-HBO cursus Communicatieve Taaltherapie. Gerda Bruinsma (docent van de cursus) informeerde de cursisten over het onderzoek en de onderzoekers gaven tijdens de derde bijeenkomst van de cursus (11 april) een korte PowerPoint presentatie over het project (zie bijlage 14). De cursisten werden na de presentatie gevraagd een korte vragenlijst in te vullen (bijlage 13) en deze te voorzien van een e-mailadres, zodat hen een e-mail (bijlage 9) met casus en bijbehorende opdrachten toegestuurd kon worden. Verder stelde een aantal docenten van de opleiding e-mailadressen van logopedisten met ervaring met het werken met kinderen met een TOS uit hun professionele netwerk ter beschikking. Deze groep ontving een voor hen geschreven e-mail met casus en bijbehorende opdrachten en een vragenlijst (bijlage 10, 11 en 13). Omdat de deelnemers aan de cursus Communicatieve Taaltherapie meerdere deadlines voor in te leveren opdrachten hadden en de meivakantie in de responsperiode viel, is er besloten een herinneringsmail te sturen waarin de uiterste inleverdatum een week later gesteld werd.

De experts werden getraceerd door de secretariaten van de logopedieopleidingen in Nederland via de e-mail te benaderen en de e-mailadressen na te vragen van de docenten die het TOS onderwijs aan die instellingen verzorgden (zie bijlage 15). Verder werden Nederlandse auteurs op het gebied van TOS benaderd. Voorwaarde was dat zij logopedist waren en zich gespecialiseerd hadden in het onderwerp. De e-mailadressen van de experts waren te achterhalen via internet en een docent van de opleiding. De experts kregen naast de casus en opdrachten een voor hen bestemde e-mail en vragenlijst die als bijlage 16, 17 en 19 terug te vinden zijn. Omdat de meivakantie de respons mogelijk negatief beïnvloedde is er besloten een herinneringsmail (bijlage 18) te sturen waarin de uiterste inleverdatum een week verzet werd.

Bevordering van de respons

Aan alle deelnemers werd meegedeeld dat de resultaten strikt anoniem verwerkt zouden worden. Er is expliciet gevraagd geen naam op de uitwerkingen te vermelden. Daarnaast werd de deelnemers een overzicht van de belangrijkste onderzoeksresultaten toegezegd. De deelnemende aanstaande logopedisten en de ervaren logopedisten werden ook de samengestelde expert-mening toegezegd (indien er voldoende consensus was), zodat zij hun eigen uitwerking konden spiegelen.

3.4 Respons

In onderstaande tabel is terug te vinden hoeveel potentiële deelnemers er benaderd werden en hoeveel er daadwerkelijk een uitwerking en/ of vragenlijst instuurden.

Tabel 3.1: overzicht van ontvangen uitwerkingen en vragenlijsten

	aanstaande logopedisten	ervaren logopedisten cursus CT*	ervaren logopedisten overig	experts docenten	experts overig	
aantal benaderd	73	15	37	17	6	totaal 148
bruikbare uitwerking casus ontvangen	13	7	11	5	2	totaal 38
bruikbare vragenlijst ontvangen	13	7	8	4	2	totaal 34

*Communicatieve Taaltherapie

Vier van de 38 deelnemers leverden geen bruikbare vragenlijst in. Één vragenlijst viel af omdat een ervaren logopedist werd verplaatst naar de expert groep, en de desbetreffende vragenlijst correspondeerde niet met de vragenlijst van de expert groep. Drie van de cursisten hadden voor aanvang van de cursus Communicatieve Taaltherapie de casus uitgewerkt (vooraf aan ons project) en waren niet gevraagd een vragenlijst in te vullen.

3.5 Verwerking van de binnenkomende mail

Om de inkomende e-mails en data goed te kunnen verwerken werd er gebruik gemaakt van een aantal hulpmiddelen. Zo bestond er een responslijst, dit betrof een *Excel* bestand waarin werd bijgehouden welke deelnemers al gereageerd hadden en welke deelnemers in aanmerking kwamen voor een herinneringsmail. Voor de verwerking van de binnenkomende mail werd er een protocol opgesteld, welke is terug te vinden als bijlage 20. Voor elke deelnemer werden de uitwerking van de casus en de vragenlijst digitaal onder een specifiek codenummer opgeslagen; het volgnummer van binnenkomst, dit werd gedaan om een anonieme verwerking mogelijk te maken. In een apart opgeslagen codelijst werd de koppeling tussen het volgnummer en de naam van de deelnemer gelegd. Om verdere anonimiteit te waarborgen werd alle persoonlijke informatie van de respondenten als wel de hulpmiddelen die gebruikt werden voor de verwerking van de binnenkomende data, na het onderzoek vernietigd.

3.6 Onderzoeksinstrumenten

De instrumenten bestonden uit een casus met bijbehorende opdrachten (zie bijlage 1 en 2) en een vragenlijst welke voor iedere onderzoeksgroep apart werd opgesteld.

De casus met bijbehorende opdrachten

Om de volgende redenen werd er voor dit onderzoek gekozen voor het gebruik van een casus:

- De drie te onderzoeken groepen waren vertrouwd met het fenomeen 'casus'; de studenten hadden op de opleiding gewerkt met casussen in het kader van probleem gestuurd onderwijs. De logopedisten en experts waren met gevalsbeschrijvingen uit de praktijk bekend. Een casus schetste zoveel mogelijk de realistische praktijksituatie.
- De beginsituatie was voor iedereen gelijk; iedereen had beschikking over dezelfde informatie uit de casus. Dit maakte de vergelijkbaarheid van de antwoorden groter.
- Een gevalsbeschrijving maakte dat de uitvoerder meer betrokken zou raken bij de probleemstelling, het zou meer leven. Dit zou de doelgroepen mogelijk stimuleren tot deelname aan het onderzoek.
- De deelnemers van de Post HBO cursus konden de casus zien als een extra oefening voor het toepassen van de in de cursus geleerde stof.

Toch zijn er ook enkele nadelen voor het gebruik van een casus:

- Er werd maar om de uitwerking van één casus gevraagd, het is dus de vraag hoe representatief de resultaten zouden zijn
- De uitwerking van een gedetailleerde casus zou relatief veel tijd kosten, dit kon de respons mogelijk negatief beïnvloeden.

Voor het onderzoek werd gebruik gemaakt van de casus van een vijf jarig meisje met een TOS (Saartje). De casus was vorig jaar opgesteld door een deelnemer aan de post-HBO cursus Communicatieve Taaltherapie aan de Hogeschool Utrecht en het betrof een bestaande cliënt van deze logopedist. Er werd voor deze casus gekozen, omdat het een goed uitgewerkte casus was die je

in elke logopediepraktijk tegen kon komen. Gerda Bruinsma: *'het is geen heel complexe casus, maar er is wel duidelijk wat aan de hand'*.

Gerda Bruinsma had vervolgens de casus zo aangepast dat deze bruikbaar was voor het onderwijs. Ook had zij opdrachten bij de casus opgesteld. De oorspronkelijke casus bestond uit drie pagina's tekst plus ruim twee pagina's met een uitgeschreven taalsample. De casus werd kritisch bekeken op duidelijkheid en volledigheid en vervolgens werd deze aangepast. Ook werden de opdrachten explicieter geformuleerd, zodat volledig duidelijk zou zijn wat wel en wat niet gevraagd werd. Uit een kleine pilot bij twee derdejaars logopediestudenten (instromers) bleek dat de casus en de opdrachten op een paar puntjes na helder waren, maar dat zij verwachtten twee uur nodig te hebben voor de uitwerking.

Om de respons te bevorderen werd geprobeerd de benodigde tijd voor de uitwerking te beperken tot 45 minuten. Hiervoor werd de tekst van de casus ingekort tot anderhalve pagina (zie bijlage 1). De relevante informatie uit het taalsample is onder een apart kopje in de casus ondergebracht. Het taalsample werd vervolgens weg gelaten om de benodigde tijd verder in te kunnen korten.

Ook de opdrachten bij de casus (bijlage 2) werden aangepast; een complete klinische redenering werd niet meer verlangd, in plaats daarvan werd er om oorzakelijke, in stand houdende en positieve factoren gevraagd. Ook werd er niet meer om een volledig behandelplan gevraagd maar wel om drie hoofddoelen in volgorde van belangrijkheid en mogelijke vervolgstappen. Met deze nieuwe aanpassingen werd er een tweede pilot onder een paar derdejaars logopediestudenten uitgezet. Hier kwam helaas geen respons op (de desbetreffende studenten hadden het te druk). In verband met onze tijdsdruk werd deze tweede pilot afgeblazen en zijn de opdrachten bij de casus ongewijzigd gebleven.

Vragenlijsten

Om een goede beschrijving te kunnen geven van alle deelnemende logopedisten, werd er voor gekozen om elke groep een eigen vragenlijst te laten invullen, met enkele voor de groep relevante vragen zoals vooropleiding en gevolgde cursussen. Dit werd gedaan om achteraf in staat te zijn kanttekeningen bij de bevindingen te kunnen maken.

De vragenlijsten zijn in de bijlagen terug te vinden:

Vragenlijst aankomende logopedisten / opleiding Logopedie Utrecht (bijlage 6)

Vragenlijst aankomende logopedisten / overige logopedie opleidingen (bijlage 7)

Vragenlijst ervaren logopedisten (bijlage 13)

Vragenlijst experts (bijlage 19)

3.7 Dataverwerking en data-analyse

Dataverwerking

Om de antwoorden bij de opdrachten te coderen werd er een scoreformulier ontwikkeld (zie bijlage 21). Om een impressie te krijgen en om ideeën op te doen voor het maken van het codeboek werd er gebruik gemaakt van vier uitwerkingen die voor aanvang van de cursus communicatieve taaltherapie gemaakt waren. Gaandeweg werd het codeboek verder uitgewerkt op basis van de van deelnemers ontvangen uitwerkingen van de casus. Er werd geprobeerd de antwoorden te onder te brengen in een beperkt aantal categorieën om een goede, getalsmatige, vergelijking tussen de groepen mogelijk te maken. Om alle oorspronkelijke antwoorden inzichtelijk te maken en ook een meer kwalitatieve beoordeling van de uitwerkingen mogelijk te maken, werden in het codeboek alle letterlijke antwoorden voor alle opdrachten, behalve de diagnose op stoornisniveau vermeld (zie bijlage 22).

Bij het coderen van de uitwerkingen werd er geblindeerd te werk gegaan, de codeerder wist niet tot welke onderzoeksgroep de betreffende logopedist behoorde. Om het systeem goed onder de knie te krijgen werd een aantal uitwerkingen door de drie onderzoekers samen gecodeerd. Vervolgens werden een uitwerking steeds door één onderzoeker gecodeerd en vervolgens gecontroleerd door een tweede onderzoeker.

Data analyse

Alle gecodeerde gegevens werden in het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) ingevoerd om frequentieverdelingen voor de verschillende variabelen te berekenen voor alle deelnemers samen (frequentietabellen) en per groep (kruistabellen).

3.8 Expert-mening

Om vraagstelling 2 te beantwoorden werd een expert-mening opgesteld voor zowel de diagnostiek als het behandelplan. Voor elke antwoordcategorie met betrekking tot de diagnostiek (ernstmaat, specifiek of niet-specifiek, receptief en/of specifiek, gestoorde taalaspecten, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen en oorzakelijke, instandhoudende en gunstige factoren) en het behandelplan (behandeldoelen en vervolgstappen) werd gekeken of de experts het voldoende met elkaar eens waren. Minimaal 5 van de 7 experts moesten het met elkaar eens zijn om van voldoende overeenstemming te kunnen spreken. Dit leidde tot een expert-mening over de diagnostiek bestaande uit acht onderdelen en een expert-mening over het behandelplan bestaande uit drie onderdelen (zie paragraaf 4.2.2).

Vervolgens werd de uitwerking van de aanstaande en de ervaren logopedisten beoordeeld aan de hand van de expert-mening. Voor elk onderdeel van de expert-mening over de diagnostiek kreeg een logopediste één punt als het antwoord bij dit onderdeel overeenkwam met de expert-mening. Hierbij moet vermeld worden dat er bij het onderdeel taalaspecten voor gekozen is de het onderdeel fonologie te scoren wanneer fonologische problemen of een fonologische stoornis ergens genoemd werden in de door de deelnemer opgestelde tekst bij opdracht 1.

Voor de onderdelen van de expert-mening over het behandelplan werd bij overeenstemming niet steeds één punt toegekend. Voor de onderdelen 'in de behandeling werken aan de woordenschat' en 'IQ-onderzoek als vervolgstap' werd bij overeenstemming twee punten toegekend, tegen slechts één punt voor het onderdeel 'woordenschat is belangrijkste behandeldoel'. Hiervoor is gekozen omdat de eerste twee onderdelen belangrijker werden geacht. Voor het succes van de behandeling is het relatief minder belangrijk of het werken aan de woordenschat werd benoemd als belangrijkste of als tweede of derde behandeldoel.

Voor elke aanstaande en ervaren logopedist werd op deze manier een score berekend voor de overeenstemming met de expert-mening over de diagnostiek (maximaal 8 punten) en over het behandelplan (maximaal 5 punten). De ondergrens voor een 'goede overeenstemming' werd gesteld op 80% van de maximale score en voor 'voldoende overeenstemming' op 55% van de maximale score. Een score lager dan 55% van de maximale score betekende 'weinig overeenstemming'. Hierbij werd steeds afgerond op hele getallen. Voor elke aanstaande en ervaren logopedist werd dus beoordeeld of er op het gebied van de diagnostiek een goede, voldoende of weinig overeenstemming bestond met de expert-mening. Hetzelfde werd gedaan voor de behandeling.

Indien er bij diagnostiek een missende waarde was voor één van de 8 onderdelen, werd de score toch berekend (maximale score 7 punten) en werden dezelfde rekenregels toegepast om te kijken in welke mate er overeenstemming met de expertmening was. Hierdoor konden één aanstaande (nr. 27) en zes ervaren (nr. 5, 8, 14, 29, 37 en 38) logopedisten toch meegenomen worden in de analyses.

HOOFDSTUK 4: Resultaten observationele studie: diagnostiek en behandeling van TOS

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het observationele onderzoek beschreven. Na een beschrijving van de deelnemers (paragraaf 4.1), worden de resultaten van de uitwerking van casus Saartje door de drie onderzoeksgroepen beschreven (paragraaf 4.2). Tenslotte wordt in paragraaf 4.3 beschreven hoe de deelnemers, en met name de experts, dachten over richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van TOS.

4.1 Beschrijving van de deelnemers

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van de vragenlijsten met achtergrondkenmerken, die zijn ingevuld door 13 studenten, 15 ervaren logopedisten en 6 experts. Per groep wordt een beschrijving gegeven van de deelnemers.

De groep aanstaande logopedisten telde 13 studenten: drie reguliere studenten en 10 zij-instromers (tabel 4.1). De reguliere studenten waren tussen de 20 en 21 jaar oud, terwijl de meeste zij-instromers 25 jaar of ouder waren. De reguliere studenten hadden een HAVO- of VWO-diploma. De meeste zij-instromers hadden een HBO- of WO-diploma (tabel 4.1).

Tabel 4.1: Kenmerken van de aanstaande logopedisten: zij-instromers en reguliere studenten*

	Zij-instromer N=10		Regulier N=3		Totaal N=13	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Leeftijd (jaar):						
20-25	1	(10)	3	(100)	4	(31)
25-30	7	(70)	0	(0)	7	(54)
30-35	0	(0)	0	(0)	0	(0)
>35	2	(20)	0	(0)	2	(15)
Hoogste vooropleiding:						
HAVO	0	(0)	2	(67)	2	(15)
VWO	0	(0)	1	(33)	1	(8)
propedeuse HBO of WO	1	(10)	0	(0)	1	(8)
HBO	7	(70)	0	(0)	7	(54)
WO	2	(20)	0	(0)	2	(15)
TOS één van de favoriete vakken tijdens de opleiding:						
ja	5	(50)	3	(100)	8	(62)
nee	5	(50)	0	(0)	5	(39)
Aantal stages waarin gewerkt met kinderen met een TOS:						
1 stage	7	(70)	0	(0)	7	(54)
2 stages	2	(20)	1	(33)	3	(23)
3 stages	1	(10)	2	(67)	3	(23)
Wenst dat behandelen TOS onderdeel wordt van werk:						
ja	6	(60)	3	(100)	9	(69)
nee	2	(20)	0	(0)	2	(15)
maakt me niet uit	2	(20)	0	(0)	2	(15)

*voor definitie, zie methoden

Alle reguliere studenten benoemden TOS als een van hun favoriete vakken op de opleiding (tabel 4.1). Daarnaast noemden zij allemaal spraak als favoriete vak. Van de zij-instromers benoemden 5 van de 10 TOS als een van hun favoriete vakken. De overig zij-instromers, bleken meer affiniteit te hebben met vakken als afasie, stem en stotteren. Alle reguliere studenten hadden tijdens twee of meer stages gewerkt met kinderen met een TOS tegen slechts 3 van de 10 zij-instromers. De reguliere studenten wilden ook alle drie dat TOS na hun afstuderen deel uit zou gaan maken van hun werk. Bij de zij-instromers wilden 6 van de 10 dit (tabel 4.1).

De groep ervaren logopedisten bestond uit 7 logopedisten die mee hadden gedaan aan de cursus Communicatieve Taaltherapie en 8 overige ervaren logopedisten (tabel 4.2). Van de cursisten waren er 5 werkzaam in het S(B)O-onderwijs. Daarvan werkte er 1 ook in een vrije vestiging en een andere in de vroegbehandeling bij kinderen met ernstige communicatieproblemen tussen 2 tot 5 jaar. Van de overige 2 cursisten werkte er 1 in een vrijgevestigde praktijk en 1 in een MKD. Van de overige ervaren logopedisten werkte het merendeel (5 van de 8) juist in een vrijgevestigde praktijk. Twee daarvan werkten daarnaast in een gezondheidscentrum. Eén van deze 2 werkte daarnaast ook nog in het basisonderwijs. Van de overige drie ervaren logopedisten werkten 2 in het S(B)O onderwijs en 1 in de vroegbehandeling bij kinderen met ernstige communicatieproblemen tussen de 2 tot 5 jaar (tabel 4.2).

Tabel 4.2: Kenmerken van deelnemende ervaren logopedisten: cursisten en overigen*

	Cursisten N=7		Overigen N=8		Totaal N=15	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Aantal jaren werkervaring:						
2 t/m 5 jaar	1	(14)	2	(25)	3	(20)
6 t/m 10 jaar	1	(14)	0	(0)	1	(7)
11 t/m 20 jaar	2	(29)	2	(25)	4	(27)
Meer dan 20 jaar	3	(43)	4	(50)	7	(47)
Omvang werkweek:						
≤16 uur per week	1	(14)	0	(0)	1	(7)
17 t/m 24 uur per week	3	(43)	3	(38)	6	(40)
25 t/m 2 uur per week	1	(14)	2	(25)	3	(20)
>35 uur per week	2	(29)	3	(38)	5	(33)
Taal bij kinderen één van de belangrijkste stoornisgebieden?						
ja	7	(100)	8	(100)	15	(100)
nee	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Welk aandeel werktijd besteed aan kinderen met TOS 2-6 jr. ?						
26-50%	2	(29)	4	(50)	6	(40)
> 50%	5	(71)	4	(50)	9	(60)
Opleiding afgerond in:						
1971-1980	0	(0)	1	(13)	1	(7)
1981-1990	3	(43)	3	(38)	6	(40)
1991-2000	3	(43)	2	(25)	5	(33)
2001-2010	1	(15)	2	(25)	3	(20)

*voor definitie, zie methoden

De cursisten hadden gemiddeld evenveel werkervaring als de overige ervaren logopedisten, en ze waren ongeveer evenveel uren per week werkzaam als logopedist (tabel 4.2). Alle ervaren logopedisten werkten met kinderen met een TOS. In totaal werkten 5 van de 7 cursisten 50% of meer van hun werktijd met kinderen met een TOS, van de overige ervaren logopedisten waren dat er relatief minder, namelijk 4 van de 8. Alle cursisten gaven aan ook spraak bij kinderen te behandelen, en 5 van de 7 behandelden daarnaast ook afwijkende mondgewoonten en sensorische integratie. Voor de overige ervaren logopedisten waren dit er respectievelijk 7 van de 8 en 3 van de 8. De overige ervaren logopedisten behandelden ook gehoorproblemen, eet-drinkproblemen en stoornissen in het autisme spectrum. Er was geen duidelijk verschil tussen de cursisten en de overige ervaren logopedisten m.b.t. hoe lang geleden zij waren afgestudeerd. Alle ervaren logopedisten hadden relevante nascholing gevolgd op het gebied van TOS of raakvlakken, zoals bijvoorbeeld autisme, fonologie, TARSP, DGM, Hanen-oudercursus, Kentalis-cursussen op het gebied van auditieve verwerkingsproblemen, woordvinding en zins- en verhaalopbouw en deelname aan verschillende symposia en lezingen op het gebied van TOS (tabel 4.2).

In de expertgroep waren alle 6 deelnemers opgeleid tot logopedist (tabel 4.3). Van de 6 experts waren 4 als docent TOS verbonden aan een hbo-opleiding en de overige 2 experts verleenden gespecialiseerde zorg aan kinderen met een TOS. Van de 4 docenten hadden 2 de master logopediewetenschappen gedaan en 1 van hen was net begonnen met de pre-master. Eén van deze docenten die de master had afgerond schreef daarnaast ook aan TOS gerelateerde wetenschappelijke artikelen en handboeken. De vierde docent had zich gespecialiseerd in spraaktaalpathologie. Van de overige twee experts, die gespecialiseerde zorg verleenden, was er één als docent didactiek verbonden aan een hbo-opleiding en had zich daarnaast gespecialiseerd in spraaktaalpathologie. De ander had zich gespecialiseerd in psycholinguïstiek. Beiden schreven daarnaast aan TOS gerelateerde wetenschappelijke artikelen en/of handboeken (tabel 4.3).

Tabel 4.3: Kenmerken deelnemende experts*

	Totaal N=6
	n (%)
Opgeleid tot logopedist:	
ja	6 (100)
nee	0 (0)
Relevante andere opleidingen/ specialisaties:	
logopediewetenschappen, inclusief pre-master	3 (50)
taal- en spraakpathologie	2 (33)
psycholinguïstiek	1 (17)
In werk te maken met TOS (meerdere antwoorden mogelijk):	
als logopedist verleen ik gespecialiseerde zorg	2 (33)
docent aan HBO	4 (67)
wetenschappelijk onderzoeker/ auteur	3 (50)

*voor definitie, zie methoden

4.2 De uitwerking van casus Saartje door aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van de uitwerking van de opdrachten bij casus Saartje door de drie onderzoeksgroepen: aanstaande logopedisten (n=13), ervaren logopedisten (n=18) en experts (n=7). De centrale vraag is of de deelnemers het eens zijn over de diagnostiek en behandeling bij dit kind met een TOS.

Eerst wordt de uitwerking van de opdrachten vergeleken tussen de drie groepen (paragraaf 4.2.1). Het betreft hier een kwantitatieve analyse. De letterlijke antwoorden voor alle opdrachten, behalve de diagnose op stoornisniveau, zijn weergegeven in het codeboek (bijlage 22). Voor de geïnteresseerde lezer maakt dit een meer kwalitatieve beoordeling mogelijk.

Aan de hand van de resultaten van de experts is een expert-mening opgesteld (zie paragraaf 3.8). In paragraaf 4.2.2 worden de aanstaande en ervaren logopedisten vergeleken m.b.t. de mate waarin hun uitwerking van de opdrachten (bij casus Saartje) overeenkwam met de opgestelde expert-mening.

4.2.1 De drie onderzoeksgroepen vergeleken

In totaal werd van 38 van de benaderde personen een uitwerking van de opdrachten bij de casus ontvangen. Niet alle deelnemers gaven alle gevraagde informatie, zo gaven in de diagnose 12 deelnemers niet aan of de stoornis specifiek was en gaven 8 deelnemers niet aan welke taalaspecten gestoord waren (zie tabel 4.4). Twee van de 38 deelnemers gaven meer dan drie behandeldoelen en zijn uit de analyses gelaten m.b.t. behandeldoelen. De hier onder gegeven percentages zijn berekend over de resterende deelnemers.

Diagnose op stoornisniveau

De resultaten m.b.t. de diagnose op stoornisniveau gesteld bij casus Saartje zijn gegeven in tabel 4.4. Van alle deelnemers stelde 66% dat er sprake was van een matige TOS (tabel 4.4, laatste kolom). Hierbij moet worden vermeld dat een aantal deelnemers een andere term dan TOS, zoals taalstoornis of taalachterstand, hanteerde (zie codeboek, bijlage 22). Van de deelnemers gaf 27% aan dat het een specifieke en 12% dat het een niet-specifieke TOS zou betreffen. Voor de overige ruim 60% was het onduidelijk of het een specifieke dan wel een niet-specifieke TOS betrof: 23% gaf aan te twijfelen en 38% gaf aan dit niet te kunnen bepalen op basis van de gegevens in de casus. Met betrekking tot gestoorde taalaspecten noemde 67% taalvorm, 100% taalinhoud, 70% taalgebruik en 47% fonologie. Het taalaspect fonologie werd gescoord als dit was opgenomen in de diagnose TOS of wanneer als tweede diagnose een fonologische spraakstoornis werd gegeven. Van de deelnemers gaf 30% aan dat alle vier de taalaspecten gestoord waren en 27% dat het een stoornis betrof in taalvorm, inhoud en gebruik (tabel 4.4).

Bij de aanstaande logopedisten, de ervaren logopedisten en de experts was een matige TOS de meest gestelde diagnose (tabel 4.4, eerste drie kolommen). De diagnose matige TOS werd bij de experts echter vaker gesteld (door 86%) dan bij de aanstaande en ervaren logopedisten (door respectievelijk 69% en 56%). Van de deelnemers die de ernst anders inschatten, gaven de meeste aanstaande logopedisten aan dat er sprake was van een matige-tot-ernstige stoornis, terwijl de meeste ervaren logopedisten aangaven dat er sprake was van een lichte of een licht-tot-matige stoornis (tabel 4.4).

Tabel 4.4: De diagnose op stoornisniveau bij casus Saartje: aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts.

	Aanstaand N=13		Ervaren N=18		Expert N=7		Totaal N=38	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hoofddiagnose:								
lichte TOS	0	(0)	5	(28)	1	(14)	6	(16)
lichte tot matige TOS	1	(8)	2	(11)	0	(0)	3	(8)
matige TOS	9	(69)	10	(56)	6	(86)	25	(66)
matige tot ernstige TOS	3	(23)	1	(6)	0	(0)	4	(11)
niet gegeven	0		0		0		0	
Specifieke TOS:								
ja	5	(42)	1	(13)	1	(17)	7	(27)
nee	1	(8)	1	(13)	1	(17)	3	(12)
twijfel	3	(25)	2	(25)	1	(17)	6	(23)
onduidelijk op basis info	3	(25)	4	(50)	3	(50)	10	(38)
niet gegeven	1		10		1		12	
Stoornis:								
expressief	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
receptief	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
receptief-expressief	12	(100)	17	(100)	6	(100)	35	(100)
niet gegeven	1		1		1		3	
Stoornis in:								
taalvorm	11	(85)	6	(55)	3	(50)	20	(67)
taalinhoud	13	(100)	11	(100)	6	(100)	30	(100)
taalgebruik	10	(73)	8	(73)	3	(50)	21	(70)
fonologie	3	(23)	7	(64)	4	(67)	14	(47)
niet gegeven	0		7		1		8	
Stoornis in:								
alleen taalinhoud	1	(8)	1	(9)	1	(17)	3	(10)
vorm en inhoud	2	(15)	0	(0)	0	(0)	2	(7)
inhoud en gebruik	0	(0)	3	(27)	0	(0)	3	(10)
inhoud en fonologie	0	(0)	1	(9)	2	(33)	3	(10)
vorm, inhoud, gebruik	7	(54)	0	(0)	1	(17)	8	(27)
vorm, inhoud, fonologie	0	(0)	1	(9)	0	(0)	1	(3)
inhoud, gebruik, fonologie	1	(8)	0	(0)	0	(0)	1	(3)
alle 4 de taalaspecten	2	(15)	5	(45)	2	(33)	9	(30)
niet gegeven	0		7		1		8	

Bij de aanstaande logopedisten gaf 42% aan dat de stoornis specifiek was, terwijl 50% aangaf hierover te twijfelen of onvoldoende informatie te hebben (tabel 4.4). Bij de ervaren logopedisten en experts werd minder vaak aangegeven dat er sprake zou zijn van een specifieke TOS (13 en 17%), terwijl een groter deel van hen aangaf te twijfelen of onvoldoende informatie te hebben (75 en 67%).

Alle deelnemers gaven aan dat er sprake was van een gemengde stoornis en dat er sprake was van een stoornis in de taalinhoud. Veel van de aanstaande logopedisten gaven aan dat er ook sprake was van een stoornis in de taalvorm en het taalgebruik (respectievelijk 85 en 73%) en een minderheid benoemde problemen in de fonologie (23%). In vergelijking hiermee gaven de ervaren logopedisten minder vaak aan dat er sprake was van een stoornis in de taalvorm (55%) en vaker dat er sprake was van een stoornis in de fonologie (64%). De experts gaven in vergelijking met de aanstaande logopedisten minder vaak aan dat er een probleem was in de taalvorm en het taalgebruik (50%) en vaker dat er sprake was van fonologische problemen (67%). De genoemde combinaties van gestoorde taalaspecten verschilden sterk tussen de groepen. Van de aanstaande logopedisten gaf de meerderheid aan dat er sprake was van een stoornis in taalvorm, inhoud en gebruik (54%). De ervaren logopedisten gaven daarentegen het vaakst aan dat alle vier de aspecten (47%) of alleen

taalvorm en inhoud (27%) gestoord waren, terwijl de experts het vaakst een stoornis in de taalinhoud en fonologie (33%) of in alle vier de taalaspecten (33%) aangaven (tabel 4.4).

Beperkingen in activiteiten en participatieproblemen

Uit tabel 4.5 (laatste kolom) blijkt dat de belangrijkste beperkingen in activiteiten en participatieproblemen, die door de deelnemers (n=37) genoemd werden, communicatieve redzaamheid (78%) en functioneren in de klas (70%) waren. Daarnaast vermeldde 43% 'clownesk gedrag als ze iets niet kan' en 38% 'alleen spelen'. Tot slot vermeldde bij de vraag naar beperkingen in activiteiten en participatieproblemen in totaal 38% van de deelnemers problemen met taalgebruik en 14% andere constatering op stoornisniveau (tabel 4.5).

Tabel 4.5: Beperkingen in activiteiten en participatieproblemen bij casus Saartje: aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts

	Aanstaand N=12	Ervaren N=18	Expert N=7	Totaal N=37
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Communicatieve redzaamheid	10 (83)	14 (78)	5 (71)	29 (78)
Functioneren in de klas	9 (75)	11 (61)	6 (86)	26 (70)
Pragmatiek	3 (25)	9 (50)	2 (29)	14 (38)
Overig op stoornisniveau	0 (0)	4 (22)	1 (14)	5 (14)
Clownesk gedrag*	4 (33)	10 (56)	2 (29)	16 (43)
Alleen spelen	4 (33)	6 (33)	4 (57)	14 (38)
Overig	2 (17)	2 (11)	1 (14)	5 (14)

*Als ze iets niet kan

In alle drie de groepen waren 'communicatieve redzaamheid' en 'functioneren in de klas' de meest genoemde beperkingen in activiteiten en participatie (61 - 86%, zie tabel 4.5). In vergelijking met de andere twee groepen vermeldde de ervaren logopedisten relatief vaak 'pragmatiek' (50% vs. 25-29%) en 'clownesk gedrag als ze iets niet kan' (56% vs. 29-33%), terwijl de experts relatief vaak het 'alleen spelen' aangaven als beperking (57% vs. 33%, tabel 4.5).

Oorzakelijke, instandhoudende en positieve factoren

De oorzakelijke factoren die door de deelnemers (n=36) het meeste genoemd werden waren 'oorontstekingen/gehoor' (81%) en 'familieleden nemen (taal)initiatief over' (42%, tabel 4.6 laatste kolom).

Bijna alle aanstaande logopedisten gaven 'oorontsteking/gehoorverlies' als oorzakelijke factor (92%). Ook 'familieleden nemen (taal)initiatief over' (47%) en 'vluchtige luisterhouding en/of matige concentratie' (25%) werden door hen regelmatig als oorzakelijke factor genoemd, terwijl 'aanleg' door hen bijna niet genoemd werd. Een relatief groot aantal aanstaande logopedisten noemde overige oorzakelijke factoren (50%) waaronder het uitstellen van behandeling door de ouders en het in haar eigen wereldje leven (zie codeboek, bijlage 22). In vergelijking met de aanstaande logopedisten hiermee gaven de ervaren logopedisten en experts vaker aan dat er mogelijk 'aanleg' in het spel was (33 en 57%) en vermeldde de experts minder vaak 'oorontsteking/gehoorverlies' als oorzakelijke factor (50%, tabel 4.6).

Tabel 4.6: Oorzakelijke factoren bij casus Saartje: aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts

	Aanstaand N=12 n (%)	Ervaren N=18 n (%)	Expert N=6 n (%)	Totaal N=36 n (%)
Oorontstekingen/gehoorverlies	11 (92)	15 (83)	3 (50)	29 (81)
Familieleden nemen (taal)initiatief over	5 (42)	8 (44)	2 (33)	15 (42)
Vluchtige luisterhouding/ matige concentratie	3 (25)	4 (22)	2 (33)	9 (25)
Aanleg	1 (8)	6 (33)	3 (50)	10 (28)
Overig	6 (50)	4 (22)	1 (17)	11 (31)

De door de deelnemers (n=37) het meest genoemde instandhoudende factoren waren ‘familieleden nemen (taal)initiatief over’ (62%), ‘vluchtige luisterhouding en/of matige concentratie’ (59%) en ‘inadequate reactie op iets niet kunnen’ (54%) (tabel 4.7, laatste kolom).

Tabel 4.7: Instandhoudende factoren bij casus Saartje: aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts

	Aanstaand N=13 n (%)	Ervaren N=17 n (%)	Expert N=7 n (%)	Totaal N=37 n (%)
Familieleden nemen (taal)initiatief over	6 (46)	11 (65)	6 (86)	23 (62)
Vluchtige luisterhouding/ matige concentratie	8 (62)	9 (53)	5 (71)	22 (60)
Inadequate reactie op iets niet kunnen	9 (69)	7 (41)	4 (57)	20 (54)
Onduidelijke spraak	2 (15)	3 (18)	0 (0)	5 (14)
Overig	5 (39)	6 (35)	2 (29)	13 (35)

Bij de ervaren logopedisten en de experts waren ‘familieleden nemen (taal)initiatief over’ en ‘vluchtige luisterhouding en/of matige concentratie’ de instandhoudende factoren die het vaakst genoemd werden (53-86%, tabel 4.7). Bij de aanstaande logopedisten waren dit ‘inadequate reactie op iets niet kunnen’ (69%) en ook ‘vluchtige luisterhouding en/of matige concentratie’ (62%). De aanstaande logopedisten gaven minder vaak ‘familieleden nemen (taal)initiatief over’ als instandhoudende factor met name in vergelijking met de experts (46 vs. 86%, tabel 4.7).

Door de deelnemers (n=38) werden als positieve factoren voor de behandeling ‘ouders bereid talig te stimuleren’ (68%) en ‘maakt makkelijk contact’ (58%) het vaakst genoemd (tabel 4.8, laatste kolom).

Als positieve factoren voor de behandeling benoemden de aanstaande en ervaren logopedisten met name ‘ouders bereid talig te stimuleren’ en ‘maakt makkelijk contact’ (61-69%). In vergelijking met deze twee groepen benoemden de experts minder vaak ‘maakt makkelijk contact’ (43%) en vaker

‘niet belemmerd in communicatie’ als positieve factor. Ook benoemden de experts vaker dan de andere twee groepen andere aspecten van de ‘gezondheid en verdere ontwikkeling’ (57 vs. 39%, tabel 4.8).

Tabel 4.8: Positieve factoren bij casus Saartje: aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts

	Aanstaand N=13		Ervaren N=18		Expert N=7		Totaal N=38	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ouders bereid talig te stimuleren	9	(69)	12	(67)	5	(71)	26	(68)
Niet belemmert in communicatie	3	(23)	7	(39)	4	(57)	14	(37)
Maakt makkelijk contact	8	(62)	11	(61)	3	(43)	22	(58)
De achterstanden zijn matig	0	(0)	2	(11)	1	(14)	3	(8)
Gezondheid en verdere ontwikkeling	5	(39)	7	(39)	4	(57)	16	(42)
Overig	5	(39)	7	(39)	2	(29)	14	(37)

Behandeldoelen: domeinen waarop de behandeling zich richt

Uit tabel 4.9 blijkt dat bij 86% van de deelnemers (n=36) één of meer van de drie geformuleerde behandeldoelen zich richtte op (de) woordenschat. Daarnaast gaf een groot aantal deelnemers aan te willen werken aan communicatieve functies (47%), fonologie (33%), luisterhouding en concentratie (31%), conversatie- en vertelvaardigheden (31%) en morfosyntaxis (25%, tabel 4.9).

In alle drie de groepen gaf een overgrote meerderheid aan dat het domein woordenschat in de behandeling aan bod moest komen (85%-88%, tabel 4.9). Bij de experts was het verbeteren van de luisterhouding en concentratie het doel dat naast woordenschat het meest werd genoemd (43%). Van de aanstaande en de ervaren logopedisten richtte respectievelijk 46 en 56% één van de drie behandeldoelen op het verbeteren van de communicatieve functies, tegen slechts 29% van de experts. De aanstaande logopedisten gaven duidelijk vaker aan te willen werken aan fonologie (62%) en conversatievaardigheden (46%) dan de overige twee groepen (13-29%). De aanstaande logopedisten werkten niet aan instructie van de omgeving, woordvinding en auditieve vaardigheden, terwijl een deel van de ervaren logopedisten en experts (14-29%) wel aangaf dit te willen doen. Alleen de ervaren logopedisten noemden taalbegrip als domein waarin zij in de behandeling aan zouden gaan werken (19%, tabel 4.9).

Tabel 4.9: De taaldomeinen waarop de geformuleerde behandeldoelen bij casus Saartje zich richtten: aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts

	Aanstaand N=13	Ervaren N=16	Expert N=7	Totaal N=36
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Woordenschat	11 (85)	14 (88)	6 (86)	31 (86)
Luisterhouding en/of concentratie	3 (23)	5 (31)	3 (43)	11 (31)
Communicatieve functies	6 (46)	9 (56)	2 (29)	17 (47)
Morfosyntaxis	3 (23)	5 (31)	1 (14)	9 (25)
Taalbegrip	0 (0)	3 (19)	0 (0)	3 (8)
Fonologie	8 (62)	2 (13)	2 (29)	12 (33)
Conversatie- en vertelvaardigheden	6 (46)	3 (19)	2 (29)	11 (31)
Instructie omgeving	0 (0)	2 (13)	2 (29)	4 (11)
Woordvinding	0 (0)	1 (6)	2 (29)	3 (8)
Auditieve vaardigheden	0 (0)	1 (6)	1 (14)	2 (6)

Behandeldoelen: belangrijkste, tweede en derde doel

Als belangrijkste behandeldeel werd door 61% van de deelnemers (n=36) het vergroten van de woordenschat genoemd en door 17% het verbeteren van de luisterhouding en concentratie (tabel 4.10). Als tweede behandeldeel noemde 28% van de deelnemers het verbeteren van de woordenschat en 22% het werken aan de communicatieve functies en verder werd een scala aan andere behandeldoelen genoemd (zie voor deze resultaten bijlage 23). Als derde behandeldeel werden het werken aan de fonologie (22%) en aan de conversatie- en vertelvaardigheden (22%) het vaakst genoemd, naast een scala aan andere doelen (bijlage 23).

Terwijl een grote meerderheid van de aanstaande logopedisten en de experts het verbeteren van de woordenschat noemde als belangrijkste behandeldeel (77-86%), was dit slechts het geval bij 38% van de ervaren logopedisten. Door de ervaren logopedisten werd luisterhouding en concentratie naast woordenschat het vaakst genoemd als belangrijkste behandeldeel (25%, tabel 4.10). De aanstaande logopedisten noemden als tweede behandeldeel het vaakst fonologie (31%) en conversatie- en vertelvaardigheden (23%) en als derde behandeldeel het vaakst fonologie (39%), communicatieve functies (23%) en conversatie- en vertelvaardigheden (23%)(bijlage 23). De ervaren logopedisten noemden als tweede behandeldeel het vaakst woordenschat (56%) en communicatieve functies (25%) en als derde behandeldeel het vaakst morfosyntaxis (25%), communicatieve functies (19%) en conversatie- en vertelvaardigheden (19%). De experts tenslotte noemden het vaakst communicatieve functies (29%) en woordvinding (29%) als tweede behandeldeel en luisterhouding en concentratie (29%), conversatie- en vertelvaardigheden (29%) en instructie van de omgeving (29%) als derde behandeldeel (bijlage 23).

Tabel 4.10: Het belangrijkste behandeldoel bij casus Saartje: aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts

	Aanstaand N=13	Ervaren N=16	Expert N=7	Totaal N=36
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Woordenschat	10 (77)	6 (38)	6 (86)	22 (61)
Luisterhouding en/of concentratie	2 (15)	4 (25)	0 (0)	6 (17)
Communicatieve functies	1 (8)	2 (13)	0 (0)	3 (8)
Taalbegrip	0 (0)	1 (6)	0 (0)	1 (3)
Instructie omgeving	0 (0)	2 (13)	0 (0)	2 (6)
Auditieve vaardigheden	0 (0)	1 (6)	1 (14)	2 (6)

Vervolgstappen

Uit tabel 4.11 blijkt dat de deelnemers (n=36) vaak logopedische tests en/of observaties m.b.t. auditieve vaardigheden (53%) en overige logopedische aspecten (58%) als vervolgstap kozen. Ook koos ongeveer een derde voor advies aan, en afstemming met, de omgeving. Daarnaast werd verwijzing naar een andere discipline voor het laten testen van het (non) verbale IQ (44%) en voor audiologisch onderzoek (gehoor/AVP: 22%) regelmatig genoemd als gewenste vervolgstap. Tenslotte gaf 36% aan overig onderzoek te willen laten verrichten (tabel 4.11) o.a. met betrekking tot ASS en ontwikkelingsproblematiek (zie codeboek, bijlage 22).

Tabel 4.11: Genoemde vervolgstappen bij casus Saartje: aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts

	Aanstaand N=13	Ervaren N=16	Expert N=7	Totaal N=36
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Onderzoek audiologisch	3 (23)	3 (19)	2 (29)	8 (22)
Onderzoek (non-verbaal) IQ	2 (15)	9 (56)	5 (71)	16 (44)
Onderzoek overig	8 (62)	5 (31)	0 (0)	13 (36)
Logopedisch onderzoek/obs. auditieve vaardigheden	6 (46)	9 (56)	4 (57)	19 (53)
Logopedisch onderzoek/obs. overig	9 (69)	8 (50)	4 (57)	21 (58)
omgeving: advies en afstemming	1 (8)	9 (56)	1 (14)	11 (31)

Tussen de groepen was de keuze voor vervolgstappen verdeeld. Vooral de ervaren logopedisten en experts voor (non) verbaal IQ onderzoek (56 en 71% tegen 15% van de aanstaande logopedisten). In alle drie de groepen benoemt een substantieel deel van de deelnemers (46-69%) nader logopedisch onderzoek (naar auditieve vaardigheden of andere logopedische aspecten) als gewenste vervolgstap. Relatief veel ervaren logopedisten vonden het belangrijk om Saartje's ouders en/of leerkracht om informatie te vragen en hen te adviseren (56% tegen 8% van de aanstaande logopedisten en 14% van

de experts). Verwijzing voor overig onderzoek werd genoemd door 46% van de aanstaande logopedisten, terwijl geen van de experts aangaf hier behoefte aan te hebben (tabel 4.11).

4.2.2 Overeenstemming met de expert-mening

De expert-mening m.b.t. de diagnostiek bij casus Saartje kon als volgt worden samengevat: Er is sprake van een matige (1), receptief-expressieve (2) TOS, die zich uit in de taalinhoud (3). Er zijn beperkingen in de communicatieve redzaamheid (4) en het functioneren in de klas (5). De stoornis wordt in stand gehouden doordat familieleden het (taal)initiatief overnemen (6) en doordat Saartje een slechte luisterhouding en matige concentratie heeft (7). Gunstig voor de behandeling is het feit dat de ouders bereid zijn haar talig te stimuleren (8).

Zoals beschreven in de methoden werd voor aanstaande en ervaren logopedisten een score berekend voor de mate van overeenstemming met de expert-mening. Voor elk van de onderdelen waarop de diagnose van de aanstaande en ervaren logopedisten overeenkwam met de expert-mening werd één punt toegekend (maximale score 8 punten). Van een goede overeenstemming was sprake bij een score van minimaal 6 punten en van voldoende overeenstemming bij een score van minimaal 4 punten. Voor een overzicht van de individuele behaalde scores zie bijlage 24.

Tabel 4.12: De mate van overeenstemming met de expert-mening voor diagnostiek: aanstaande en ervaren logopedisten

Mate van overeenstemming met de expert-mening	Aanstaande logopedisten N=13*		Ervaren logopedisten N=17*	
	n	%	n	%
Goed (score ≥ 6 pt)	8	62	9	53
Voldoende (score = 4 of 5 pt)	5	38	6	35
Weinig (score < 4 pt)	0	0	2	12

*voor de logopedisten met een missende waarde voor 1 van de onderdelen van de expert-mening (1 aanstaande en 6 ervaren logopedisten) werd de score voor diagnostiek berekend over 7 items (max. score 7 punten, afkappunten voor goede en voldoende overeenstemming door afronding ook bij hen respectievelijk 6 en 4 punten)

De overeenstemming met de expert-mening voor diagnostiek was ‘voldoende’ tot ‘goed’ bij alle aanstaande logopedisten en bij 88% van de ervaren logopedisten (tabel 4.12). De diagnostiek van een aantal ervaren logopedisten vertoonde dus weinig overeenkomsten met de expert-mening. Inspectie van de data liet zien dat het hier twee cursisten van de post-HBO cursus Communicatieve Taaltherapie betrof. Zij benoemden o.a. niet de beperkingen in de communicatieve redzaamheid en het functioneren in de klas. Ook benoemden zij de slechte luisterhouding/concentratie niet als instandhoudende factor en de bereidheid van de ouders om talig te stimuleren niet als positieve factor (zie bijlage 24). De mate van overeenstemming met de expert-mening was ongeveer even vaak ‘voldoende’ in de twee groepen (35 vs. 38%), maar wat minder vaak ‘goed’ bij de ervaren vs. de aanstaande logopedisten (53 vs. 62%, tabel 4.12).

De expert-mening voor het behandelplan kon als volgt worden samengevat: Minimaal één van de behandeldoelen dient gericht te zijn op woordenschat (1), het verbeteren van de woordenschat is het belangrijkste behandeldoel (2) en er dient bij Saartje vervolgonderzoek gedaan te worden naar het IQ (3). Voor item 1 en 3 konden elk twee punten behaald worden en voor item 2 één punt (maximale score = 5 punten, afkappunten voor een goede en voldoende overeenstemming met de

expert-mening: respectievelijk 4 en 3 punten). Voor een overzicht van de individuele behaalde scores zie bijlage 24.

De overeenstemming met de expert-mening over het behandelplan was duidelijk minder vaak 'goed' bij de aanstaande vs. de ervaren logopedisten (15 vs. 44%, tabel 4.13). Echter, bij de aanstaande logopedisten was de overeenstemming veel vaker 'voldoende' dan bij de ervaren logopedisten (62 vs. 6%). Bij maar liefst 50% van de ervaren logopedisten vertoonde het behandelplan weinig overeenkomst met de expert-mening (tabel 4.13). Inspectie van de data liet zien dat het behandelplan weinig overeenstemming met de experts vertoonde bij 2 van de 7 cursisten (29%) tegen 6 van de 9 overige ervaren logopedisten (66%). Vijf van deze 6 overige ervaren logopedisten waarbij het behandelplan weinig overeenkomst vertoonde met de expert-mening gaf onderzoek naar het IQ niet aan als gewenste vervolgstap (zie bijlage 24).

Tabel 4.13: De mate van overeenstemming met de expert-mening voor behandelplan (behandeldoelen en vervolgstappen): aanstaande en ervaren logopedisten

Mate van overeenstemming met de expert-mening	Aanstaande logopedisten N=13		Ervaren logopedisten N=16	
	n	%	n	%
Goed (score = 4 of 5 pt)	2	15	7	44
Voldoende (score = 3 pt)	8	62	1	6
Weinig (score < 3 pt)	3	23	8	50

4.3 Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling

Richtlijnen en diagnostiek

Van de aanstaande logopedisten gaven alle reguliere studenten en 9 van de 10 zij-instromers aan behoefte te hebben aan richtlijnen op het gebied van diagnostiek. Slechts 1 van de 3 reguliere studente wilde dat er richtlijnen worden opgesteld voor de behandeling van TOS tegen 8 van de 10 zij-instromers.

Bijna alle ervaren logopedisten hadden zowel behoefte aan richtlijnen voor diagnostiek als voor behandeling van TOS. Eén overige ervaren logopedist twijfelde hierover, omdat zij zelf niet zo'n behoefte had aan richtlijnen, maar zich wel voor kon stellen dat er richtlijnen nodig zijn voor TOS.

Alle 7 experts achtten het noodzakelijk dat er richtlijnen komen voor zowel de diagnostiek als de behandeling van TOS.

De experts achtten het belangrijk dat er richtlijnen worden opgesteld voor diagnostiek:

Expert 1:

Omdat logopedisch onderzoek bij kinderen met een TOS efficiënt en zo effectief mogelijk uitgevoerd moet kunnen worden. Een snelle, goede diagnostiek die gebaseerd is op evidentie is belangrijk, zodat kinderen meteen een adequate behandeling krijgen. Er wordt nog te veel tijd verspild, terwijl de taalgevoelige leeftijd beperkt is. Ook richtlijnen m.b.t. signalering zijn belangrijk.

Expert 2:

Momenteel wordt op grond van te minimaal onderzoek een behandeling gestart wordt, waarbij lang niet altijd de juiste prioriteit van de behandeling gekozen wordt. Goede diagnostiek verdient zich terug in meer doelgericht behandelen.

Expert 3:

Omdat er momenteel te veel willekeur is in het diagnosticeren van TOS. Er wordt onvoldoende in kaart gebracht wat de aard van de problematiek is, met als gevolg dat de behandeling onvoldoende doelgericht is, waardoor TOS blijft bestaan en onnodig veel invloed heeft op het functioneren van een kind.

Expert 4:

Omdat het voor een goede diagnostiek en behandeling belangrijk is dat er een effectieve lijn gevolgd wordt, die snelle en duidelijke uitkomsten op economische wijze als gevolg hebben. Dit zou het verschil tussen beginnende en ervaren logopedisten minder groot kunnen maken. Ook zou er een gestandaardiseerde verslaglegging moeten komen, zodat bevindingen voor anderen snel te overzien zijn.

Expert 5:

Omdat daarmee duidelijk gemaakt kan worden aan de buitenwereld wat we doen, hoe we het doen en wat de resultaten zijn (professionaliseren en profileren).

Expert 6:

Omdat het opstellen van een richtlijn op het gebied van diagnostiek ook daadwerkelijk mogelijk is, en zal leiden tot minder diagnostische 'fouten'. Niet dat er veel geheel foute diagnoses worden gesteld, maar multidisciplinaire diagnostiek vindt vaak te laat plaats, en differentiaaldiagnostiek is vaak onnauwkeurig of onjuist.

Expert 7:

Gaf aan dat het belangrijk is dat er richtlijnen komen voor diagnostiek, maar heeft niet de vragenlijst voor de experts ingevuld, zodat geen toelichting op dit antwoord is gegeven.

Wat de experts zeiden over het belang van richtlijnen voor de behandeling van TOS:

Expert 1:

Niet alle logopedisten zijn in staat en/ of in de gelegenheid om wetenschappelijk onderzoek te raadplegen, maar dit is ook niet persé nodig. Als er goede richtlijnen komen, wordt de vertaalslag gemaakt van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk. Niet iedereen hoeft dan het wiel op nieuw uit te vinden. Het zal de kwaliteit van de therapie ten goede komen wanneer een logopedist werkt volgens richtlijnen. Op dit moment is er niet bij alle kinderen effect van taaltherapie merkbaar. Mogelijk kan verbeteren van de kwaliteit van therapie dit effect groter maken. Daarnaast zijn richtlijnen belangrijk voor de herkenbaarheid en uitstraling van het beroep logopedist en sluiten richtlijnen aan bij de vraag vanuit het ministerie van VWS naar meer transparantie.

Expert 2:

Dit is belangrijk, omdat logopedisten zich te weinig bewust zijn van het feit dat een kind niet direct de doelklank/ doelwoord/doelzin gaat produceren in de spontane taal, maar dat een uitgebreid verdiepend aanbod daaraan vooraf moet gaan. Het materiaal waarmee het meest gewerkt wordt, is materiaal in het platte vlak. (plaatjes, foto's, werkbladen), waarbij een kind met een TOS onvoldoende inzicht krijgt in bijv. de aard van een (werk)woord en te weinig kan profiteren van Multi-modaal aanbod (visueel, tactiel, etc.). Daarnaast is het belangrijk dat het betrekken van ouders en kinderen in de richtlijnen wordt beschreven, omdat wanneer logopedische behandeling ondersteund wordt door een meewerkende thuissituatie, het effect aantoonbaar groter is. Een deel van de behandeltime moet dus worden besteed worden aan het coachen van ouders.

Expert 3:

Behandelingen worden te vaak onvoldoende voorbereid en onderbouwd, als het gaat om de selectie van doelen en de keuze van materiaal. Het gevolg is dat er te veel op gevoel wordt behandeld en te weinig evidence based wordt nagedacht over concrete doelen.

Expert 4:

Omdat het voor een goede diagnostiek en behandeling belangrijk is dat er een effectieve lijn gevolgd wordt, die snelle en duidelijke uitkomsten op economische wijze als gevolg hebben. Dit zou het verschil tussen beginnende en ervaren logopedisten minder groot kunnen maken. Ook zou er een gestandaardiseerde verslaglegging moeten komen, zodat bevindingen voor anderen snel te overzien zijn.

Expert 5:

Omdat daarmee duidelijk gemaakt kan worden aan de buitenwereld wat we doen, hoe we het doen en wat de resultaten zijn (professionaliseren en profileren).

Expert 6:

Omdat het opstellen van een richtlijn op het gebied van diagnostiek ook daadwerkelijk mogelijk is, en zal leiden tot minder diagnostische 'fouten'. Niet dat er veel geheel foute diagnoses worden gesteld, maar multidisciplinaire diagnostiek vindt vaak te laat plaats, en differentiaaldiagnostiek is vaak onnauwkeurig of onjuist.

Expert 7:

Gaf aan dat het belangrijk is dat er richtlijnen komen voor diagnostiek, maar heeft niet de vragenlijst voor de experts ingevuld, zodat geen toelichting op dit antwoord is gegeven.

Wat de experts zeiden over het belang van richtlijnen voor de behandeling van TOS:

Expert 1:

Niet alle logopedisten zijn in staat en/ of in de gelegenheid om wetenschappelijk onderzoek te raadplegen, maar dit is ook niet per se nodig. Als er goede richtlijnen komen, wordt de vertaalslag gemaakt van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk. Niet iedereen hoeft dan het wiel op nieuw uit te vinden. Het zal de kwaliteit van de therapie ten goede komen wanneer een logopedist werkt volgens richtlijnen. Op dit moment is er niet bij alle kinderen effect van taaltherapie merkbaar. Mogelijk kan verbeteren van de kwaliteit van therapie dit effect groter maken. Daarnaast zijn richtlijnen belangrijk voor de herkenbaarheid en uitstraling van het beroep logopedist en sluiten richtlijnen aan bij de vraag vanuit het ministerie van VWS naar meer transparantie.

Expert 2:

Dit is belangrijk, omdat logopedisten zich te weinig bewust zijn van het feit dat een kind niet direct de doelklank/ doelwoord/doelzin gaat produceren in de spontane taal, maar dat een uitgebreid verdiepend aanbod daaraan vooraf moet gaan. Het materiaal waarmee het meest gewerkt wordt, is materiaal in het platte vlak. (plaatjes, foto's, werkbladen), waarbij een kind met een TOS onvoldoende inzicht krijgt in bijv. de aard van een (werk)woord en te weinig kan profiteren van Multi-modaal aanbod (visueel, tactiel, etc.). Daarnaast is het belangrijk dat het betrekken van ouders en kinderen in de richtlijnen wordt beschreven, omdat wanneer logopedische behandeling ondersteund wordt door een meewerkende thuissituatie, het effect aantoonbaar groter is. Een deel van de behandelingsduur moet dus worden besteed aan het coachen van ouders.

Expert 3:

Behandelingen worden te vaak onvoldoende voorbereid en onderbouwd, als het gaat om de selectie van doelen en de keuze van materiaal. Het gevolg is dat er te veel op gevoel wordt behandeld en te weinig evidence based wordt nagedacht over concrete doelen. Omdat logopedisten te weinig voor ogen hebben wat de opbrengst van de therapie moet zijn, besluiten logopedisten vaak te laat dat er nader onderzoek of doorverwijzing naar een expertisecentrum noodzakelijk is. Ook wordt er vaak gekozen voor beschikbaar materiaal, zoals Transparant, zonder dat daar een goede overweging voor de keuze van materialen aan ten grondslag ligt.

Experts 4 en 5:

Verwezen bij dit onderdeel naar hetgeen zij gezegd hadden over de richtlijnen voor diagnostiek.

Expert 6:

Het is belangrijk dat er richtlijnen komen, maar dit is op dit moment nog niet voldoende mogelijk, omdat het schort aan wetenschappelijke evidentie. (Er bestaat niet zoveel evidentie rond best practice als bijvoorbeeld bij de ziekte van Parkinson). Het is wel wenselijk dat er richtlijnen komen, omdat logopedisten daarmee met hun neus op de beschikbare evidentie gedrukt worden, en geldverstrekkers meer pressie kunnen uitoefenen op logopedisten om hun behandeling aan deze doelgroep op de beste wijze te doen, volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten. Een richtlijn zal ook betekenen dat logopedisten bij meerdere kinderen eerder gaan stoppen met behandelen en eerder zullen doorverwijzen, en dat is een goede zaak.

HOOFDSTUK 5: Literatuurstudie: het effect van bij- en nascholing bij paramedici

Voor (para)medici zijn er volop mogelijkheden tot bij- en nascholing. Zowel Hbo-opleidingen en universiteiten als revalidatiecentra en ziekenhuizen bieden vormen van na- en bijscholing voor (para)medici aan. Voor logopedisten is het volgen van geaccrediteerde nascholing een vereiste om geregistreerd te kunnen blijven in het kwaliteitsregister van het NVLF. Maar wat is het effect van deze bij- en nascholing op het handelen van paramedici?

Werkwijze

Middels een literatuuronderzoek is geprobeerd deze vraag te beantwoorden. Omdat er weinig literatuur over dit onderwerp te vinden was, is besloten ook artikelen over effecten van bij- en nascholing op het handelen van kleuterleidsters te includeren.

Criteria van de te selecteren artikelen:

- *De artikelen mochten zowel Nederlands- als Engelstalig zijn.*
- *In eerste instantie is er gezocht naar artikelen van het evidentie niveau RCT maar omdat er maar drie artikelen aan dit niveau voldeden, is er besloten om ook een artikel met een lager evidentie niveau (literatuur studie) te gebruiken.*
- *De gekozen artikelen moesten gaan over de effecten van geleerde kennis en/ of vaardigheden op het beroepsmatig handelen van paramedici of aanpak van kleuterleidsters/onderwijzend personeel.*
- *De publicatie mocht niet van vóór januari 2000 zijn (niet ouder dan tien jaar).*
- *Bij de artikelen over kleuterleidsters is er gezocht op kinderen in de (voor)school (se) leeftijd (2-12 jaar).*

Er is gebruik gemaakt van de zoekmachines PubMed en Eric en onderstaande zoektermen om geschikte artikelen te achterhalen:

effect - effectiveness - long term effects- short term effects - success - results - program effectiveness - program evaluation - program improvement - job training - training on the job - training of the job - professional learning - lifelong learning - adult education - additional training - professional skills - skills - speech language therapist - SLP – paramedics - paramedical professions - medics - daycare - childcare – language - speech - speech and language treatment - speech development

Het zoeken met verschillende combinaties van de zoektermen in beide zoekmachines leverde in totaal twaalf artikelen op waarvan er na bestudering vier bruikbaar waren:

- Grag, A. & Turtlet, K. (2001). Effectiveness of training health professionals in literature search skills using electronical health databases. *Health Information and libraries journal*, 20(1), 33-41.
- Eustacia, S. (2007). A randomized controlled trial to assess decay in acquired knowledge among paramedics completing a pediatric resuscitation course. *Academic Emergency Medicine*, 7, 7.
- Girolametto, L., Weitzman, E. & Greenberg, J. (2003). Training daycare staff to facilitate children's language. *American Journal of speech-language pathology*, 12, 299-311.
- Girolametto L., Weitzman E. & Greenberg J. (2004). The effects of verbal support strategies on small-group peer interactions. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 35(3), 254-268.

Opmerking: oorspronkelijk was ook het doel om te kijken naar het effect van ervaring op het handelen van paramedici, hierover is echter geen literatuur gevonden.

Beschrijving van de artikelen

Hieronder worden de artikelen kort beschreven. Hierbij ligt de nadruk op aspecten van deze studies die voor de vraagstelling het meest relevant waren.

Grag en Turllet (2001) wilden weten wat de effecten van een cursus 'zoeken in elektronische databases' voor artsen en verpleegkundigen waren op hun vaardigheden met betrekking tot het zoeken naar vakliteratuur. Om antwoord te krijgen op deze vraag werd er een literatuurstudie uitgevoerd. Geïnccludeerd werden artikelen waarin onderzoek beschreven werd naar het effect van trainingen die minimaal één en maximaal acht uur duurden. Daarnaast moesten de te analyseren studies een RCT of een cohort studie betreffen waarbij de interventie groep vergeleken werd met 'geen interventie' als controle groep. De auteurs concludeerden dat deelnemers na het volgen van de zoektraining vaardiger waren in het zoeken naar vakliteratuur dan voor de training en ook werd de cursus als nuttig ervaren. Er werden echter slechts drie geschikte studies gevonden, waarvan er maar twee studies een positief effect lieten zien. In de deze artikelen werd er geen follow-up beschreven.

Anders dan Grag en Turllet die de mogelijke effecten van een nog te ontwikkelen studie onderzochten gaan de komende 3 artikelen over effecten van reeds bestaande cursussen. Eustacia (2007) onderzocht zo het effect van een cursus kinderreanimatie op de kennis en vaardigheden van paramedici direct na de cursus en een jaar na afloop van de cursus. Ook wilde men nagaan of de vaardigheden door een tussentijdse opfriscursus (na 6 maanden) beter behouden werden. In totaal namen 43 paramedici deel aan de voor-(na voltooiing van de cursus) en nameting. Ze werden willekeurig toegewezen aan 4 groepen. Groep 1 kreeg na 6 maanden een opfriscursus bestaande uit een kennistest en reanimatie oefenscenario's. Groep 2 kreeg na zes maanden een opfriscursus die alleen bestond uit de kennistest, terwijl groep 3 na 6 maanden alleen de oefenscenario's kreeg. Groep 4 kreeg geen opfriscursus. Na 12 maanden werden de groepen opnieuw beoordeeld. De pediatrie kennis steeg sterk na de cursus, maar was weer op niveau van baseline na zes maanden. Er werden geen verschil in prestaties waargenomen tussen de 4 groepen na 12 maanden. Er werd dus geen effect van een opfriscursus waargenomen.

In de RCT (Randomised Controlled Trial) van Girolametto, Weitzman en Greenberg (2003) werden kinderleidsters strategieën aangeleerd om kinderen een aangepast taalaanbod aan te bieden. De 16 leidsters werden willekeurig in een experimentele en een controle groep ingedeeld. De experimentele groep werd middels een 14-weekse cursus geleerd om meer op de talige initiatieven van de kinderen (leeftijd: 18-30 maanden) maanden in te gaan, de kinderen in interacties te betrekken, taal te 'modelen' en interactie tussen leeftijdsgenoten te bevorderen. Uit de nameting direct na afloop van de cursus bleek dat de leidsters uit de experimentele groep meer de initiatiefname van de kinderen afwachtten, ze stimuleerden beurtgedrag meer, zorgden voor meer persoonlijk contact met het kind en tenslotte betrokken ze kinderen die een beetje aan de zijlijn bleven vaker in het gesprek dan de controlegroep. Bij de follow-up na 9 maanden bleek dat de kleuterleidsters dezelfde scores haalden als bij de nameting, het effect van de cursus bleef dus bestaan.

Girolametto, Weitzman en Greenberg (2004) deden nog een soortgelijke studie. In deze studie beschrijven zij de rol die kleuterleidsters kunnen spelen bij het stimuleren van interactie tussen leeftijdsgenootjes. Dit stimuleren gebeurde door middel van prompts, uitnodigen tot interactie en suggesties geven tijdens het praten in de natuurlijke spelomgeving. De 17 onderzochte kleuterleidsters werden random verdeeld in een experimentele en een controle groep. Hierbij werden leidsters van hetzelfde dagcentrum steeds in dezelfde groep, experimenteel dan wel controle, ingedeeld. De experimentele groep kreeg een 6-weekse training in de werksetting waarin ze geleerd werd hoe ze kinderen kunnen stimuleren tot interactie met hun leeftijdsgenoten door gebruik te maken van indirecte verwijzingen (o.a. het wijzen van kinderen op de situatie of het geven

van complimentjes) en directe verwijzingen (o.a. het kind vertellen wat het tegen zijn leeftijdsgenootje moet zeggen, kinderen aansporen om samen te spelen). De controle groep kreeg een training op het gebied van volwassene - kind communicatieve strategieën. De experimentele groep spoorde de kinderen bij de nameting direct na de training meer aan tot onderlinge interactie dan de controle groep. Ze gebruikte meer uitingen die ervoor zorgden dat de kinderen samen praatten. De kinderen uit de experimentele groep gingen meer gesprekjes met elkaar aan en deze gesprekjes duurden dan langer dan die uit de controle groep. Uit de follow-up 3 maanden na afloop van de nameting bleek dat de leidsters de strategieën nog steeds toepasten.

Conclusies

Uit deze artikelen blijkt dat bij- en nascholing effect kan hebben. De beschreven studies zijn echter slechts in beperkte mate relevant als het gaat om het effect van nascholing op het handelen van logopedisten en andere paramedici. Alleen in de studie van Eustacia (2007) werd direct gekeken naar het effect van nascholing bij paramedici. Omdat studies bij paramedici ontbreken is besloten ook studies bij onderwijzend personeel (kleuterleidsters) te includeren, omdat dit wel aanwijzingen kan geven voor het effect van nascholing bij paramedici. Deze studies lieten een effect van nascholing zien dat ook op de langere termijn bleef bestaan. De studie van Eustacia (2007) liet echter een kortdurend effect van nascholing bij paramedici zien. Concluderend kan gesteld worden dat onderzoek naar het effect van nascholing bij logopedisten en andere paramedici noodzakelijk is, waarbij niet alleen het effect op de korte, maar ook op de lange termijn onderzocht dient te worden.

Hoofdstuk 6: Discussie, conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden eerst de gebruikte onderzoeksmethoden, de respons en de onderzoekspopulatie en de gevonden resultaten kritisch beschouwd (paragraaf 6.1). Vervolgens worden conclusies geformuleerd, en aan de hand daarvan worden aanbevelingen gedaan (paragraaf 6.2).

6.1 Discussie

Centraal in ons project stond de uitwerking van een casus van een kind van 5 jaar met een TOS (Saartje) door aanstaande logopedisten (n=13), ervaren logopedisten (n=18) en experts (n=7). Gevraagd werd naar de diagnose op stoornisniveau en op het niveau van activiteiten en participatie, oorzakelijke, instandhoudende en gunstige factoren, drie behandeldoelen in rangorde van belangrijkheid en gewenste vervolgstappen. In alle groepen werden de volgende constatering genoemd door meer dan tweederde van de deelnemers: het betrof een receptief-expressieve stoornis, de taalinhoud was gestoord, de communicatieve redzaamheid was beperkt, de bereidheid van de ouders om Saartje talig te stimuleren was gunstig voor de behandeling en er diende aan de woordenschat gewerkt te worden. Een aantal andere constatering werden genoemd door meer dan tweederde van de experts, maar minder vaak in beide andere groepen. Dit waren: de ernst van de TOS was matig, het functioneren in de klas was beperkt, het overnemen van het (taal)initiatief door familieleden en de slechte luisterhouding/matige concentratie waren instandhoudende factoren, het verbeteren van de woordenschat was het belangrijkste behandelgoal en IQ-onderzoek was een gewenste vervolgstap. Alle hierboven genoemde onderdelen werden opgenomen in de expert-mening. Voor één onderdeel was er veel overeenstemming onder de aanstaande en ervaren logopedisten, maar niet onder de experts, namelijk dat de herhaalde oorontstekingen een oorzakelijke factor zouden zijn. Uit de analyses was niet zonder meer duidelijk dat de uitwerking van de ervaren logopedisten méér overeenkwam met de expert-mening dan die van de aanstaande logopedisten.

6.1.1 Methoden

Casus

De keuze voor het gebruik van één casus met bijbehorende opdrachten kwam voort uit de behoefte naar een beschrijvend onderzoeksinstrument waarmee de heersende ideeën over de diagnostiek en de behandeling van TOS bij de drie groepen geïnventariseerd konden worden. Een casus schetst zoveel mogelijk een realistische praktijksituatie en werd gezien als een geschikte manier om zowel de studenten, die bekend zijn met het begrip casus in het kader van het probleem gestuurd leren op de opleiding, als de ervaren logopedisten en experts, die gevalsbeschrijvingen uit de praktijk kennen, te toetsen. Een nadeel van deze keuze was dat het uitwerken van slechts één casus mogelijk een beperkt beeld geeft van de kennis en vaardigheden van de deelnemers. Ook kost het uitwerken van een casus relatief veel tijd, hetgeen de respons negatief beïnvloed kan hebben (zie 'respons' verderop in dit hoofdstuk).

Opdrachten bij de casus

Alle opdrachten bij de casus waren geformuleerd in de vorm van open vragen. Als bij een opdracht een specifiek antwoord niet gegeven werd, kon dit meerdere betekenissen hebben. De deelnemer kon van mening zijn dat dit geen relevant antwoord was of dat dit antwoord bij die opdracht minder prioriteit had dan antwoorden die de deelnemer wel vermeldde. Ook is het mogelijk dat de deelnemer vergeten was dit antwoord te vermelden, terwijl zij het antwoord wel belangrijk achtte. Hiermee dient bij de interpretatie van de resultaten rekening gehouden te worden.

Codeboek

Het codeboek is opgesteld aan de hand van de ontvangen uitwerkingen, en geeft daarmee een zo realistische mogelijke weergave van de ontvangen uitwerkingen. Omdat het codeboek een 'levend document' betrof, groeide gaandeweg het aantal antwoordcategorieën. Om een getalsmatige vergelijking van de antwoorden mogelijk te maken, is getracht te komen tot een beperkt aantal relevante antwoordcategorieën. Dit leidde ertoe dat vergelijkbare, maar soms ook licht verschillende, aspecten werden samengevoegd tot één categorie. In het codeboek (zie bijlage 22) zijn alle oorspronkelijke uitingen letterlijk opgenomen. Hierdoor wordt duidelijk hoe alle antwoordcategorieën precies geoperationaliseerd zijn. Tevens kunnen hierdoor de resultaten niet alleen getalsmatig, maar ook kwalitatief beoordeeld worden.

Bij het opstellen van het codeboek zijn de antwoorden van de deelnemers steeds leidend geweest. Zodra voldoende deelnemers een vergelijkbaar antwoord gaven, werd een nieuwe categorie gevormd, ook als dat antwoord niet paste bij de opdracht of hieromtrent vraagtekens gesteld konden worden. Zo zijn bij beperkingen in activiteiten en participatieproblemen de antwoordcategorieën 'pragmatiek', 'overige constatering op stoornisniveau' en 'clownesk gedrag' en 'alleen spelen' gevormd (zie verderop in de discussie).

Opstellen expert-mening

In de expert-mening zijn alle onderdelen van de uitwerking van de casus opgenomen waarover minimaal 5 van de 7 experts dezelfde mening hadden. Gezien het beperkte aantal deelnemende experts was een sterker criterium voor voldoende overeenstemming tussen de experts niet mogelijk. Voor acht onderdelen van de diagnostiek en drie onderdelen van het behandelplan bestond onder de experts voldoende overeenstemming. Het betrof belangrijke onderdelen van de diagnostiek en het behandelplan. De expert-mening geeft daarmee een redelijk compleet beeld van de problematiek bij casus Saartje en geeft belangrijke aanwijzingen voor de gewenste behandeling.

De expert-mening over de diagnostiek bevatte veel meer onderdelen dan die voor het behandelplan. Indien de uitwerking van een aanstaande of ervaren logopedist voor één onderdeel van het behandelplan niet overeenkwam met de mening van de experts dan beïnvloedde dit het oordeel over de mate van overeenstemming met de expert-mening veel sterker dan wanneer voor één onderdeel van de diagnostiek een ander antwoord werd gegeven. Het niet vermelden van IQ-onderzoek als gewenste vervolgstap kostte een aanstaande of ervaren logopediste bijvoorbeeld 2 van de maximaal 5 punten, en daarmee was een goede overeenstemming met de expert-mening al niet meer mogelijk. Hiermee dient bij de interpretatie van de resultaten rekening gehouden te worden.

Bij het berekenen van de afkappunten voor een goede en voldoende overeenstemming met de expert-mening over de diagnostiek voor deelnemers met één missende waarde, werden door afronding dezelfde waarden gevonden als voor de overige deelnemers. Dit betekent dat de uitwerkingen van degenen met een missende waarde in feite wat strenger zijn beoordeeld. Het toestaan van een missende waarde had echter een groot voordeel, het betekende o.a. dat 17 (i.p.v. 11) van de 18 ervaren logopedisten konden worden meegenomen in de analyses, waardoor de resultaten een representatiever beeld geven.

6.1.2 Respons, studiepopulatie en interpretatie van de resultaten

Respons

Om de respons te bevorderen werd de casus ingekort en de opdrachten duidelijker afgebakend. Vierdejaars studenten gaven desondanks aan dat voor hen de benodigde tijd voor het uitwerken van een casus een hindernis voor deelname was. De onderzoekers (derdejaars zij-instromers) waren voor

de meesten van hen geen bekenden. Het toezeggen van een beloning, de belofte de expert-mening toe te sturen en het bieden van de mogelijkheid om op de opleiding de casus uit te werken, hadden allemaal weinig effect. Een betere respons werd verkregen door gebruik te maken van persoonlijke contacten met zij-instromers, wiens belangrijkste motivatie om mee te doen niet zozeer lag in affiniteit met TOS, maar in de wens de onderzoekers te helpen met het onderzoek. Uiteindelijk werd van 13 van de 78 (=18%) benaderde aanstaande logopedisten een uitwerking van de casus ontvangen.

Er is veel tijd gestopt in het opstellen van informatieve en wervende mailteksten aan, en in zorgvuldig mailcontact met, potentiële deelnemers. Hoewel dit moeilijk meetbaar is, is het aannemelijk dat dit de respons verhoogd heeft. Onder de cursisten van de post-HBO cursus Communicatieve Taaltherapie lag de respons relatief hoog (46%). Waarschijnlijk is dit mede een gevolg van hun affiniteit met TOS en het feit dat zij via de docent van de cursus en een PowerPoint-presentatie informatie over het onderzoek ontvingen. Dat docenten van de opleiding ons toestonden gebruik te maken van hun professionele netwerk, heeft er ook toe bijgedragen dat de respons onder de ervaren logopedisten hoger uitviel. Van 18 van de 52 benaderde ervaren logopedisten ontvingen we een uitwerking van de casus (=35%).

De respons onder de experts was in eerste instantie zeer laag, mogelijk doordat zij vlak voor de meivakantie benaderd werden. Door hen meer tijd te geven om te reageren werd een aantal docenten TOS aan het Hbo toch bereid gevonden deel te nemen. Uiteindelijk stuurden 7 van de 23 benaderde experts (=30%) een uitwerking in. De poging om via deze docenten extra studenten te werven voor het onderzoek heeft geen extra deelnemers opgeleverd, mogelijk ook omdat door de meivakantie de tijd om deze studenten te benaderen in eerste instantie beperkt leek.

Studiepopulatie

Door de relatief kleine aantallen deelnemers per groep, is het onwaarschijnlijk dat zij representatief zijn voor de logopedisten in Nederland die potentieel tot deze groepen behoren. Middels de ingevulde vragenlijsten kon wel een beeld verkregen worden van de deelnemers (zie paragraaf 4.1).

Het is moeilijk te bepalen wie er in Nederland tot experts op het gebied van TOS gerekend mogen worden. Twee van de benaderde potentiële experts lieten weten dat zij op basis van de informatie in de casus de opdrachten niet konden uitvoeren en één expert retourneerde een zeer onvolledige uitgewerkte casus. Het is mogelijk dat onze definitie voor 'expert' te weinig afgebakend was.

Interpretatie van de gegevens

Het relatief kleine aantal deelnemers per groep en het waarschijnlijke gebrek aan representativiteit van de deelnemers maakt dat de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Door de kleine aantallen deelnemers was het niet mogelijk om waargenomen verschillen tussen groepen statistisch te toetsen. Daardoor kan geen duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen echte verschillen en verschillen ontstaan op basis van toeval. Bij kleine aantallen deelnemers in twee groepen kan bij afwezigheid van een echt verschil, puur op basis van toeval toch een relatief groot verschil wordt waargenomen (Buijs, 1992). E.e.a. betekent dat aan kleinere verschillen in dit onderzoek relatief weinig waarde kunnen worden toegekend.

6.1.3 Resultaten

Onderstaande discussie heeft betrekking op de resultaten verkregen door de uitwerking van casus Saartje door de deelnemers. Het is in principe mogelijk dat indien voor een andere casus gekozen was de vergelijking van de drie groepen een ander beeld zou hebben gegeven.

Uitwerking van casus Saartje

Officieel is er sprake van een *matig ernstige TOS* als op taaltests zowel receptief als productief een score onder het gemiddelde voor de leeftijd/normgroep wordt vastgesteld (CBO/NVLF, 1997). Volgens deze regel is er bij Saartje sprake van een matige TOS. Slechts 14% van de experts benoemde de ernst van de TOS niet als 'matig' tegen 31% van de aanstaande logopedisten en 44% van de ervaren logopedisten. De experts lijken bij het bepalen van de ernstgraad vaker uit te gaan van de genoemde regel dan de aanstaande en ervaren logopedisten. Opvallend is dat van de deelnemers die de ernst niet als 'matig' benoemden, de aanstaande logopedisten geneigd waren de stoornis ernstiger in te schatten, terwijl de ervaren logopedisten geneigd waren de stoornis minder ernstig in te schatten. Het correct bepalen van de ernstmaat heeft waarschijnlijk geen direct effect op (het succes van) de behandeling. De ernst van de stoornis is echter wel medebepalend voor de benodigde duur van de behandeling en de verwachte vooruitgang. Wanneer de ernstmaat eenduidig wordt ingeschat, valt over deze aspecten makkelijker helder te communiceren met zowel de omgeving (o.a. ouders en leerkrachten) als medebehandelaars.

Volgens Van den Dungen (2007) is er sprake van een *specifieke TOS* als de stoornis niet aantoonbaar het gevolg is van een andere stoornis, zoals een verlaagde intelligentie. Om de diagnose specifieke TOS te kunnen stellen moet het non- verbale IQ binnen de normale leeftijdsgrenzen vallen (IQ van minimaal 85). Daarnaast zou het verbale IQ minstens één standaarddeviatie (= 15 punten) lager moeten zijn dan het non-verbale IQ (Leonard, 2000). In de casus ontbreken gegevens over het IQ van Saartje en daarom is het niet mogelijk om adequaat onderscheid te maken tussen een specifieke en een niet-specifieke TOS. Een relatief groot deel van de ervaren logopedisten vermeldde in de diagnose niets over specificiteit van de stoornis (10 van de 18). Van de overige deelnemers gaf een groot deel aan te twijfelen of gaf aan dat informatie (over het IQ) ontbrak.

Een specifieke TOS heeft speciale kenmerken (De Jong, 2003; Kanis & Van Luid, 2005; Goorhuis-Brouwer & de Boer, 1988: in Van den Dungen, 2007), en dit heeft consequenties voor de te stellen behandeldoelen (Van den Dungen, 2007). Zo is het kenmerkend voor Nederlandse kinderen met een specifieke TOS dat ze vaker verplichte zinsdelen weglaten, vaker congruentiefouten maken en vaker fouten maken in het uitdrukken van de verleden tijd dan zich normaal ontwikkelende kinderen. Ook zou 22% van de Nederlandse kinderen met specifieke TOS last hebben van woordvindingsproblemen en worden bij kinderen met een specifieke TOS relatief vaak sociaal-emotionele problemen beschreven.

Opvallend is dat relatief veel aanstaande logopedisten de stoornis van Saartje specifiek noemden (42%) en dat maar een klein deel (15%) van hen aangaf dat IQ-onderzoek een gewenste vervolgstap was. Een veel groter deel van de ervaren logopedisten (56%) en met name de experts (71%) noemde IQ-onderzoek als gewenste vervolgstap. De aanstaande logopedisten lijken minder op de hoogte te zijn van het belang van IQ-gegevens voor het correct stellen van de diagnose en van de consequenties die het vaststellen van een specifieke TOS kan hebben voor de behandeling en de prognose (Stothard, Snowling, Bishop, Chipchase, & Kaplan, 1998). Dat een kleiner deel van de ervaren logopedisten IQ-onderzoek wil laten uitvoeren dan van de experts, komt misschien voort uit praktische redenen, zoals de kosten van een IQ-onderzoek en de soms omslachtige procedures. Een ervaren logopedist zal mogelijk eerst afwachten of de behandeling aanslaat alvorens IQ-onderzoek aan te vragen.

Alle deelnemers waren het er over eens dat Saartje een stoornis had in de *taalinhoud*. Over de andere taalaspecten bestond echter minder overeenstemming. Vertekening kan hierbij zijn opgetreden doordat sommige deelnemers alleen die aspecten benoemden waarin de problemen in hun ogen het grootst waren (TOS die zich *met name uit in ..*). Opvallend is dat het taalaspect fonologie in de diagnose door de aanstaande logopedisten veel minder vaak werd genoemd, terwijl zij vaker dan deelnemers uit de andere twee groepen aangaven aan de fonologie te willen gaan

werken. Volgens het ICIDH, waarmee de logopediestudenten gewend zijn te werken, valt fonologie onder taalvorm. Een relatief groot deel van de aanstaande logopedisten (85%) vermeldde een stoornis in de taalvorm. Het is niet uit te sluiten dat een aantal aanstaande logopedisten bij het benoemen van een stoornis in de taalvorm ook impliciet een stoornis in de fonologie hebben willen benoemen.

Bij de opdracht om *beperkingen in activiteiten en participatieproblemen* te benoemen, werden relatief vaak constatering over het taalgebruik van Saartje (38%) en andere constatering die op stoornisniveau thuishoren (14%) genoemd. De ervaren logopedisten vermelden relatief vaak constatering op stoornisniveau bij deze opdracht. In de nabije toekomst wordt voor het weergeven van diagnoses overgegaan op de ICF-codering, waarbij het benoemen van beperkingen in activiteiten en participatie belangrijk is (Heerkens & de Beer, 2007). Hieraan wordt tijdens DTL cursussen, die op het moment door veel logopedisten worden gevolgd, aandacht besteedt. Toch lijkt een deel van de deelnemende ervaren logopedisten het onderscheid tussen stoornisniveau en het niveau van activiteiten en participatie niet goed te maken. De aanstaande logopedisten doen het op dit gebied beter, mogelijk omdat recentelijk in het logopedieonderwijs aan de HU regelmatig aandacht besteedt wordt aan de ICF-codering.

De experts noemden 'oorontstekingen/gehoorverlies' minder vaak (50%) als *oorzakelijke factor* voor de taalproblemen dan de aanstaande en de ervaren logopedisten (92-83%). Uit de casus blijkt dat Saartje vaak oorontstekingen heeft gehad. Meestal brengen oorontstekingen een mild wisselend geleidingsverlies met zich mee, waardoor de taalverwerving tijdelijk verstoord kan worden. In de literatuur wordt echter gesteld dat wanneer de herhaalde oorontstekingen (OME's) ophouden, de taalachterstand meestal snel ingelopen wordt (Leonard, 2000; Schaerlaekens, 2008). Een andere aanwijzing dat tijdelijk gehoorverlies geen blijvende taalachterstanden veroorzaakt, is het feit dat de prevalentie van OME bij kinderen met een TOS niet groter is dan bij zich normaal ontwikkelende kinderen (Leonard, 2000). Deze kennis lijkt onvoldoende te zijn doorgedrongen tot de aanstaande en ervaren logopedisten, terwijl ook niet alle experts op de hoogte lijken te zijn van het effect van herhaalde oorontstekingen op de taalverwerving.

Twee instandhoudende factoren ('familieleden nemen (taal)initiatief over' en 'vluchtige luisterhouding/ matige concentratie') werden ook als oorzakelijk factor genoemd. Voor factoren met een blijvende invloed op de taalontwikkeling is het onderscheid tussen oorzakelijke en instandhoudende factoren soms minder relevant. Zij kunnen zowel bijdragen aan het ontstaan van een taalprobleem als aan het in stand houden ervan. Voor de behandeling is het met name belangrijk dat de logopedist zich bewust is van het instandhoudende karakter van een dergelijke factor, zodat getracht kan worden het effect ervan te verminderen.

Van den Dungen (2007) benadrukt dat bij jonge kinderen de taaltherapie niet beperkt kan blijven tot directe therapie door de logopedist. Zij stelt dat indirecte therapie, o.a. door ouders, niet alleen belangrijk is bij het stimuleren van de taalontwikkeling, maar zeker ook bij het verbeteren van de communicatieve activiteiten en participatiemogelijkheden van het kind. In dit kader is het belangrijk dat ouders in staat en bereid zijn om het jonge kind talig te stimuleren. Dit wordt onderkend door ongeveer tweederde van de deelnemers uit alle groepen; zij benoemden 'ouders bereid talig te stimuleren' als *gunstige factor* voor de behandeling van Saartje. In de casus wordt o.a. genoemd dat er dagelijks voorgelezen wordt. Dit is van belang, omdat voorlezen het leren van nieuwe woorden en zinsconstructies stimuleert, en positief kan bijdragen aan het stimuleren van de (beginnende) geletterdheid (Wentink, Verhoeven, & van Druenen, 2009).

Meer dan 85% van de deelnemers uit alle groepen noemde het verbeteren van de woordenschat als één van de *behandeldoelen*. De woordenschat van een kind is van groot belang. Woorden zijn immers de bouwstenen van de taal; het zijn de bouwstenen van zinnen en vormen de basis voor de

verwerving van kennis (Van den Dungen, 2007). Kinderen die over onvoldoende basiswoorden beschikken kunnen nieuwe woorden onvoldoende begrijpen. In de onderwijssituatie kan dit ertoe leiden, dat kinderen die bij aanvang een woordenschatachterstand hebben, deze almaar zien groeien in plaats van afnemen (Appel & Vermeer, 2000; Verhallen, 1991/1994: in Schaerlaekens, 2008, p204). Kinderen als Saartje met een receptief-expressieve taalstoornis kunnen met een grotere passieve woordenschat waarschijnlijk ook een beter zinsbegrip en een beter verhaalbegrip ontwikkelen (Van den Dungen, 2007). Goorhuis en Schaerlaekens (2000) stellen verder dat met de kennis van woorden het succes van zowel het talige als het rekenkundige onderwijs staat of valt. Leerlingen met een kleine woordenschat zullen o.a. meer moeite hebben met leren lezen (Sas & Wierenga, 1998: in Wentink e.a., 2009).

Zeer opvallend is dat naast woordenschat door de deelnemers maar liefst negen andere taaldomeinen genoemd werden om aan te werken in de behandeling. Al deze domeinen zijn te herleiden tot de casus. Er lijkt echter weinig overeenstemming te zijn tussen de deelnemers over welke taaldomeinen prioriteit hebben naast woordenschat. De aanstaande logopedisten maakten een wat beperktere keuze in hun behandeldoelen dan de andere twee groepen, zij gaven niet aan te willen werken aan taalbegrip, instructie van de omgeving, woordvinding of auditieve vaardigheden. De aanstaande logopedisten gaven in vergelijking met de ervaren logopedisten en de experts duidelijk vaker aan te willen werken aan de fonologische problemen van Saartje, waarom is onduidelijk. De deelnemers is niet gevraagd hoe zij kwamen tot hun keuze van de taaldomeinen waaraan gewerkt moest worden. Mogelijk zou dit interessante inzichten hebben opgeleverd.

De ervaren logopedisten noemden het verbeteren van de woordenschat veel minder vaak als belangrijkste behandeldoel dan de andere twee groepen. Door een deel van hen werd het verbeteren van luisterhouding/concentratie of het verbeteren van de communicatieve functies of de instructie van de omgeving (ouders/leerkracht) genoemd als belangrijkste behandeldoel. Een reden hiervoor kan zijn dat zij eerst aan voorwaarden voor de taalverwerving willen werken (luisterhouding/concentratie en het creëren van een stimulerende leeromgeving thuis) of het belangrijk vinden dat eerst aan het taalgebruik wordt gewerkt, zodat Saartje snel beter kan communiceren. Meer dan de helft van de ervaren logopedisten gaf het verbeteren van de woordenschat wel aan als tweede behandeldoel.

Bij het kwalitatief beoordelen van de behandeldoelen viel op dat deze sterk van elkaar verschilden in hoe SMART deze geformuleerd waren. De ene deelnemer stelde duidelijk meetbare doelen op, gaf de behandel frequentie aan en concretiseerde de doelen met bijvoorbeeld specifieke woorden die een kind moest kennen. Een ander beschreef alleen het domein waaraan gewerkt zou worden, bijvoorbeeld 'woordenschat'. Hierbij waren er geen duidelijke verschillen tussen de groepen deelnemers. In het LMH wordt beschreven dat het SMART formuleren van behandeldoelen bij kan dragen aan de efficiëntie en de effectiviteit van de behandeling (Kuiper, 2007). SMART geformuleerde doelen kan de logopedist o.a. gebruiken om het eigen handelen te evalueren. Ook kan hiermee het resultaat van de behandeling getoetst worden aan de vooraf opgestelde doelen en eventueel besloten worden tot bijstelling van de doelen. Onze indruk is dat het SMART formuleren van behandeldoelen niet de gangbare praktijk is.

Zelden werd in de behandeldoelen aangegeven of de omgeving (ouders, leerkracht) bij de therapie betrokken zou worden en hoe aan generalisatie van de taaldoelen gewerkt zou worden. Door een groot deel van de ervaren logopedisten (56%) werd dit wel als vervolgstap benoemd, in tegenstelling tot de aanstaande logopedisten (8%) en de experts (14%). Uit onderzoek blijkt dat taaltherapie in combinatie met begeleiding van de ouder-kindinteractie het meest effectief is (Fey, 1986). De reden waarom ervaren logopedisten vaker voor deze vervolgstap kozen, kan liggen in het feit dat zij in hun werk veel contact hebben met de omgeving van het kind, en dus uit ervaring weten hoe belangrijk de rol van de ouders en leerkrachten voor het succes van de behandeling kan zijn. Uit de resultaten kan

niet zonder meer geconcludeerd worden dat de aanstaande logopedisten deze vervolgstap niet belangrijk vonden. Het is mogelijk dat zij zich niet realiseerden dat instructie aan of afstemming met de omgeving een mogelijke vervolgstap was. In het logopedieonderwijs wordt bij het opstellen van behandelplannen relatief weinig aandacht besteedt aan vervolgstappen.

Een aantal aanstaande en ervaren logopedisten gaf aan Saartje te willen verwijzen voor vervolgonderzoek m.b.t. mogelijke ontwikkelingsproblematiek (o.a. ASS). De experts zagen hiertoe geen aanleiding. Mogelijk komt dit doordat zij meer ervaring hebben met, of kennis hebben over, complexe TOS. Hierdoor kunnen zij mogelijk beter inschatten of, op basis van de gegevens uit de casus, dergelijk vervolgonderzoek zinvol is.

Expert-mening

Van de experts mag verwacht worden dat zij (beter) op de hoogte zijn van de beschikbare evidentie op het gebied van TOS. De beschikbare evidentie op het gebied van TOS is echter beperkt, zeker ook m.b.t. de behandeling ervan (zie paragraaf 2.6). De mening van de experts mag dan ook zeker niet gezien worden als de 'waarheid'. Het kan hooguit, en ook dat met voorzichtigheid, gezien worden als een vertolking van de huidige stand van de kennis over TOS. Wanneer een logopedist een keuze maakt die afwijkt van de mening van de expert, is deze keuze dus niet per se minder 'goed'. Wel kan een individuele logopedist de mening van experts gebruiken om de eigen keuzes nog eens kritisch te evalueren.

Het was niet zonder meer duidelijk dat bij de ervaren logopedisten de uitwerking van deze casus méér overeenkwam met de mening van de experts dan de bij de aanstaande logopedisten. Welke conclusies kunnen hieraan verbonden worden met betrekking tot het effect van nascholing en van ervaring op het handelen van logopedisten? Een deel van de ervaren logopedisten had ten tijde van het uitwerken van de casus net de post-HBO cursus Communicatieve Taaltherapie afgerond. De docent van deze cursus (G.B.) verzorgde ook het TOS-onderwijs aan de deelnemende logopediestudenten. De inhoud van het onderwijs en de cursus waren volgens haar grotendeels vergelijkbaar. Qua scholing waren de verschillen tussen de aanstaande logopedisten en een deel van de ervaren logopedisten dus klein en het effect ervan op het handelen dus moeilijk te bepalen. Voor zover ons bekend zijn er nog geen studies uitgevoerd die direct het effect van na- en bijscholing (of van ervaring) op het handelen van logopedisten onderzochten. Er zijn wel aanwijzingen voor een positief effect van nascholing op het handelen van kleuterleidsters (zie hoofdstuk 5), maar dit is moeilijk te vertalen naar de logopedische praktijk.

De resultaten lijken te suggereren dat ervaring met het behandelen van kinderen met een TOS er niet toe leidt dat logopedisten meer in overeenstemming met de expert-mening handelen. Dit is niet onlogisch als klopt wat Schaerlaekens (2002) stelt: *'Er zijn diverse benaderingswijzen, technieken, programma's en hulpmiddelen, het is een druk landschap waarin men de beste weg probeert te vinden voor elk individueel kind'*. Als iedere individuele logopedist gaandeweg een eigen manier vindt om te werken met kinderen met een TOS, garandeert dat geenszins dat er uniformiteit ontstaat of dat men werkt volgens de laatste inzichten. Zowel voor beginnende beroepsbeoefenaars als voor ervaren logopedisten zouden richtlijnen voor de diagnostiek en de behandeling van TOS een nuttige aanvulling kunnen zijn op scholing en ervaring. Richtlijnen bieden immers hulp bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen, en geven aan hoe de optimale zorg voor de cliënt vorm kan krijgen (De Beer, 2008).

Richtlijnen

Volgens een grote meerderheid van de deelnemers is het belangrijk dat er in Nederland richtlijnen komen voor zowel de diagnostiek als de behandeling van TOS. Kort samengevat gaven de experts hiervoor de volgende reden: 'Een snelle, goede diagnostiek met de juiste prioritering die gebaseerd is op evidentie zou ertoe kunnen leiden dat kinderen meteen adequate en doelgerichte behandeling

krijgen. Dit voorkomt dat een TOS onnodig blijft bestaan, en onnodig veel invloed heeft op het functioneren van een kind.’ Eén expert gaf aan dat op dit moment het opstellen van richtlijnen voor diagnostiek daadwerkelijk mogelijk is. Het opstellen van richtlijnen voor behandeling achtte zij echter nog niet mogelijk, aangezien de effectiviteit van taaltherapie nog niet helemaal in kaart is gebracht. Dit is consistent met de aanbeveling van De Commissie Richtlijnen van de NVLF (Nederlandse Vereniging Logopedie en Foniatrie) om eerst een richtlijn te ontwikkelen voor screening en diagnostiek en pas in tweede instantie voor logopedische behandelindicaties op het gebied van TOS (in: De Beer, 2008).

Richtlijnen zouden duidelijke handvatten kunnen bieden aan de startende logopedisten. Daarnaast kunnen richtlijnen aan de buitenwereld inzichtelijk en duidelijk maken wat logopedisten doen, hoe zij te werk gaan en wat de resultaten zijn (professionalisering en profilering). Ook zijn middels een gestandaardiseerde verslaglegging bevindingen voor anderen sneller te overzien. Richtlijnen zijn dus belangrijk voor de herkenbaarheid en uitstraling van het beroep logopedist en sluiten aan bij de vraag vanuit het ministerie van VWS om meer transparantie (Gerrits, 2011).

6.2. Conclusies en aanbevelingen

Aan de uitwerking van een casus van een 5-jarig kind met een TOS door aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts kunnen de volgende conclusies verbonden worden:

1. Deze studie laat een redelijke mate van overeenstemming tussen de drie groepen logopedisten zien m.b.t. de diagnostiek, hoewel er ook relevante verschillen waren (zie deelconclusies). M.b.t. de drie geformuleerde behandeldoelen was onder de deelnemers minder overeenstemming; hoewel bijna alle deelnemers één van de behandeldoelen richtte op hetzelfde taaldomein (woordenschat), werden de overige twee behandeldoelen met name door de ervaren logopedisten en de experts heel gevarieerd ingevuld. Voor een aantal gewenste vervolgstappen was er weinig overeenstemming tussen de drie groepen logopedisten (zie deelconclusies).
- 2a. Onder de experts bestond een redelijke mate van overeenstemming over belangrijke onderdelen van de diagnose, de behandeldoelen en de vervolgstappen bij een casus van een 5-jarig kind met een TOS, te weten:
 - de ernstmaat en het receptieve en/of expressieve karakter van de stoornis
 - het belangrijkste taalaspect (taalvorm, -inhoud, -gebruik of fonologie) dat gestoord was
 - de belangrijkste beperkingen in activiteiten en participatie
 - instandhoudende en gunstige factoren
 - het belangrijkste taaldomein waarop de behandeling zich diende te richten
 - verwijzing voor een specifieke vorm van vervolgonderzoek
- 2b. Op de bij 2a genoemde punten vertoonde de uitwerking van de casus door de ervaren logopedisten niet meer overeenstemming met de mening van de experts dan die van de aanstaande logopedisten. Dit suggereert dat ervaring met het werken met kinderen met een TOS er niet zonder meer toe leidt dat logopedisten meer gaan handelen in overeenstemming met de mening van experts en de beschikbare evidentie.

M.b.t. de uitwerking van de casus kunnen de volgende deelconclusies getrokken worden:

- a. diagnostiek:
 - in vergelijking met de experts werd door de aanstaande en ervaren logopedisten minder vaak de juiste ernstmaat vastgesteld

- de aanstaande logopedisten leken minder op de hoogte van het belang van IQ-gegevens voor de diagnostiek, en met name voor het onderscheiden van specifieke en niet-specifieke TOS, dan de andere twee groepen
 - de ervaren logopedisten leken meer moeite te hebben met het onderscheiden van constatering op stoornisniveau en beperkingen in activiteiten en participatie dan de andere twee groepen
 - de experts noemden minder vaak oorontstekingen als oorzakelijke factor dan de andere twee groepen, in overeenstemming met het recente inzicht dat oorontstekingen meestal niet leiden tot blijvende taalachterstanden.
- b. behandeling en vervolgstappen:
- de ervaren logopedisten waren meer dan de ervaren logopedisten en experts geneigd in de behandeling prioriteit te geven aan voorwaarden voor het verwerven van taal (bv. luisterhouding) en aan het verbeteren van het taalgebruik ter bevordering van de communicatieve vaardigheden
 - de aanstaande logopedisten gaven vaker aan te willen werken aan de aanwezige fonologische problemen dan de andere twee groepen
 - de ervaren logopedisten gaven als vervolgstap vaker aan de omgeving (leerkracht, ouders) bij de behandeling te willen betrekken dan de andere twee groepen.

De resultaten van het onderzoek en de hieruit getrokken conclusies geven aanleiding tot de volgende aanbevelingen:

1. Het verdient aanbeveling om op korte termijn een richtlijn op te stellen voor de diagnostiek van TOS. De benodigde evidentie hiervoor is beschikbaar en er is behoefte aan een dergelijke richtlijn in het werkveld. Hierbij moet o.a. aandacht besteedt worden aan het vaststellen van de ernstmaat, het onderscheiden van specifieke en niet-specifieke TOS en het klinisch redeneren o.a. met betrekking tot instandhoudende en gunstige factoren.
2. Het is wenselijk dat er op korte termijn gedegen wetenschappelijk onderzoek wordt verricht gericht op het optimaliseren van het effect van de behandeling bij kinderen met een TOS, zodat op termijn ook richtlijnen voor de behandeling kunnen worden opgesteld.
3. Bij nascholing van logopedisten dient extra aandacht besteed te worden aan:
 - het correct vaststellen van de ernst van een TOS
 - het correct benoemen van beperkingen in activiteiten en participatie en met name aan het onderscheid tussen constatering op stoornisniveau en op het niveau van activiteiten en participatie
 - het effect van oorontstekingen en de hieruit voortkomende wisselende geleidingsverliezen op de taalontwikkeling.
4. In het onderwijs aan logopediestudenten dient extra aandacht besteed te worden aan:
 - het correct vaststellen van de ernst van een TOS
 - het belang van informatie over het IQ voor het kunnen onderscheiden van een specifieke en een niet-specifieke TOS
 - het effect van oorontstekingen en de hieruit voortkomende wisselende geleidingsverliezen op de taalontwikkeling

5. Het is wenselijk dat er wetenschappelijk onderzoek gedaan wordt naar het effect van na- en bijscholing en naar het effect van ervaring op het handelen van logopedisten en andere paramedici.
6. Om de mogelijkheid om onderzoek te doen aan de HU te vergroten zouden studenten die hieraan meewerken hiervoor studiepunten of een geldelijke beloning moeten kunnen krijgen.

Logopedische begrippen

Articuleren: klanken nauwkeurig uitspreken (D)

Child directed Speech: de taal gericht tot kinderen (Sn)

Communicatieve therapie: Therapeutische handelwijze waarbij voortdurend geïntegreerd aandacht wordt besteed aan taalvorm (fonologie, morfologie, syntaxis), taalinhoud (semantiek), en adequaat taalgebruik (pragmatiek) (LL)

Comprehentie: passief taalgebruik: het luisteren, begrijpen, lezen van aangeboden taal (S)

Dril methode: Het inslijpen van een bepaalde uiting (HSST)

Expansie: Een uiting van een volwassene die een aanvulling of uitbreiding is op de uiting van een kind (D)

Expressieve kinderen: kinderen die de neiging hebben sociale uitingen te willen leren (S, Sn)

Extensie: syntactische uitbreiding; de uitbreiding van de begripsinhoud van een woord; m.a.w. de verruiming van een concept door het feit dat men met andere referenten in contact komt. (LL)

Fine-tuning: het aanpassen van de complexiteit van hun taalgebruik door volwassenen aan het linguïstische vermogen van het kind (Sn)

Foneem: kleinste betekenisonderscheidende klankeenheid van een taal (LL)

Fonologie: de studie van fonemen of spraakklanken die eigen zijn aan een bepaalde taal (S)

Gerichte stimulatie (focussed stimulation): Therapietechniek waarbij het kind frequent een doelvorm wordt aangeboden en uitgelokt wordt om in dezelfde lijn te antwoorden (HSST, Ln)

Imitatie (in communicatieve taaltherapie): De uiting van het kind meer correct maken. (HSST)

Indirecte therapie: therapie die niet rechtstreeks tot de persoon gericht is, maar bestaat uit het begeleiden en adviseren van de omgeving van de persoon. (LL)

Individuele therapie: therapie waarbij de therapeut de persoon individueel behandelt, al dan niet in aanwezigheid van familie. (LL)

Groepstherapie: therapie waarbij meer individuen tegelijkertijd worden behandeld onder gebruikmaking van de capaciteiten van groepen, en waarbij voor elk individu ongeveer dezelfde behandeldoelen gelden.

Interactief situationeel leren: (LL)

Joint attention: voorwerp van aandacht dat door spreker en luisteraar gedeeld wordt (S)

Metalinguïstiek: het reflecteren over taal (S)

Modelleren: Het goede (taal) voorbeeld geven.

Morfologie: beschrijving van de interne structuur van woorden, zoals afleidingen, verbuigingen en vervoegingen die woorden kunnen ondergaan (LL)

Morfosyntaxis: Het toepassen van morfologie op woorden om syntactisch correcte zinnen te krijgen. Een werkwoord moet bijvoorbeeld vervoegd worden om een syntactisch correcte zin te krijgen. (TE)

Pragmatiek: de studie van het taalgebruikaspect (S)

Referentiële kinderen: kinderen die de neiging hebben namen van dingen te willen leren (S, Sn)

Script: geschreven tekst voor toneel, film enz. (D)

Secundaire TOS: problemen in de taalontwikkeling komen niet voort uit andere problematiek (?)

Semantiek: betekenisleer: de leer die zich bezighoudt met de betekenis van respectievelijk woorden, woordgroepen, zinnen en teksten (LL)

Semantische gerelateerdheid: in de communicatie met een kind beperkt een volwassene zich tot onderwerpen die voor het kind aantrekkelijk zijn en reageert met uitingen die semantisch aansluiten op die van het kind (Sn)

Syntaxis: vormleer: leer die de zinsbouw bestudeert en beschrijft (LL)

Taal: een systeem van tekens die worden voortgebracht door de spraakorganen en waarmee de mens zijn denken, voelen en willen uitdrukt en zijn wereld ordent (LL)

Taal aanbod: alle taal die een persoon aangeboden krijgt vanaf de geboorte (LL)

Taalbegrip: het begrijpen van gesproken, geschreven en non-verbale taal (LL)

Taalgebruik: het hanteren van taal in een bepaalde situatie, waarbij taalvorm en taalinhoud zinvol op elkaar zijn afgestemd (LL)

Taalinhoud: boodschappen of ideeën die d.m.v. taal worden overgebracht, namelijk het semantische aspect van de taal (LL)

Taalontwikkelingsstoornis (TOS): andersoortige taalontwikkeling, taalontwikkeling, gestoorde taalontwikkeling (taalverwerving); het taalgebruik van het kind vertoont kenmerken die in een bepaalde fase van het taalverwervingsproces voorkomen, maar geen samenhangend beeld vormen

Taalproductie: actief taalgebruik: het zelf spreken, gebaren of schrijven van taal (S)

Taalverwerving: taalontwikkeling (LL)

Taalvorm: de manier waarop woorden en zinnen zijn gevormd, de woordkeuze, alsmede de manier waarop grammaticale regels worden toegepast en het gebruik van intonatie, klemtoon en frasering (LL)

Refraseren (recasting): De uiting van het kind wordt verbeterd (vorm van feedback). Het kind weet dat het gehoord is en kan zijn eigen uiting vergelijken met de uiting van de logopedist (D)

Tolken: de handeling van het kind wordt verwoord door de volwassene. (HSST)

Verticale structurering: betekenisverruiming (LL)

Vertraagde taalontwikkeling: schaduwontwikkeling; vertraagde taalontwikkeling die in grote lijnen volgens hetzelfde schema loopt als bij andere kinderen.(LL)

Bronnen:

HSST = Handboek Stem- Spraak- Taalpathologie

VD= Van den Dungen, 2007

LL = Logopedisch Lexicon, Bogaert 2000

Ln = Leonard, 2000

S= Schaerlaekens, 2008

Sn= Snow, 2000

TE= Taalexpert (website)

D = van Dale woordenboek

Literatuurlijst

Hieronder volgt een overzicht van geraadpleegde literatuur. Ook wordt een lijst met websites gepresenteerd die gebruikt is bij het ontwikkelen van de tekst.

- Beer, J. de (2008). Standaarden en richtlijnen. In A. Meulenberg-Brouwer, H. Pol-Top & C. Kuiper (red.). *Dialog: een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma.
- Bishop, D.V.M. (2010). Which neurodevelopmental disorders get researched and why? *PLoS ONE*, 5, 11.
- Bogaert, L.J.M. van (2000). *Logopedisch lexicon*. Gulpen: Stichting Logopedie Fonds.
- Boyle, J., Gillham, B. & Smith, N. (1996). Screening for early language delay in the 18-36 month age-range: The predictive validity of tests of production and implications for practice. *Child Language Teaching and Therapy*, 12, 113-127.
- Boyle, J.M., McCartney, E., O'Hare, A. & Forbes, A.J. (2009). Direct versus indirect and individual versus group modes of language therapy for children with primary language impairment: principal outcomes from a randomized controlled trial and economic evaluation. *International Journal of Language and Communicative Disorders*, 44(6), 826-846.
- Boyle, J., McCartney, E., O'Hare, A. & Law, J. (2010). Intervention for mixed receptive-expressive language impairment: a review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(11), 994-999.
- Brouwers-de Jong, E.A., Burgmeijer, R.J.F. & Laurent de Angulo, M.S. (red.). (1996). *Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau - Handboek bij het vernieuwde Van Wiechenschema*. Assen: van Gorcum.
- Buijs, A. (1992). *Statistiek om mee te werken*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese Uitgevers.
- CBO/NVLF (1997). *Eindrapport "Bijstelling ICIDH in de logopedie"*. Utrecht: CBO/NVLF.
- Cirrin, F.M. & Gillam, R.B. (2008). Language intervention practices for school-age children with spoken language disorders: a systematic review. *Language, speech, and hearing services in schools*, 39, s110-s137.
- Conti-Ramsden, G. & Botting, N. (1999). Classification of children with specific language impairment. *Journal of speech, Language and Hearing Research*, 42, 1195-1204.
- Eustacia, S. (2007). A randomized controlled trial to assess decay in acquired knowledge among paramedics completing a pediatric resuscitation course. *Academic Emergency Medicine*, 7, 7.
- Fey, M. (1986). *Language intervention in Young children*. Boston, MA: College-Hill Press.
- Gallagher, A.L. & Chiat, S. (2009). Evaluation of speech and language therapy interventions for pre-school children with specific language impairment: a comparison of outcomes following specialist intensive, nursery-based and no intervention. *International Journal of Language and Communicative Disorders*, 44(5), 616-638.
- Geerts, G. & den Boon, T. (1999). *Van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal*. Utrecht/Antwerpen: Van Dale lexicografie.
- Gerrits, E. (2011). *Spreken we dezelfde taal? Evidence-based logopedie en de communicatie tussen onderzoek, onderwijs en praktijk*. Openbare les, Lectoraat Logopedie, HU.
- GGD Hart voor Brabant, *Spraaktaal: Bevordering spraaktaalontwikkeling en vroegsignalering van spraaktaalontwikkelingsstoornissen in de Jeugdgezondheidszorg 0-6 jaar*, www.ggdkennisnet.nl, verkregen op 01-07- 2011.
- Gillis, S. & Schaerlaekens, A.M. (red.). (2000). *Kindertaalverwerving: een handboek voor het Nederlands*. Groningen: Martinus Nijhoff.
- Goorhuis-Brouwer, S.M. & Boer, G.H.A., de (1998). *Gezegd en gezwezen: uitgangspunten voor therapie bij spraak- en taalgestoorde kinderen*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Goorhuis- Brouwer, S.M. (2000). Als de taal niet vanzelf komt. In M. Weller, C. Slofstra, S. van der Meulen, M. van Denderen, B. van Beek & A. Verschoor (red.). *Spraak-taalproblemen bij kinderen: ervaringen en inzichten*. Assen: van Gorkum.

- Goorhuis, S.M. & Schaerlaekens, A.M. (2000). *Handboek taalontwikkeling, taalpathologie en taaltherapie bij nederlandssprekende kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Girolametto, L., Weitzman, E. & Greenberg, J. (2003). Training daycare staff to facilitate children's language. *American Journal of speech-language pathology*, 12, 299-311.
- Girolametto L., Weitzman E. & Greenberg J. (2004). The effects of verbal support strategies on small-group peer interactions. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 35(3), 254-268.
- Grag, A. & Turtlet, K. (2001). Effectiveness of training health professionals in literature search skills using electronic health databases. *Health Information and libraries journal*, 20(1), 33-41.
- Groenhuys, M. & Wegener-Sleeswijk, B. (1998). Meten en beschrijven van taal: observaties en spontane-taalanalyses. In H.F.M. Peters e.a. (red.). *Handboek Stem-Spraak-en Taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Heerkens, Y.F. & Beer, J. de (2007). International Classification of Functioning Disability and Health; Gebruik van de ICF in de logopedie. *Logopedie en Foniatrie* (4): 112-119.
- Jansonius-Schultheiss, K. (2006). Taaltherapie bij kinderen met taalontwikkelingsproblemen. In H.F.M. Peters e.a. (red.). *Handboek stem- spraak- taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kuiper, J. (2007). *Methodisch handelen in de logopedie*. Assen: van Gorkum.
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A. & Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(2), 165-188.
- Law, J., Garrett, Z. & Nye, C. (2004). The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: a meta-analysis. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 47, 924-943.
- Leonard, L.B. (2000). *Children with specific language impairment*. London: MIT press.
- Mecrow, C., Beckwith, J. & Klee, T. (2010). An exploratory trial of the effectiveness of an enhanced consultative approach to delivering speech and language intervention in schools. *International Journal of Language and Communicative Disorders*, 45(3), 354-367.
- McCauley, R.J. & Fey, M.E. (2006). Introduction to treatment of language disorders in children. In R.J. McCauley & M.E. Fey (red.). *Treatment of language disorders in children*. Baltimore, London, Sydney: Paul H. Brookes Publishing.
- Paul, R. (2007). *Language disorders from infancy through adolescence: assessment & intervention*. Sint Louis: Mosby/Elsevier.
- Priester, G.H., Post, W.J. & Goorhuis-Brouwer, S.M. (2009). Problems in speech sound production in young children: an inventory study of the opinions of speech therapists. *International Journal of Otorhinolaryngology*, 73, 1100-1104.
- Ruizeveld de Winter, E. & Leijenaar, B. (2006). Protocol Taaldiagnostiek Groningen: Vroegtijdige onderkenning van spraak- en taalstoornissen. *Logopedie en Foniatrie*, 11, 340-345.
- Schaerlaekens, A.M. (2002). Inleiding. In E. Manders & I. Zink (red.). *Taaltherapie bij kinderen*. Antwerpen: Garant.
- Schaerlaekens, A. (2008). *De taalontwikkeling van het kind*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Slofstra-Bremer, C.F. (2006). Diagnostiek bij specifieke taalontwikkelingsstoornissen. In H.F.M. Peters e.a. (red.). *Handboek stem- spraak- taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Snow, C. (2000). Taalaanbod en sociale interactie: hun rol in de taalverwerving. In S. Gillis en A. Schaerlaekens (red.). *Kindertaalverwerving, een handboek voor het Nederlands*. Groningen: Uitgeverij Martinus Nijhof.
- Stothard, S.E., Snowling, M. J., Bishop, D.V.M., Chipchase, B.B. & Kaplan, C.A. (1998). Language impaired preschoolers: A follow up into adolescence. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41, 407-418.
- Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brien, M. (1997). Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 1245-1260.

- Van den Dungen, L. & Verboog, M. (1998). *Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Van den Dungen, L. (2007). *Taaltherapie voor kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Wentink, H., Verhoeven, L. & Druenen, M. van (2009). *Protocol leesproblemen en Dyslexie voor groep 1 en 2*. Nijmegen: Expertisecentrum Nederlands.

Internetsites:

Informatie over taaltesten, verkregen op 09-05-2011, via:

<http://www.taalexpert.nl/searchresults.aspx?uxsearchtext=taaltesten>

Overzicht Nederlandse richtlijnen, verkregen op 14-05-2011, via:

http://www.logopedie.nl/bestanden/nvlf/kwaliteit/instrumenten/Overzicht_nederlandse_richtlijnen_30_maart_2009.pdf

Informatie over classificaties en coderingen logopedie, verkregen op 20-06-2011, via:

<http://www.paramedisch.org/onderzoek-en-ontwikkeling/classificaties/classificaties-logopedie.html>

Informatie over richtlijnen, verkregen op 20-06-2011 via:

<http://nvlf.logopedie.nl/site/instrumenten>

Informatie over cotanbeoordeling, verkregen op 01-07-2011 via:

http://www.cotandocumentatie.nl/zoeken_eenvoudig.php

Bijlagen

1. Casus Saartje
2. Opdrachten bij casus Saartje
3. E-mail aankomende logopedisten/ projectgroepjes
4. E-mail aankomende logopedisten/ overige 4^e jaars (versnellers)
5. E-mail aankomende logopedisten/ benaderd via docenten TOS andere hogescholen
6. Vragenlijst aankomende logopedisten/ studenten opleiding Logopedie Utrecht
7. Vragenlijst aankomende logopedisten/ studenten overige logopedie opleidingen
8. Herinneringsmail/ aanstaande logopedisten
9. E-mail ervaren logopedisten/ cursisten Communicatieve Taaltherapie
10. E-mail ervaren logopedisten/ overig
11. E-mail ervaren logopedisten/ namen via Gerda Bruinsma/ Anniek van Doornik/ Leonoor Oonk
12. Herinneringsmails ervaren logopedisten
13. Vragenlijst ervaren logopedisten
14. Voorlichting project/ PowerPoint/ ervaren logopedisten/ cursisten
15. E-mail aan de secretariaten voor e-mailadressen docenten TOS
16. E-mail aan de experts/ docenten TOS
17. E-mail aan de experts/ overige experts
18. Herinneringsmail experts
19. Vragenlijst experts
20. Protocol voor de verwerking van de binnenkomende data
21. Scoreformulier
22. Codeboek
23. Tabellen 2^e en 3^e behandeldoel
24. Berekening mate van overeenstemming met expert-mening

Bijlage 1: Beschrijving casus Saartje

Personalia

Naam: Saartje
Kalenderleeftijd: 5;0 jaar (april 2010).
School: groep 1 van het reguliere basisonderwijs
Gezin: vader, moeder, 2 oudere zussen (8 en 10 jaar)
Thuis taal: Nederlands
Signaleerder: leerkracht gaf advies logopedie n.a.v. slechte Cito scores in januari 2010
Eerste contact: februari 2010

Klacht:

Moeder vertelt dat Saartje minder woorden lijkt te kennen en eenvoudiger zinnen maakt dan leeftijdsgenootjes. Ze begrijpt wel goed wat er tegen haar gezegd wordt. Saartje praat veel en doet dit vlug en slordig. Bij langere woorden maakt ze soms uitspraakfouten. Volgens moeder hebben vreemden regelmatig moeite haar goed te volgen.

Anamnese

Saartje ging pas echt praten toen ze naar de peuterspeelzaal ging op 2 ½-jarige leeftijd. Ze was toen slecht verstaanbaar. De peuterleidster vond dat ze “in een eigen wereldje leefde”. Haar ouders maakten zich zorgen over haar taalontwikkeling, maar stelden logopedie uit. Er zijn geen logopedische problemen in de familie bekend.

Saartje is over het algemeen weinig ziek. Van kleins af aan is ze vaak neusverkouden. Ook heeft ze vaak oorontsteking gehad. Ze kreeg voor haar 2^e verjaardag buisjes. Bij een recente meting was het gehoor goed. Zowel de zwangerschap en de bevalling als de motorische ontwikkeling en het leren eten en drinken zijn normaal verlopen.

Moeder beschrijft Saartje als een makkelijk kind. Ze speelt het liefst met poppen/barbies en heeft dan veel fantasiespel. Het contact met andere kinderen verloopt goed, hoewel ze het liefste alleen lijkt te spelen. Voor spelletjes heeft ze geen geduld. Er wordt thuis elke dag voorgelezen. Thuis namen de oudere zussen het vaak van Saartje over, ook met het praten. De ouders proberen dit nu te voorkomen.

De leerkracht (maart 2010) beschrijft Saartje als een nog jonge leerling qua gedrag en werkhouding. In de groep valt ze op door clownesk gedrag, vooral als ze iets moet zeggen of doen wat ze nog niet kan. De Cito scores waren onvoldoende in januari 2010 (in vgl. met begin groep 1): voor Taal (E-niveau) en Ordenen (D-niveau). Na een extra jaar kleuteren (wat zeer waarschijnlijk is) zal ze wel mee kunnen komen met het niveau van de groep.

Logopedisch onderzoek (februari 2010)

Taaltests:

	Test	Leeftijd afname	Normscore	Leeftijdsequivalent
Receptief	Reynell	4;10 jr	TBQ = 83	3;11 jr
	TAK-passieve woordenschat	5;0 jr	D in vgl. met begin groep 1 E in vgl. met begin groep 2	
Expressief	Schlichting:			
	Zinsontwikkeling	4;11 jr	ZQ = 87	4;0 jr
	Woordontwikkeling	4;11 jr	WQ = 78	3;11 jr

Taalgebruik:

Oogcontact en beurtwisseling zijn voldoende. Luisterhouding en concentratie zijn matig. Ze introduceert soms ineens een ander, niet zo passend, onderwerp. Uit mijn observatie blijkt dat Saartje te weinig:

- vraagt om verduidelijking of herhaling als ze iets niet heeft verstaan of begrepen,
- naar de naam van dingen vraagt,
- om uitleg vraagt.

Tijdens het vertellen zoekt ze regelmatig naar de juiste woorden; ze denkt lang na en gebruikt soms verkeerde woorden die semantisch of fonologisch verwant zijn. Bij een vertelsituatie buiten het hier en nu wordt regelmatig niet helemaal duidelijk wat Saartje wil overbrengen. Tijdens een spelsituatie met concrete materialen kan ze haar bedoelingen wel redelijk goed overbrengen.

Observaties/spontane taal:

- Saartje is spontaan en maakt gemakkelijk contact. Door haar vluchtige luisterhouding reageert ze nogal eens irrelevant op vragen of opmerkingen.
- Als niet helemaal overkomt wat ze wil zeggen, maakt Saartje hier geen probleem van, ze vertelt en zegt gewoon wat ze wil.
- Saartje laat regelmatig onbeklemtoonde woorden/lettergrepen/klanken weg en maakt nog eenvoudige zinnen die passen bij een net 4-jarig kind. Tijdens het spreken zegt ze vaak tussendoor "uuuhhh" omdat ze zoekt naar woorden. Ze begint een zin dan vaak opnieuw of maakt de zin uiteindelijk niet goed af qua vorm. Het spreken komt hierdoor wat slordig over.

Spraak:

Logo-art articulatieonderzoek:

- Uitspraak van de enkelvoudige consonanten: geen bijzonderheden.
- Clusters sk-, sch-, schr-, gl- en gr-: worden (soms) gereduceerd.
- Bij langere woorden: laat soms onbeklemtoonde lettergrepen weg en maakt soms uitspraakfoutjes.

Auditieve vaardigheden:

Niet onderzocht.

Bijlage 2: Opdrachten bij casus Saartje

OPDRACHTEN BIJ DE CASUS:

1. Stel de hoofddiagnose op stoornisniveau:

Beschrijving:

(mogelijke termen om de diagnose te specificeren: expressief, receptief, gemengd, specifiek, niet- specifiek, taalinhoud, taalvorm, taalgebruik, fonologisch, fonetisch, ...)

Ernst = *(licht, matig of ernstig)*

2. Geef aan welke beperkingen in activiteiten en welke participatieproblemen er zijn.

3. Welke factoren spelen een rol bij het ontstaan en in stand houden van de stoornis?

- Oorzakelijke factoren:
- Factoren die de stoornis in stand houden:
- Gunstige factoren ten aanzien van de behandeling:

4. Stel drie hoofddoelen op voor de behandeling in de komende 6 maanden, in volgorde van belangrijkheid:

Hoofddoel 1:

Hoofddoel 2:

Hoofddoel 3:

5. Welke andere stappen zou u nemen als dit kind bij u in behandeling was (bv. doorverwijzing, vervolgonderzoek, advies vragen, ...)

Bijlage 3: Mail aankomende logopedisten/ projectgroepjes

Beste...,

Wij zijn net als jullie bezig met ons eindproject.

Ons project is onderdeel van het onderzoeksprogramma van het lectoraat Logopedie over taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Van de kinderen van 0-7 jaar heeft 5-10% een TOS, het gaat dus om veel kinderen! Rond de effectiviteit van taaltherapie bestaan nog veel vragen. Ook zijn er in Nederland nog geen richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van TOS.

Wij gaan in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en verschillende experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een kind met een TOS (casus Saartje). Mogelijk een eerste stap op weg naar richtlijnen.

Jullie zouden ons enorm kunnen helpen door de bijgevoegde casus uit te werken. Het is een leuke casus, die je in elke praktijk zou kunnen tegenkomen. De casus is kort en duidelijk, net als de opdrachten. We schatten dat het je ongeveer 45 minuten zal kosten. Bijgevoegd is ook een korte vragenlijst waarin we naar wat achtergrondgegevens vragen.

Wil je ons onderzoek steunen/ vind je het leuk om mee te doen?

Dit kan op twee manieren:

1. Je kunt de casus op de HU uitwerken op:

vrijdag 29 april van 11:00 tot 12:00 in lokaal 1.176a

maandag 2 mei van 11:00 tot 13:00 in lokaal 1.176a

Geef je hiervoor individueel of per groepje op door je naam en de gewenste dag te mailen naar: afstudeerprojectTOS@gmail.com

2. Je kunt de casus natuurlijk ook thuis uitwerken. Stuur dan de uitgewerkte opdrachten en de vragenlijst **vóór 4 mei** naar: afstudeerprojectTOS@gmail.com

Voor elke deelnemer hebben we een leuke, creatieve verrassing. Bovendien verloten we twee cadeaubonnen van 20 euro onder de deelnemende studenten. Na afloop van het onderzoek krijg je de antwoordsleutel van de experts toegestuurd. De experts die we benaderen zijn o.a. docenten TOS van verschillende HBO-opleidingen en klinisch linguïsten die werken met kinderen met een complexe TOS. De gegevens worden volstrekt anoniem verwerkt, je hoeft je naam dus niet in het WORD document te zetten.

Alvast bedankt voor jullie medewerking!

Als we een bijdrage kunnen leveren aan jullie project, dan horen we het graag.

Vriendelijke groet,

Sophie Bax, Anneli Delfos en Cora Tabak

Bijlage 4: E-mail aankomende logopedisten/ overige 4^e jaars (versnellers)

Ha ...,

Hoe gaat het me je stage? Bevalt het? Je hebt het ongetwijfeld druk, maar toch hopen we dat je even tijd hebt om aan ons onderzoek mee te doen.

Eerst even wat informatie:

Ons afstudeerproject is onderdeel van het onderzoeksprogramma van het lectoraat Logopedie over taalontwikkelingsstoornissen. Wij gaan in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en verschillende experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een kind met een TOS (casus Saartje). Dit is mogelijk een eerste stap op weg naar richtlijnen.

Onder aanstaande logopedisten verstaan we logopediestudenten die dit jaar afstuderen. Je zou ons enorm kunnen helpen door de bijgevoegde casus uit te werken! Het is een leuke casus, die je in elke praktijk tegen zou kunnen komen. De casus is kort en duidelijk, net als de opdrachten. Bijgevoegd is ook een korte vragenlijst waarin we je naar wat achtergrondgegevens vragen.

We benaderen ook alle andere afstudeerders. We merken dat studenten soms een beetje terugschrikken van een TOS casus. Maar deze casus is relatief snel uit te werken (± 45 min.) en het levert hele interessante informatie op.

Alle deelnemers krijgen een leuke, creatieve verrassing. Daarnaast verloten we 2 cadeaubonnen van 20 euro onder de studenten. Na afloop van het onderzoek krijg je de uitwerking van de experts (o.a. docenten TOS van verschillende HBO-opleidingen en klinisch linguïsten) toegestuurd. Je gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt.

We hopen dat je mee wilt doen. Je zou er ons een groot plezier mee doen!

Als je meedoet, stuur dan voor 4 mei de uitgewerkte opdrachten en de vragenlijst naar:
afstudeerprojectTOS@gmail.com

Alvast super bedankt!

Sophie, Anneli en Cora

Bijlage 5: E-mail aankomende logopedisten/ benaderd via docenten TOS andere hogescholen

Studeer jij dit jaar af als logopedist?

Dan hopen we dat je dat je wilt deelnemen aan ons onderzoek!

Wij zijn studenten Logopedie aan de Hogeschool Utrecht en zijn bezig met ons afstudeerproject [over](#) de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen (TOS).

Op 31 maart jl. is Ellen Gerrits geïnstalleerd als lector Logopedie aan de Hogeschool Utrecht. Ons project is onderdeel van het onderzoeksprogramma van het lectoraat over taalontwikkelingsstoornissen. Dit onderzoek is belangrijk. Van de kinderen van 0-7 jaar heeft 5-10% een TOS, het gaat dus om veel kinderen! Rond de effectiviteit van taaltherapie bestaan nog veel vragen. Ook zijn er in Nederland nog geen richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van TOS.

Wij willen graag in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een kind met een TOS (casus Saartje). Dit kan een eerste stap op weg naar richtlijnen zijn.

Jij, als aanstaand logopedist, zou ons enorm kunnen helpen door de bijgevoegde casus uit te werken. Het is een leuke casus van een meisje van 5 jaar (Saartje). Een meisje als Saartje zou je in elke praktijk kunnen tegenkomen. De casus is kort en duidelijk, net als de opdrachten. Bijgevoegd is ook een vragenlijst waarin we je naar wat achtergrondgegevens vragen.

Onder de deelnemers verloten we 2 cadeaubonnen van 20 euro. Bovendien krijg je na afloop van het onderzoek de mening van de experts over de casus opgestuurd. De gegevens worden anoniem verwerkt, je hoeft je naam dus niet in het WORD document te zetten.

Wil je ons onderzoek steunen/ vind je het leuk om mee te doen? Stuur dan de uitgewerkte opdrachten en de vragenlijst **vóór 9 mei** per mail terug. Vermeld je adres in het mailtje, en wie weet ontvang je binnenkort een cadeaubon!

Als je een vraag hebt, mail ons gerust.

Alvast bedankt!

Sophie Bax
Anneli Delfos
Cora Tabak

Bijlage 6: Vragenlijst aankomende logopedisten/ studenten HU

*Maak de antwoorden van je keuze **dikgedrukt/bold** en vul indien nodig het antwoord in*

1. Ik ben:

- a. een reguliere student
- b. een zij-instromer in de 5-dagenroute
- c. een zij-instromer in de 3-dagenroute

2. Mijn leeftijd is: .. jaar

3. Wat was je hoogste vooropleiding toen je aan Logopedie begon?

- a. HAVO
- b. VWO
- c. MBO, nl..
- d. propedeuse HBO of WO, nl ..
- e. HBO, nl ..
- f. WO, nl ..
- g. Anders, nl ..

4. Wat zijn/waren je favoriete vakken binnen de opleiding?

Maximaal drie antwoorden aangeven

- | | |
|------------------|---------------|
| a. Afasie | b. Audiologie |
| c. Dysfagie | d. Spraak |
| e. Stem | f. Stotteren |
| g. TOS | h. Wet/Loep |
| i. Anders, nl .. | |
| j. Anders, nl .. | |

5. Tijdens hoeveel van je stages heb je gewerkt met kinderen met een TOS?

- a. Geen
- b. Tijdens 1 stage
- c. Tijdens 2 stages
- d. Tijdens 3 stages

6. Wil je dat het behandelen van kinderen met een TOS onderdeel wordt van je werk als logopedist?

- a. Ja
- b. Nee
- c. Maakt me niet uit

7. Vind je het belangrijk dat er in Nederland richtlijnen komen voor de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen?

Diagnostiek: a. Ja b. Nee

Behandeling: a. Ja b. Nee

Bijlage 7: Vragenlijst aankomende logopedisten/ Studenten andere hogescholen

*Maak de antwoorden van je keuze **dikgedrukt/ bold** en vul indien nodig het antwoord in*

1. Aan welke Hogeschool studeer je?

2. Verwacht je dit jaar af te studeren als logopedist?

- a. Ja
- b. Nee

3. Wat was je hoogste vooropleiding toen je aan Logopedie begon?

- a. HAVO
- b. VWO
- c. MBO, nl..
- d. propedeuse HBO of WO, nl ..
- e. HBO, nl ..
- f. WO, nl ..
- g. Anders, nl ..

4. Wat zijn/waren je favoriete vakken binnen de opleiding?

Maximaal drie antwoorden aangeven

- | | |
|------------------|---------------|
| a. Afasie | b. Audiologie |
| c. Dysfagie | d. Spraak |
| e. Stem | f. Stotteren |
| g. TOS | h. Wet/Loep |
| i. Anders, nl .. | |
| j. Anders, nl .. | |

5. Tijdens hoeveel van je stages heb je gewerkt met kinderen met een TOS?

- a. Geen
- b. Tijdens 1 stage
- c. Tijdens 2 stages
- d. Tijdens 3 stages

6. Wil je dat het behandelen van kinderen met een TOS onderdeel wordt van je werk als logopedist?

- a. Ja
- b. Nee
- c. Maakt me niet uit

7. Vind je het belangrijk dat er in Nederland richtlijnen komen voor de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen?

Diagnostiek: a. Ja b. Nee

Behandeling: a. Ja b. Nee

Bijlage 8: Herinneringsmail/ aanstaande logopedisten

Beste medestudent,

Graag willen we je herinneren aan onze mail van vorige week, waarin we je medewerking vroegen voor ons project.

Wij willen in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een kind met een TOS (casus Saartje). Jij, als aanstaande logopedist, zou ons enorm kunnen helpen door de bijgevoegde casus uit te werken. Het is een leuke casus van een meisje van 5 jaar (Saartje). Een meisje als Saartje zou je in elke praktijk kunnen tegenkomen.

Doe je mee? Zonder deelnemers geen onderzoek, dus we hopen heel erg dat je meedoet!

We ontvangen je uitwerking en de vragenlijst heel graag voor 9 mei op: afstudeerprojectTOS@gmail.com

Vind je het prettig de casus op de HU uit te werken? Dit kan morgen 29 april van 11 tot 12 uur of maandag 2 mei van 11 tot 13 uur, in lokaal 1.176a. Je kunt gewoon binnenlopen, voor iets lekkers wordt gezorgd! Voor elke deelnemer hebben we een leuke, creatieve verrassing. Bovendien verloten we onder de deelnemende studenten twee cadeaubonnen van 20 euro.

Alvast bedankt!
Sophie, Anneli en Cora

herinneringsmail klasgenoten die nu afstuderen

Ha..,

Vorige week hebben we je een mail gestuurd over ons afstudeerproject. We hebben best een beetje moeite om voldoende deelnemers te vinden onder de 4e jaars. Dus we zijn nu bezig onze eigen groep te vragen en dat gaat een stuk beter. We hopen dat ook jij tijd en zin hebt om mee te doen!

Als je de uitwerking voor 9 mei aan ons zou kunnen terugsturen (afstudeerprojecttos@gmail.com) zou dat super zijn. Mocht dat niet lukken dan kan het tot uiterlijk 16 mei.

We hopen dat je mee doet!

Anneli Sophie en Cora

Bijlage 9: E-mail ervaren logopedisten/ cursisten Communicatieve Taaltherapie

Beste...,

Maandag 11 april jl. hebben we u tijdens de cursus Communicatieve Taaltherapie verteld over ons afstudeerproject met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen. U hebt toen een korte vragenlijst ingevuld en aangegeven dat we u op dit e-mailadres mochten benaderen.

Ons project is onderdeel van het onderzoeksprogramma van het lectoraat Logopedie over taalontwikkelingsstoornissen. Wij willen in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een casus (Saartje). Er zijn in Nederland geen richtlijnen voor de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen. Onze resultaten kunnen de behoefte aan zo'n richtlijn inzichtelijk maken.

Wij hopen van harte dat u wilt deelnemen aan ons onderzoek door de bijgevoegde casus uit te werken!

Het is een goed uitgewerkte, korte casus die je in elke logopediepraktijk tegen zou kunnen komen. De opdrachten zijn goed afgebakend, zodat de uitwerking ervan relatief weinig tijd kost. Uiteraard worden de gegevens anoniem verwerkt. U hoeft in het WORD document dan ook uw naam niet te vermelden. Na afloop ontvangt u van ons de conclusies van het onderzoek en de uitwerking van de casus door de experts op het gebied van taalontwikkelingsstoornissen.

We ontvangen uw uitwerking van de casus graag uiterlijk 9 mei.

U kunt het WORD document gewoon terugsturen naar ons e-mailadres. Als u vragen heeft dan kunt u ons natuurlijk altijd mailen.

Alvast hartelijk bedankt!

Anneli Delfos
Sophie Bax
Cora Tabak

Bijlage 10: E-mail ervaren logopedisten/ overig

Beste...,

Wij zijn studenten Logopedie aan de Hogeschool Utrecht en zijn bezig met een afstudeerproject over de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen.

Op 31 maart jl. is Ellen Gerrits geïnstalleerd als lector Logopedie aan de Hogeschool Utrecht. Ons project is onderdeel van het onderzoeksprogramma van het lectoraat gericht op interventie bij taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Omdat TOS veel voorkomt en er nog veel vragen zijn rond de effectiviteit van taaltherapie, is onderzoek op dit gebied belangrijk.

Wij willen graag in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een kind met een TOS (casus Saartje). Dit is mogelijk een eerste stap op weg naar richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van TOS.

Onder ervaren logopedisten verstaan wij logopedisten die veel met kinderen met een TOS hebben gewerkt. Als dit op u van toepassing is, willen wij u hartelijk uitnodigen om deel te nemen aan ons onderzoek!

Deelname aan het onderzoek bestaat uit het uitwerken van de opdrachten bij de casus Saartje en het invullen van een korte vragenlijst (deze vindt u als bijlagen bij deze e-mail). Het betreft een realistische, korte casus die snel uit te werken is. Uw gegevens worden anoniem verwerkt. Zodra de resultaten van het onderzoek bekend zijn, zullen we u deze laten toekomen.

Bent u enthousiast geworden en wilt u deelnemen aan ons onderzoek? Stuur u dan de ingevulde bijlagen vóór 16 mei retour naar: afstudeerprojectTOS@gmail.com

Wanneer u vragen heeft, dan kunt u ons natuurlijk altijd mailen.

Wij zijn u zeer dankbaar voor uw medewerking!

Hartelijke groet,

Sophie Bax
Anneli Delfos
Cora Tabak

Bijlage 11: E-mail ervaren logopedisten/ via Gerda Bruinsma/ Anniek van Doornik/ Leonoor Oonk

Beste...,

Wij zijn studenten Logopedie aan de Hogeschool Utrecht en zijn bezig met een afstudeerproject over de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Wij hebben uw naam en e-mailadres gekregen van Gerda Bruinsma / Anniek van Doornik / Leonoor Oonk docent aan de Hogeschool Utrecht.

Op 31 maart jl. is Ellen Gerrits geïnstalleerd als lector Logopedie aan de Hogeschool Utrecht. Ons project is onderdeel van het onderzoeksprogramma van het lectoraat gericht op interventie bij taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Omdat TOS veel voorkomt en er nog veel vragen zijn rond de effectiviteit van taaltherapie, is onderzoek op dit gebied belangrijk.

Wij willen graag in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een kind met een TOS (casus Saartje). Dit is mogelijk een eerste stap op weg naar richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van TOS.

Onder ervaren logopedisten verstaan wij logopedisten die veel met kinderen met een TOS hebben gewerkt. Als dit op u van toepassing is, willen wij u hartelijk uitnodigen om deel te nemen aan ons onderzoek!

Deelname aan het onderzoek bestaat uit het uitwerken van de opdrachten bij de casus Saartje en het invullen van een korte vragenlijst (deze vindt u als bijlagen bij deze e-mail). Het betreft een realistische, korte casus die snel uit te werken is. Uw gegevens worden anoniem verwerkt. Zodra de resultaten van het onderzoek bekend zijn, zullen we u deze laten toekomen.

Bent u enthousiast geworden en wilt u deelnemen aan ons onderzoek? Stuur u dan de ingevulde bijlagen vóór 9 mei retour naar: afstudeerprojectTOS@gmail.com

Wanneer u vragen heeft, dan kunt u ons natuurlijk altijd mailen.

Wij zijn u zeer dankbaar voor uw medewerking!

Hartelijke groet,

Sophie Bax, Anneli Delfos en Cora Tabak

Bijlage 12: Herinneringsmail ervaren logopedisten/cursisten

Beste...,

Graag willen wij u herinneren aan onderstaande mail die wij u 18 april jl. hebben toegestuurd. Bijgevoegd waren de casus en de opdrachten behorend bij ons project over de diagnostiek en behandeling van TOS.

De uitwerking van de casus door ervaren logopedisten is de kern van ons onderzoek. Wij ontvangen dus heel graag ook uw uitwerking van de casus!

Stuurt u uw uitwerking uiterlijk maandag 9 mei naar afstudeerprojectTOS@gmail.com? Alvast bedankt!

Sophie, Anneli en Cora

2e herinneringsmail:

Beste cursisten,

Inmiddels hebben we van een aantal deelnemers van de post-HBO cursus Communicatieve Taaltherapie een uitwerking van casus Saartje mogen ontvangen voor ons afstudeerproject. Uit de reacties begrepen we echter ook dat de gestelde uiterste inleverdatum, 9 mei, door de meivakantie voor sommigen moeilijk haalbaar was.

Het is heel jammer als dit u belemmerd heeft om mee te doen. Komende maandag 16 mei is de laatste cursusdag. Wij willen graag onze uiterste inleverdatum verschuiven naar die dag, in de hoop dat dit u in staat zal stellen om toch mee te doen aan ons onderzoek!

De uitwerking van de casus door ervaren logopedisten is de kern van ons onderzoek. Uw uitwerking is dus zeer welkom!

Stuurt u de uitwerking van de casus uiterlijk 16 mei naar afstudeerprojectTOS@gmail.com?

Alvast hartelijk bedankt!

Sophie, Anneli en Cora

Bijlage 13: Vragenlijst ervaren logopedisten

*Maak de antwoorden van uw keuze **dikgedrukt/bold** en vul indien nodig het antwoord in*

1. Waar bent u momenteel werkzaam?

Meerdere antwoorden mogelijk

- a. een vrijevestigde praktijk
- b. een gezondheidscentrum
- c. het basisonderwijs, regulier
- d. het basisonderwijs, SBO
- e. het basisonderwijs, SO cluster 2
- f. het basisonderwijs, SO cluster 1, 3 of 4
- g. een MKD
- h. de spraak-taalafdeling van een ziekenhuis
- i. de GGD, jeugdgezondheidszorg
- j. een audiologisch centrum
- k. de vroegbehandeling bij kinderen met ernstige communicatieproblemen van 2 tot 5 jaar
- l. overig, nl. ..

2. Hoeveel jaar bent u al werkzaam als logopedist?

- a. < 2 jaar
- b. 2 t/m 5 jaar
- c. 6 t/m 10 jaar
- d. 11 t/m 20 jaar
- e. langer dan 20 jaar

OPM: ..

3. Hoeveel uren per week bent u momenteel werkzaam als logopedist?

- a. ≤ 16 uur per week
- b. 17 t/m 24 uur per week
- c. 25 t/m 32 uur per week
- d. > 32 uur per week

4. Welke stoornisgebieden maken het belangrijkste deel uit van uw werk?

Maximaal drie antwoorden aankruisen

- | | |
|---|----------------------------|
| a. spraak, bij kinderen | f. spraak, bij volwassenen |
| b. taal, bij kinderen | g. taal, bij volwassenen |
| c. adem | h. stem |
| d. gehoor | |
| e. afwijkende mondgewoonten, sensorische integratie | |
| i. overig, nl. .. | |
| j. overig, nl. .. | |

5. Welk deel van uw werktijd besteedt u gemiddeld aan de diagnostiek en behandeling van kinderen met taalontwikkelingsstoornissen in de leeftijd van 2 tot 6 jaar?

- a. 0-10%
- b. 11-25%
- c. 26-50%
- d. >50%

OPM: ..

6. Aan welke Hogeschool heeft u de opleiding tot logopedist gevolgd?

Aan:

7. In welk jaar heeft u deze opleiding afgerond?

In:

8. Welke post-HBO cursussen of andere vormen van na- en bijscholing op logopedisch gebied en met name op het gebied van taalontwikkelingsstoornissen heeft u sindsdien gevolgd?

.....

9. Acht u het belangrijk dat er in Nederland richtlijnen komen voor de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen?

Diagnostiek: a. Ja b. Nee

Behandeling: a. Ja b. Nee

Afstudeerproject Taalontwikkelings- stoornissen

diagnostiek en behandeling

Even voorstellen

- ▶ Cora Tabak
- ▶ Anneli Delfos
- ▶ Sophie Bax

Doelstelling lectoraat Logopedie

- ▶ transparantie van de logopedische zorg vergroten
- ▶ kennis over de effectiviteit van logopedische interventie vergroten en verspreiden.
- ▶ onderbouwing en profilering van beroep Logopedie
- ▶ professionalisering en academisering logopedist

Onderzoekslijnen lectoraat

1. interventie bij kinderen met een specifieke taalontwikkelingsstoornis
2. interventie bij kinderen met een gehoorverlies

Onderzoek is nodig

- ▶ 61 % van de logopedisten behandelt kinderen,
- ▶ 98% van de kinderen heeft een taalprobleem
- ▶ **na 1 jaar behandeling bij slechts 35% significante verbetering taalniveau**

Onderzoeksvraag

Bestaat er overeenstemming over de diagnose en behandeldoelen bij dezelfde casus tussen:

1. aankomende logopedisten
2. ervaren logopedisten (deelnemers cursus)
3. experts

Vraag aan u: ervaren logopedist

Vandaag:

- › invullen vragenlijst

Komende 2 weken:

- › uitwerken casus Saartje

Ingekorte casus met afgebakende opdrachten

Wij beloven:

- › anonieme verwerking van gegevens

U draagt bij aan:

- › kennisvermeerdering op uw vakgebied

U ontvangt:

- › de uitwerking van de experts
- › onze oneindige dank



Bijlage 15: E-mail aan secretariaten Logopedie voor e-mail gegevens van docenten TOS

Beste meneer/mevrouw,

Wij zijn studenten Logopedie aan de Hogeschool Utrecht en we zijn bezig met ons afstudeerproject over taalontwikkelingsstoornissen. Onze opdracht komt vanuit het lectoraat Logopedie met als opdrachtgevers dr. Ellen Gerrits, en MSc Gerda Bruinsma (docent Taalontwikkelingsstoornissen aan de Hogeschool Utrecht).

Voor ons onderzoek willen we graag docenten Logopedie benaderen die les geven in taalontwikkelingsstoornissen.

Zou u ons misschien de email adressen van deze docenten kunnen toesturen?

Alvast vriendelijk bedankt.

Met vriendelijke groet,

Cora Tabak
Anneli Delfos
Sophie Bax

Bijlage 16: E-mail aan de experts/ docenten TOS

Beste,

Wij zijn studenten Logopedie aan de Hogeschool Utrecht en wij vragen uw aandacht voor ons afstudeerproject over de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen. Op 31 maart jl. is Ellen Gerrits geïnstalleerd als lector Logopedie aan de Hogeschool Utrecht. Ons project is onderdeel van het onderzoeksprogramma van het lectoraat gericht op interventie bij taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Omdat TOS veel voorkomt en er nog veel vragen zijn rond de effectiviteit van taaltherapie is onderzoek op dit gebied belangrijk.

Wij willen graag in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een kind met een TOS (casus Saartje). Dit is mogelijk een eerste stap op weg naar richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van TOS.

We willen u, expert op het gebied van TOS, van harte uitnodigen om deel te nemen aan ons onderzoek! Onder experts verstaan wij logopedisten met extra kennis over TOS; o.a. docenten TOS van verschillende HBO-opleidingen en klinisch linguïsten die werken met kinderen met een TOS. Uw deelname is belangrijk, o.a. omdat we willen proberen een expert-mening samen te stellen over de diagnose en behandeldoelen bij casus Saartje. Deze expert-mening willen we vervolgens gebruiken om de uitwerking van de casus door de overige logopedisten te beoordelen.

Deelname aan het onderzoek bestaat uit het uitwerken van de opdrachten bij de casus Saartje en het invullen van een korte vragenlijst (deze vindt u als bijlagen bij deze e-mail). Het betreft een realistische, korte casus die snel uit te werken is. Uw gegevens worden anoniem verwerkt. Zodra de resultaten van het onderzoek bekend zijn, zullen we u deze laten toekomen.

Bent u enthousiast geworden en wilt u deelnemen aan ons onderzoek? Stuur u dan de ingevulde bijlagen vóór 9 mei retour naar: afstudeerprojectTOS@gmail.com.

Misschien vindt u het leuk om ons onderzoek ook onder de aandacht van uw 4^e jaars logopediestudenten te brengen? We hopen dat zij, als aanstaande logopedisten, ook aan ons onderzoek willen meedoen. U kunt dit eenvoudig doen door de bijlage 'Onderzoek TOS' door te mailen naar uw studenten.

Als u vragen heeft, kunt u ons altijd mailen. Wij zijn uiteraard graag bereid e.e.a. telefonisch toe te lichten. Als u ons een mailtje stuurt met het telefoonnummer waarop u te bereiken bent dan nemen wij z.s.m. contact met u op.

Wij zijn u zeer dankbaar voor uw medewerking!

Hartelijke groet,

Sophie Bax, Anneli Delfos en Cora Tabak

Ook namens, Tijmen Groot (procesbegeleider) en Leonoor Oonk (inhoudelijk begeleider)

Bijlage 17: E-mail aan de experts/ overige experts

Beste,

Wij zijn studenten Logopedie aan de Hogeschool Utrecht en wij vragen uw aandacht voor ons afstudeerproject over de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen.

Op 31 maart jl. is Ellen Gerrits geïnstalleerd als lector Logopedie aan de Hogeschool Utrecht. Ons project is onderdeel van het onderzoeksprogramma van het lectoraat gericht op interventie bij taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Omdat TOS veel voorkomt en er nog veel vragen zijn rond de effectiviteit van taaltherapie is onderzoek op dit gebied belangrijk.

Wij willen graag in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een kind met een TOS (casus Saartje). Dit is mogelijk een eerste stap op weg naar richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van TOS.

We willen u, expert op het gebied van TOS, van harte uitnodigen om deel te nemen aan ons onderzoek! Onder experts verstaan wij logopedisten met extra kennis over TOS; o.a. docenten TOS van verschillende HBO-opleidingen en klinisch linguïsten die werken met kinderen met een TOS.

Uw deelname is belangrijk, o.a. omdat we willen proberen een expert-mening samen te stellen over de diagnose en behandeldoelen bij casus Saartje. Deze expert-mening willen we vervolgens gebruiken om de uitwerking van de casus door de overige logopedisten te beoordelen.

Deelname aan het onderzoek bestaat uit het uitwerken van de opdrachten bij de casus Saartje en het invullen van een korte vragenlijst (deze vindt u als bijlagen bij deze e-mail). Het betreft een realistische, korte casus die snel uit te werken is. Uw gegevens worden anoniem verwerkt. Zodra de resultaten van het onderzoek bekend zijn, zullen we u deze laten toekomen.

Bent u enthousiast geworden en wilt u deelnemen aan ons onderzoek? Stuur u dan de ingevulde bijlagen vóór 9 mei retour naar: afstudeerprojectTOS@gmail.com.

Als u vragen heeft, kunt u ons altijd mailen. Wij zijn uiteraard graag bereid e.e.a. telefonisch toe te lichten. Als u ons een mailtje stuurt met het telefoonnummer waarop u te bereiken bent dan nemen wij z.s.m. contact met u op.

Wij zijn u zeer dankbaar voor uw medewerking!

Hartelijke groet,

Sophie Bax, Anneli Delfos en Cora Tabak
Ook namens,

Tijmen Groot (procesbegeleider)

Leonoor Oonk (inhoudelijk begeleider)

Bijlage 18: Herinneringsmail experts

Beste.....,

Dinsdag 26 april jl. hebben we u benaderd via de mail met de vraag of u deel zou willen nemen aan ons afstudeerproject over de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen (TOS). Wij willen graag in kaart brengen in hoeverre aanstaande logopedisten, ervaren logopedisten en experts het eens zijn over de diagnose en de behandeldoelen bij een kind met een TOS (casus Saartje). Mogelijk een eerste stap op weg naar richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van TOS.

Uit de reacties op onze mail begrepen we dat de gestelde uiterste inleverdatum, 9 mei, door de meivakantie voor veel mensen moeilijk haalbaar was. Het is heel jammer als dit u belemmerd heeft om mee te doen. Wij willen daarom graag onze uiterste inleverdatum verschuiven naar **woensdag 18 mei a.s.**, in de hoop dat dit u in staat zal stellen om toch mee te doen aan ons onderzoek.

Deelname aan het onderzoek bestaat uit het uitwerken van de opdrachten bij de casus Saartje en het invullen van een korte vragenlijst (deze vindt u als bijlagen bij deze e-mail).

Uw deelname is voor ons project heel belangrijk, o.a. omdat we willen proberen een expert-mening samen te stellen over de diagnose en behandeldoelen bij casus Saartje. Deze expert-mening willen we vervolgens gebruiken om de uitwerking van de casus door de overige logopedisten te beoordelen.

We zien daarom heel graag uw uitwerking van de casus en de ingevulde vragenlijst tegemoet!
U kunt deze sturen naar: afstudeerprojectTOS@gmail.com

Alvast heel hartelijk bedankt,

Anneli Delfos
Sophie Bax
Cora Tabak

Bijlage 19: Vragenlijst voor de experts

*Maak de antwoorden van uw keuze **dikgedrukt/bold** en vul indien nodig het antwoord in*

1. Bent u opgeleid tot logopedist?

- a. Ja
- b. Nee

2. Welke (andere) opleiding(en)/specialisaties heeft u gevolgd?

Meerdere antwoorden mogelijk

- a. Geen
- b. Logopediewetenschappen
- c. Taal- en spraakpathologie
- d. Psycholinguïstiek
- e. Klinische linguïstiek
- f. Orthopedagogiek
- g. Anders, nl ..
- h. Anders, nl ..

3. Op welke manier heeft u in uw werk te maken met taalontwikkelingsstoornissen (TOS)?

Meerdere antwoorden mogelijk

- a. Ik ben werkzaam als logopedist en verleen reguliere zorg aan kinderen met een TOS
- b. Ik verleen gespecialiseerde zorg aan kinderen met een TOS (bv. als klinisch linguïst, psycholinguïst, orthopedagoog, ..)
- c. Ik ben docent op een HBO opleiding Logopedie: vakgebied (o.a.) TOS
- d. Ik doe wetenschappelijk onderzoek gerelateerd aan TOS
- e. Ik schrijf (hand)boeken en/of artikelen gerelateerd aan TOS
- f. Anders, nl ..
- g. Anders, nl ..

4. Acht u het belangrijk dat er in Nederland richtlijnen komen voor de diagnostiek en behandeling van taalontwikkelingsstoornissen?

Diagnostiek: a. Ja b. Nee Ik vind dit, omdat: ..

Behandeling: a. Ja b. Nee Ik vind dit, omdat: ..

Bijlage 20: Protocol voor het opslaan en registreren van ontvangen uitwerkingen en vragenlijsten

E-mail komt binnen:

1. Indien vragenlijst en/of uitwerking niet meegestuurd: e-mail naar deelnemer, en dit noteren in de juiste responslijst op SP in mapje 'responslijsten' en op het gebied van Sophie in mapje ' '.
2. Open de uitwerking van de casus, kijk of deze compleet en duidelijk is.
Zo nee, mailtje terug aan de deelnemer, noteer dit in responslijst, zie bij 1
Zo ja, zet het juiste volgnummer in het document: pnr. = x,
en bewaar het document als 'opdrachten casus nr. x' op het gebied van Sophie in mapje ' '.
3. Open de vragenlijst, kijk of deze goed is ingevuld.
Zo nee, mailtje terug aan de deelnemer, noteer dit in responslijst, zie bij 1
Zo ja, zet het juiste volgnummer in het document: pnr. = x,
en bewaar het document als 'vragenlijst nr. x' op het gebied van Sophie in mapje ' '.
4. Noteer in de codelijst: volgnummer, naam en groep, en sla de codelijst op in het gebied van Sophie in mapje ' ', en op SP in mapje codelijst
5. Noteer in de juiste responslijst: uitwerking en vragenlijst ontvangen, en sla deze responslijst op in het gebied van Sophie in mapje ' ', en op SP in mapje responslijsten.
6. Maak een nieuw mapje genaamd nr. x aan op SP in mapje 'uitwerkingen deelnemers volgnummer anoniem'. Doe vragenlijst en uitwerking verkregen in stap 2 en 3 hierin.
7. Stuur een bedankbericht
8. Verplaats het mailtje naar het mapje van de juiste groep in Gmail.

Als je klaar bent voor die dag:

9. Mail de recentste versies van de codelijst, responslijst(en), uitwerkingen en vragenlijsten naar anneli.delfos@gmail.com

Bijlage 21: Scoreformulier

PPNR =

Gescoord door:

Naam	Score
Diag_ernst	0= geen diagnose gegeven 1= lichte TOS 2= lichte tot matige TOS 3= matige TOS 4= matige tot ernstige TOS 5= ernstige TOS 6= TOS, geen ernstmaat 7= anders, .. 8= anders..
Specifiek	0= niet gegeven 1= ja 2= nee 3= twijfel 4= onduidelijk o.b.v. info
Rec_exp	0= niet gegeven 1= receptief 2= expressief 3= gemengd
Aspectja	0= niet gegeven 1= ja
Taaltvorm	0= niet gegeven 1= ja
Taalinhoud	0= niet gegeven 1= ja
Taalgebruik	0= niet gegeven 1= ja
Fonologie	0= niet gegeven 1= ja
Aspecten	0= niet gegeven 1= alleen taaltvorm 2= alleen taalinhoud 3= alleen taalgebruik 4= alleen fonologie 5= vorm en inhoud 6=vorm en gebruik 7= vorm en fonologie 8= inhoud en gebruik 9=inhoud en fonologie 10=gebruik en fonologie 11= vorm, inhoud, gebruik 12= vorm, inhoud, fon. 13= vorm, gebruik, fon. 14 = inhoud, gebruik, fon. 15= alle 4

Naam	Score/beschrijving
Actpart	0 = niet gegeven 1 = ja
Actpart1	Communicatieve (zelf)redzaamheid
Actpart2	Functioneren in de klas
Actpart3	Pragmatiek (= o.a. conversatievaardigheden, en communicatieve functies)
Actpart4	Constateringen op stoornisniveau
Actpart5	Clownesk gedrag als ze iets niet kan
Actpart6	Alleen spelen
Actpart7	overig
Oorzaakja	0 = niet gegeven 1 = ja
Oorzaak1	Oorontstekingen/gehoorverlies
Oorzaak2	Familieleden nemen (taal)initiatief over
Oorzaak3	Vluchtige luisterhouding en/of matige concentratie
Oorzaak4	Aanleg: algehele ontwikkelingsachterstand/ zwakke aanleg taal+concentratie
Oorzaak5	Overig
Instandja	0 = niet gegeven 1 = ja
Instand1	Familieleden nemen (taal)initiatief over
Instand2	Vluchtige luisterhouding en/of matige concentratie
Instand3	Inadequate reactie op iets niet kunnen
Instand4	Onduidelijke spraak
Instand5	Overig
Posja	0 = niet gegeven 1 = ja
Pos1	Ouders bereid talig te stimuleren
Pos2	Niet belemmert in communicatie
Pos3	Makkelijk contact (incl. oogcontact en beurtwisseling)
Pos4	De achterstanden zijn matig

Pos5	Gezondheid en verdere ontwikkeling
Pos6	Overig
Doelja	0 = niet gegeven 1= 3 doelen gegeven 2 = minder dan 3 doelen 3 = meer dan 3 doelen
Evaluatie	0 = niet gegeven 1= ja, bij 1-2 doelen 2 = ja, bij alle doelen
Smart	0 = nee 1=ongeveer 2=ja
Doelfr	0= niet gegeven 1 = ja
Leerkracht	0= niet gegeven 1 = ja
Ouders	0= niet gegeven 1 = ja
Vorm	0= niet gegeven 1= individueel 2= groep 3= beide
Domein1	Woordenschat
Domein2	Luisterhouding en/of concentratie (werkhouding)
Domein3	Communicatieve functies
Domein4	Morfosyntaxis
Domein5	Taalbegrip
Domein6	Fonologie (=woordstructuur + uitspraak)
Domein7	Conversatie- en vertelvaardigheden
Domein8	Instructie omgeving
Domein9	Woordvinding
Domein10	Auditieve vaardigheden
Domein11	
Domein12	

Doel1	0 = niet gegeven 1= Woordenschat 2= Luisterhouding/conc 3= Communicatieve functies 4= Morfosyntaxis 5=Taalbegrip 6=Fonologie 7= Conversatie/vertelvrldghd 8= Instructie omgeving 9= Woordvinding 10= Auditieve vaardigheden
-------	---

Doel2	0 = niet gegeven 0 = niet gegeven 1= Woordenschat 2= Luisterhouding/conc 3= Communicatieve functies 4= Morfosyntaxis 5=Taalbegrip 6=Fonologie 7= Conversatie/vertelvrldghd 8= Instructie omgeving 9= Woordvinding 10= Auditieve vaardigheden 11= 12=
Doel3	0 = niet gegeven 1= Woordenschat 2= Luisterhouding/conc 3= Communicatieve functies 4= Morfosyntaxis 5=Taalbegrip 6=Fonologie 7= Conversatie/vertelvrldghd 8= Instructie omgeving 9= Woordvinding 10= Auditieve vaardigheden 11= 12=

Vervolgja	0 = niet gegeven 1= ja
Vervolg1	Onderzoek: audiologisch
Vervolg2	Onderzoek: (non-verbaal) IQ
Vervolg3	Onderzoek: overig
Vervolg4	Logop. onderzoek/observatie: auditieve vaardigheden
Vervolg5	Logop. onderzoek/observatie: overig
Vervolg6	Omgeving: advies, afstemmen
Vervolg8	
Vervolg9	
Vervolg10	

Bijlage 22: Codeboek

Codeboek voor uitwerkingen van de casus, afstudeerproject TOS:

Vraag 1:

Diag_ernst	hoofddiagnose, indien TOS: met ernstgraad
Specifiek	is de stoornis specifiek of niet-specifiek?
Rec_exp	is de stoornis receptief, expressief of gemengd?
Aspectja	is benoemd welke taalaspecten (vorm/inhoud/gebruik/fonologie) zijn aangedaan?
Taalvorm	benoemd: stoornis in taalvorm?
Taalinhoud	benoemd: stoornis in taalinhoud?
Taalgebruik	benoemd: stoornis in taalgebruik?
Fonologie	benoemd: stoornis in fonologie?
Aspecten	welke combinatie van taalaspecten is gestoord? (bv. vorm en inhoud)

A= aanstaande logopedist, E = ervaren logopedist, X = expert

Naam	Score	formulering
Diag_ernst	0= geen diagnose gegeven 1= lichte TOS 2= lichte tot matige TOS 3= matige TOS 4= matige tot ernstige TOS 5= ernstige TOS 6= TOS, geen ernstmaat gegeven 7= andere hoofddiagnose, nl .. 8= andere hoofddiagnose, nl ..	TOS, alternatieve term: Achterstand in taalontwikkeling (1A) Spraaktaalontwikkelingsstoornis (2) Taalstoornis (9A,14E,16E, 38E) Spraaktaalachterstand (15E) Taalachterstand op woord- en zinsniveau met fonologische spraakproblemen (17E) Taalontwikkelingsachterstand (18A) spraak-taalstoornis (29E) achterstand op taalvorm,..(35E) Vertraagde taalontwikkeling (37E) Taalachterstand (40X)
Specifiek	0= niet gegeven 1= ja 2= nee 3= twijfel 4= onduidelijk o.b.v. informatie in casus	3: mogelijk passend bij een trager verlopende cognitieve ontwikkeling (19E) 4: Vooralsnog specifiek, geen intelligentie bekend (14E)
Rec_exp	0= niet gegeven 1= receptief 2= expressief 3= gemengd	
Aspectja	0= niet gegeven 1= ja	0: TOS waarbij de woordvindingsproblemen veel lijken op te vallen (14E)
Taalvorm	0= niet gegeven 1= ja	
Taalinhoud	0= niet gegeven 1= ja	
Taalgebruik	0= niet gegeven 1= ja	
Fonologie	0= niet gegeven 1= ja	
Aspecten	0= niet gegeven 1= alleen taalvorm 2= alleen taalinhoud 3= alleen taalgebruik 4= alleen fonologie 5= vorm en inhoud 6=vorm en gebruik 7= vorm en fonologie	8= inhoud en gebruik 9=inhoud en fonologie 10=gebruik en fonologie 11= vorm, inhoud, gebruik 12= vorm, inhoud, fonologie 13= vorm, gebruik, fonologie 14 = inhoud, gebruik, fonologie 15= alle 4

Vraag 2:

Actpart

zijn er beperkingen in activiteiten of participatieproblemen benoemd?

Actpart1-x

genoemde beperkingen in activiteiten of participatieproblemen

(0 = niet gegeven, 1 = ja)

Naam	Categorie	Gebruikte formuleringen (volgnr.)
Actpart	0 = niet gegeven 1 = ja	0: S. lijkt zelf geen beperking te ondervinden in haar activiteiten of sociale contacten (18A) Gezien de beschikbare gegevens lijkt S. op dit moment geen participatieproblemen te hebben: het contact met andere kinderen loopt goed, op school is S. spontaan, praat veel en legt makkelijk contact. Er is geen informatie bekend over het niet kunnen meekomen op school of met schoolse taken. Eventuele problemen die in verband met de lage scores op Taal en Ordenen op de CITO-toets en jonge gedrag in werkhouding en gedrag worden voorzien, kunnen volgens de leerkracht worden ondervangen door S. een jaar langer te laten kleuteren. Ook thuis lijken er geen participatieproblemen te zijn, hoewel S. er wel de voorkeur aan lijkt te geven alleen te spelen (25A)
Actpart1	communicatieve (zelf)redzaamheid	*S. heeft een beperking in het zich verbaal uiten (1A) *Contact en communicatie met derden (3A) *Er is sprake van een matige communicatieve zelfredzaamheid; het aandeel van de luisteraar is erg belangrijk om te begrijpen waar het over gaat bij een vertelsituatie buiten het hier en nu (5E) *Door het zoeken naar woorden komt de boodschap inhoudelijk niet altijd goed over (5E) *S. heeft een beperking in deelname aan communicatieve activiteiten, bijvoorbeeld een kringgesprek (6A) * Vreemden hebben regelmatig moeite om haar te verstaan (6A) *S. heeft moeite met het zich communicatief uiten. Vooral voor vreemden is zij niet altijd goed te volgen. Dit leidt tot participatieproblemen in het contact met onbekenden (7X) Verder heeft S. moeite met het begrijpen van communicatieve uitingen (7X) Er zijn beperkingen in het begrijpen en uiten van taal (8E) *S. heeft een beperking in het begrijpen van communicatieve uitingen en een beperking in het zich communicatief uiten (10A) *S. is tijdens een gesprek niet altijd goed verstaanbaar voor vreemden (11A) *de communicatie met andere kinderen en met onbekende volwassenen wordt gehinderd (12E) * Onvoldoende communicatieve redzaamheid, doet groot beroep op luisteraar (13X) *vreemden hebben regelmatig moeite om S. goed te volgen bij vertellen (15E) *Onvoldoende communicatieve zelfredzaamheid in de communicatie met vreemden (17E) * De matige concentratie en de vluchtige luisterhouding van S. lijken van invloed zijn op de mate waarin ze informatie uit haar omgeving goed ontvangt en verwerkt. Dit kan gevolgen hebben voor het cognitieve leren en voor de communicatie (minder adequaat reageren)(19E). *De formuleringsproblemen (moeite de goede woorden te vinden, moeite om gedachten goed onder woorden te brengen) zorgen ervoor dat S. zich in communicatieve situaties niet optimaal kan uitdrukken (19E) *problemen in communicatie met leeftijdsgenoten (speelt veel alleen)(22E) *vaak niet begrepen door omgeving (22E) * beperking in het begrijpen van communicatieve uitingen (23E) * beperking in het zich communicatief uiten (23E) *S. wordt door vreemden vaak niet goed verstaan (24X) *Beperking in het begrijpen van gesproken uitingen, waarschijnlijk door de voor haar leeftijd beperkte passieve woordenschat, maar mogelijk ook door haar luister- en werkhouding (25A) *Beperking in het zich communicatief uiten d.m.v. gesproken uitingen, door problemen met de syntaxis, pragmatiek en woordvinding. Dit uit zich vooral in slordig en vlug communiceren, in korte zinnen praten en moeite hebben met verteltaken buiten het hier en nu (25A) *S. wordt door vreemden niet altijd begrepen, dit levert problemen op in de communicatie. Doordat ze geen communicatieprobleem lijkt te ervaren en gewoon door verteld, zal ze haar boodschap niet verduidelijken. Anderen zullen dan eerder afhaken in de interactie en minder snel een interactie met S. aangaan, hierdoor oefent

		S. niet in de communicatie (26E) *kan niet duidelijk haar boodschap overbrengen. (27A) *Problemen in de communicatie buiten de familie (28X) *Beperkingen op participatieniveau kan zijn haar moeite om in gesprek te gaan en blijven met andere kinderen, maar dit is m.i. niet zeker (29E) * vreemden hebben vaak moeite om haar te volgen (30A) *De enige beperking in activiteit zou kunnen zijn het moeten zoeken naar woorden waardoor ze niet zo vlot is in de communicatie (31A) *Er is met name een beperking in het zich communicatief uiten in gesproken uitingen (2.1). Ze is moeilijk te begrijpen en te verstaan, haar intonatie is vaak niet goed (33A) *Hiernaast is er een lichte beperking in de deelname aan communicatieve interactie, haar luisterhouding is niet goed en ze speelt vaak in haar eentje, ze vraagt te weinig om extra uitleg als dat nodig is (33A) *S. wordt beperkt in het begrijpen van taal en het vertellen. Ze wordt niet altijd begrepen (waar zij echter niet zoveel last van schijnt te hebben) (35E) *De communicatieve redzaamheid is nog matig. Het aandeel van de luisteraar is erg belangrijk om te begrijpen waar het over gaat bij een vertelsituatie buiten het hier en nu. En dan wordt het niet altijd helemaal duidelijk wat S. wil overbrengen (37E) *S. heeft een geringe communicatieve redzaamheid (38E). *S. is afhankelijk van volwassenen bij het participeren in maatschappelijke situaties (38E) *beginnende problematiek waardoor de communicatie met haar omgeving niet optimaal verloopt (39E) *D3 Beperking in communicatie (40X)
Actpart2	Functioneren in de klas	S. heeft problemen om mee te komen in de klas (1A) S. lijkt zich als gevolg van haar spraaktaalproblemen, waaronder (auditieve) aandachtsproblemen, terug te trekken en daardoor beperkt te worden in haar sociale en cognitieve ontwikkeling (2E) Problemen met lezen en schrijven op school (3A) *Ze weet in de klas niet altijd wat ze moet zeggen of doen. Ze kan de opdracht dan niet goed uitvoeren (4A) S. functioneert in de klas beneden nivo; ze functioneert op het nivo van de instromers (ze zit in groep 1); ze is een jonge leerling qua gedrag en werkhouding (5E) *S. heeft een beperking in deelname aan communicatieve activiteiten, bijvoorbeeld een kringgesprek (6A) *S. kan nog niet optimaal meedoen met alle activiteiten die van een groep 1 leerling verwacht worden (7X) * heeft S. problemen met het volgen van de lesstof waardoor ze mogelijk een jaar extra moet kleuteren (8E) *S. komt niet goed mee met de klas (1A,10A) *Het zou kunnen dat haar spraak- en taalachterstand S. zodanig gaan belemmeren dat er participatieproblemen kunnen ontstaan in de vorm van dagelijkse bezigheden (school) (10A) *Wanneer zij een kleine woordenschat blijft behouden kan dit problemen geven met het lezen (11A) *het participeren in leersituaties op school wordt belemmerd (+ redenen hiervoor benoemd, 12E) * niet mee kunnen komen met leeftijdsgenootjes qua leerprestaties (17E) *De matige concentratie en de vluchtige luisterhouding van S. lijken van invloed zijn op de mate waarin ze informatie uit haar omgeving goed ontvangt en verwerkt. Dit kan gevolgen hebben voor het cognitieve leren en voor de communicatie (minder adequaat reageren).(19E) *Een te kleine woordenschat en een (mogelijk) zwak fonologisch bewustzijn geeft risico op leesproblemen in groep 3 (20X) *problemen schoolprestaties (22E) * S. is onvoldoende in staat om mee te doen aan groepsactiviteiten die een talig beroep op haar doen (24X) * In kring/groepsgesprekken zal ze onvoldoende kunnen participeren (26E) *Doordat S. niet om verduidelijking/uitleg vraagt zal ze regelmatig de plank misslaan bij activiteiten op school, ze zal opdrachten niet altijd correct kan uitvoeren. Dit heeft veel invloed op haar algehele leerprestaties. Haar vluchtige luistergerichtheid speelt hier ook een rol in. Het is van belang dat ze gaat leren vragen om verduidelijking/uitleg wanneer

		ze het niet begrepen heeft. Dat zal haar helpen om deel te nemen aan de activiteiten in de klas. Wanneer S. de vraag niet begrepen heeft gaat ze clownesk gedrag vertonen, om te verbloemen dat ze het antwoord niet weet. Doordat S. de vragen/opdrachten niet altijd begrijpt kan ze onvoldoende participeren in de klas (26E) *meedoen in de klas door niet begrijpen van opdrachten (28X) *Komt niet mee in de klas (slechte cito scores) (30A) * Als S. niet geholpen wordt blijft haar niveau achter bij die van haar klasgenoten waardoor ze schooltaken minder goed uit kan voeren. Ze zal ook hinder ondervinden bij het leren lezen en schrijven, omdat ze waarschijnlijk slecht is in analyse en synthese. (ze vindt het zelf moeilijk om de goede klanken achter elkaar te zeggen)(31A) *Er ontstaat een participatieprobleem in de klas, ze haalt het niveau van haar leeftijdsgenootjes niet, waardoor zij een jaar over moet doen (33A) *S. kan niet meekomen in de klas en doet groep 1 waarschijnlijk over (35E) *schoolopleiding (ICF d820)(36X) *S komt over als een nog jonge leerling qua gedrag en werkhouding. Ze heeft nog weinig interesse voor werkjes, en wil vooral spelen (37E). *D1 Beperking in leren en toepassen van kennis, Samenhangend met D1 ook: D8202 Participatieproblemen waar het ‘vorderingen maken in schoolopleiding’ betreft (40X) *de leerkracht en moeder ervaren participatieproblemen in het “meedoen” in de klas en meespelen met andere kinderen (41E).
Actpart3	Pragmatiek (o.a. conversatievaardigheden en communicatieve functies)	*Door de vluchtige luisterhouding, het weinig gebruiken van de representatiefunctie en de regulatiefunctie, geeft S. vaak een irrelevante reactie (5E) *Beperking in het vertellen van een verhaal (9A) *Participatieproblemen kunnen zijn dat S. soms ineens een ander, niet zo passend, onderwerp introduceert. Dit is verwarrend voor haar gesprekspartner (11A) *onvoldoende hantering van verbale representatiefuncties en regulatiefunctie (13X) *S. vraag weinig om hulp, verduidelijking en naar informatie (14E) * moeite hebben met topic handhaving buiten het hier en nu (15E) *S. vraagt weinig om hulp (16E) *niet aansluiten op gesprekspartner (17E) *comm.functies vragen om hulp/verduidelijking en vragen om informatie onvoldoende (22E) *Ook reageert ze nogal eens irrelevant op vragen/opmerkingen, dit levert ook communicatieproblemen op (26E) *niet kunnen uiten van complexe wensen/verhalen, etc. (28X) Hiernaast is er een lichte beperking in de deelname aan communicatieve interactie, haar luisterhouding is niet goed en ze speelt vaak in haar eentje, ze vraagt te weinig om extra uitleg als dat nodig is (33A) * Daarbij gebruikt S. de regulatiefunctie “om verduidelijking of herhaling vragen als ze iets niet heeft verstaan of begrepen” nog te weinig. Hierdoor geeft ze dan een irrelevante reactie, hetgeen de conversatie belemmert (37E) * Ze vraagt niet om hulp als ze niet begrepen wordt (38E) *Ze vraagt nog onvoldoende om uitleg en naar “de naam van dingen” (38E)
Actpart4	Constateringen op stoornisniveau	*Matige luisterhouding en concentratie (13X,14E,15E, 16E,17E) *beneden gemiddeld zins- en woordbegrip (13X) *laag gemiddelde zinsvorming en beneden gemiddelde woordvorming (13X) *fonologisch spraakprobleem (13X) *Receptieve en expressieve problemen op woord- en zinsniveau (17E) *Inconsistente fonologische spraakproblemen (17E)
Actpart5	Clownesk gedrag als ze iets niet kan	*Vertoont clownesk gedrag als zij zich verbaal onvoldoende kan uiten (1A) *Vertoont clownesk gedrag (als ze iets niet kan) (5E,13X,14E,17E) *Ook lijkt ze zich bewust van haar problemen om zich te uiten getuige het clowneske gedrag (8E) *Bij moeilijkere taakjes weet ze zich geen houding te geven (9A) *In de groep vertoont ze regelmatig clownesk gedrag (16E) *Toch laat ze in de groep ook clownesk gedrag zien als ze iets moet zeggen of doen wat ze nog niet kan. Het lijkt alsof ze zich op bepaalde momenten toch enigszins bewust is van haar moeilijkheden (19E) *Er zijn gevolgen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling, S. verbloemt haar onzekerheid mogelijk door clownesk gedrag als ze niet weet wat er van haar gevraagd wordt of als ze niet weet hoe ze moet reageren (20X) * Wanneer Saartje de vraag niet begrepen heeft gaat ze clownesk gedrag vertonen, om te verbloemen dat ze het antwoord niet weet (26E)

		*Ze vertoont soms clownesk gedrag in de klas als ze iets moet zeggen of doen wat ze nog niet kan (27A) *Haar clowneske gedrag kan wijzen op onzekerheid en vermindering van spreeksituaties in de groep. Niet zeker is of dit van haar geringe taalvaardigheden komt, natuurlijk (29E) * vertoont clownesk gedrag als ze iets moet doen wat ze moeilijk vindt. Dat kan gaan leiden tot angst voor dingen doen die je moeilijk vindt (hoeft natuurlijk niet!)(30A) *Nu ze op de basisschool zit valt clownesk gedrag op vooral als ze iets moet zeggen of doen wat ze nog niet kan (37E) *S. vertoont bijzonder gedrag (o.a. grapjes maken, geluiden maken, lachen) als ze haar boodschap niet over kan brengen, als gevolg van de taalproblemen (39E)
Actpart6	Alleen spelen	*S. lijkt zich als gevolg van haar spraaktaalproblemen, waaronder (auditieve) aandachtsproblemen, terug te trekken en daardoor beperkt te worden in haar sociale en cognitieve ontwikkeling (2E) *Spelen met andere kinderen (nu vaak alleen)(3A) *Ze speelt graag alleen (9A,13X,14E,15E,16E) * Ze lijkt het liefst alleen te spelen, maar het kan ook dat ze talig te weinig haar bedoelingen met haar leeftijdgenootjes kan delen (20X) *problemen in communicatie met leeftijdsgenoten (speelt veel alleen)(22E) * Ze speelt graag alleen hoewel er in het contact met andere kinderen geen problemen zijn (24X) *speelt het liefst alleen (kan een karaktereigenschap zijn, maar kan ook voortkomen uit het niet begrijpen van de andere kinderen)(30A) Hiernaast is er een lichte beperking in de deelname aan communicatieve interactie, haar luisterhouding is niet goed en ze speelt vaak in haar eentje, ze vraagt te weinig om extra uitleg als dat nodig is (33A) Ook het spelen met andere kinderen wordt wellicht belemmerd door haar slechte verstaanbaarheid en begrijpelijkheid (33A) waar het 'vorderingen maken in schoolopleiding' betreft (40X) de leerkracht en moeder ervaren participatieproblemen in het "meedoen" in de klas en meespelen met andere kinderen (41E).
Actpart7	Overige constatering	*Geen geduld voor spelletjes (9A) *Heeft vroeger veel oorontstekingen gehad (14E,16E). *S. praat vlug en wat onduidelijk (16E) *Ze heeft moeite met het spelen van spelletjes (27A) *Oudere zussen nemen het praten voor S. vaak over (27A) *spreken (ICF d330)(36X)

Vraag 3:

Oorzaakja

zijn er oorzakelijke factoren genoemd?

Oorzaak1-x

genoemde oorzakelijke factoren (0 = niet gegeven, 1 = ja)

Oorzaakja	0 = niet gegeven 1 = ja	0: Niet aantoonbaar in de vorm van genetisch (13X)
Oorzaak1	Oorontstekingen/ gehoorverlies	*Gehoörproblemen (1A) *MO-problematiek (2E) *Op jonge leeftijd problemen met het gehoor (3A) *Mogelijk haar vroegere gehoorprobleem (4A) *de neusverkoudheden, het mondademen, de oorontstekingen en het verminderde gehoor (5E) *S. heeft op jonge leeftijd oorproblemen gehad, op 2-jarige leeftijd kreeg zij buisjes. Mogelijk was haar gehoor in de jaren daarvoor verminderd. Juist in deze periode leren kinderen door imitatie; nazeggen van woorden en zinnen. Door de gehoorproblemen was S. hiertoe mogelijk niet toe in staat, en is hierdoor een achterstand in de taalontwikkeling ontstaan (6A) *kno-problematiek op jonge leeftijd (8E) *oorontstekingen (9A) *Hoorproblemen hebben spraak- taalontwikkeling mogelijk vertraagd (10A) *veel oorontstekingen voor het 2^e jaar (14E) *ze heeft regelmatig oorontsteking gehad (16E) *verminderd gehoor (17E) *mogelijk verminderd gehoor in de eerste levensjaren, waardoor de taal en

		spraak traag en wellicht verstoord op gang is gekomen (18A) * De spraak en taal van S. zijn verlaat tot ontwikkeling gekomen. Mogelijk hebben hierbij wisselende geleidingsverliezen, samenhangend met de frequente oorontstekingen, een rol gespeeld (19E) *vermoedelijk wisselende gehoorverliezen in de vroege ontwikkeling (20X) *KNO-gehoorproblemen (23E) *wisselende geleidingsverliezen hebben mogelijk een negatieve invloed gehad op de ontwikkeling van de luistervaardigheden en de ontwikkeling van de fonologie (24X) * (mogelijke) gehoorproblemen (25A) * Mogelijk geleidingsverliezen door oorontstekingen, waardoor S. periodes minder gehoord heeft, dit heeft invloed op de spraak-/taalontwikkeling (26E) *neusverkoudheid, oorontstekingen en buisjes (27A) *de oorontstekingen kunnen een oorzakelijke factor zijn (29E) *wellicht dat ze de eerste 2 jaar van haar leven toch echt slecht gehoord heeft. Dat kan bepalend zijn geweest voor haar taalontwikkeling. Het feit dat ze ook pas echt is gaan praten met 2 ½ terwijl ze met haar 2^e buisjes kreeg zou een bewijs hiervoor kunnen zijn. Ook de clusterreducties en de deletie onbeklemtoonde sylabe bij langere woorden zouden bewijs hiervoor kunnen zijn (30A) * Op Jonge leeftijd waarschijnlijk hoorproblemen waardoor ze achter is qua taalontwikkeling en spraakontwikkeling (31A) * Oorproblemen? (35E) *tijdelijke gehoorproblemen? (36X) *S heeft op jonge leeftijd oorontstekingen gehad en is daarvoor 3x behandeld door de KNO-arts door het plaatsen van gehoorbuisjes. In deze cruciale fase van de spraak-/taalontwikkeling heeft S niet optimaal kunnen profiteren van auditieve input en spraak-/taalaanbod uit de omgeving. Hierdoor is de spraak-/taalontwikkeling verlaat op gang gekomen (37E) *voor 2-jarige leeftijd al buisjes kreeg en dus periodes daarvoor minder goed gehoord heeft en taalaanbod thuis gemist heeft (38E) *De gehoorproblemen in het verleden kunnen een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van de taalontwikkelingsstoornis (39E) *wellicht tijdelijk verminderd gehoor (41E)
Oorzaak2	Familieleden nemen (taal)initiatief over	*Zussen die alles voor haar regelen (1A) *het feit dat ze het 3^e kind is, de oudere zussen vaak het verhaal van haar overnemen (5E) *minder oefening in het talig communiceren omdat de oudere zusjes voor haar spraken en ze graag alleen speelt (8E) *Thuis namen de oudere zussen het vaak van S. over, ook met praten (10A) *S. heeft 2 oudere zussen die graag veel voor haar overnemen, ook het praten (16E) *Geen noodzaak om goed te praten (deden anderen wel voor haar)(17E) *Ook het feit dat S. twee oudere zussen heeft die het vaak voor S. overnemen, ook het praten, kan een beïnvloedende factor zijn (geweest) (19E) *ouders/zusjes namen het initiatief , waardoor S. minder behoefde te praten (20X) * houding oudere zussen (23E) *Zussen namen praten van S. over (ze behoefde dus ook niet) en werd niet uitgedaagd (30A) *Haar zussen spraken tot voor kort voor haar: zo behoefde ze niet te praten waardoor haar ontwikkeling (spraak) werd gestagneerd (31A) *het weinig praten thuis doordat zussen het praten vaak overnemen (33A) *Daarbij is zij de jongste in het gezin en heeft zij minder taal oefenmomenten gehad, omdat de oudere zussen het taalinitiatief over hebben genomen (37E) * Ook de plek/rol in het gezin kan hier een negatieve invloed op hebben (gehad); als jongste kind namen haar oudere zussen regelmatig het praten van haar over (39E) *OME in eerste twee levensjaren (maar is niet de oorzaak van een <i>blijvende taalstoornis</i>)(40X)
Oorzaak3	Vluchtige luisterhouding	*Luisterhouding en concentratie zijn matig (5,10) *aanlegfactoren, mogelijk een algehele ontwikkelingsachterstand, die de matige concentratie kan

	en/of matige concentratie	verklaren (ze functioneert qua luisterhouding en concentratie als een jonger kind), mogelijk alleen aanleg problemen voor het ontwikkelen van taal en dan wel in aanleg een matige concentratie (7X) *slechte luisterhouding/concentratie (9A) *Vluchtige luisterhouding (14E) * Zwakke auditieve concentratie en luisterhouding (23E) *onvoldoende concentratie en werkhouding (25A) *kan de verminderde aandacht een negatieve invloed hebben op de taalontwikkeling hebben gehad (39E) *vluchtige luisterhouding / zwakke concentratie (40X)
Oorzaak4	Aanleg: algehele ontwikkelingsachterstand dan wel zwakke aanleg voor taal plus concentratie	*Laat gaan praten (3A) *aanlegfactoren, mogelijk een algehele ontwikkelingsachterstand, die de matige concentratie kan verklaren (ze functioneert qua luisterhouding en concentratie als een jonger kind), mogelijk alleen aanleg problemen voor het ontwikkelen van taal en dan wel in aanleg een matige concentratie (7X) *Primaire toestand (12E) *De taalontwikkeling is laat op gang gekomen (15E) *S. is pas laat gaan praten (16E) *Het zou zo kunnen zijn dat ook de cognitieve ontwikkeling een vertraagd beeld laat zien, waardoor de taalontwikkelingsproblemen verklaard zouden kunnen worden (19E) *Vertraagde taalontwikkeling (22E) *late taalaanvang (is eigenlijk geen oorzaak maar onderdeel van het probleem)(24X) * mogelijk lager cognitief functioneren (S. komt jong over) (24X) *In algehele ontwikkeling wat achter? (35E) *Mogelijk aanleg; mogelijk brede ontwikkelings-problematiek (40X)
Oorzaak5	Overige constatering	*Te laat opgepakt door ouders (3A) *de neusverkoudheden, het mondademen, de oorontstekingen en het verminderde gehoor (5E) *er snel wordt gelachen om wat S. doet of zegt (5E) *minder oefening in het talig communiceren omdat de oudere zusjes voor haar spraken en ze graag alleen speelt (8E) *vaak verkouden (9A) *leeft in eigen wereld (wellicht stoornis in autisme spectrum, avp??) (9A) *Ze was veel neusverkouden (16E) *Ook het feit dat S. een kind is dat graag alleen speelt, en daardoor mogelijk minder behoefte heeft (gehad) aan gedeelde contactmomenten (en dus minder 'taalleermomenten'), kan mee hebben gespeeld in het op gang komen van de spraak-/taalontwikkeling (19E) *Vertraagde taalontwikkeling en te late interventie hiervoor (22E) *uitspraakproblemen (25A) * onvoldoende concentratie en werkhouding (25A) *neusverkoudheid, oorontstekingen en buisjes (27A) *ik vermoed als basis een auditieve problematiek die het verwerken van de taal belemmert (28X) *Ouders hebben niet meteen logopedie gewild, hebben dit uitgesteld (30A) *het "in een eigen wereldje leven" van S., hierdoor ontwikkelt haar taalniveau zich minder goed (33A)

Vraag 3:

Instandja
Instand1-x

zijn er instandhoudende factoren genoemd?
genoemde instandhoudende factoren (0 = niet gegeven, 1 = ja)

Instandja	0 = niet gegeven 1 = ja	
Instand1	Familieleden nemen (taal)initiatief over	*zussen regelen veel voor S. waardoor S niet leert dingen zelf te regelen (1A) *zusjes die het vaak van haar overnemen (2E) *Het niet laten uitspreken door de oudere zussen (4A) S. heeft twee oudere zussen, die regelmatig haar zinnen afmaakten. Hierdoor

		heeft S. nooit veel moeite hoeven doen goed te spreken, dit heeft de achterstand in de taal mogelijk in stand gehouden (6A) *de thuissituatie met twee oudere zussen kan ervoor zorgen dat S. onvoldoende oefening krijgt in het overbrengen van haar boodschap. Deze factor wordt nu minder, omdat ouders erop letten (7X) oudere zusjes die het woord voor haar voeren (8E) *als ze geen gesproken taal hoeft te gebruiken omdat anderen het van haar overnemen (12E) * Jongste kind in thuissituatie, werd wel begrepen, geen noodzaak tot zich begrijpelijk maken (13X) *zussen nemen het van S. over (14E) * 2 zussen die voor S. vertellen (15E) *haar zussen praten voor haar (18A) * Ook het feit dat S. twee oudere zussen heeft die het vaak voor S. overnemen, ook het praten, kan een beïnvloedende factor zijn (geweest) (19E) *Zussen en ouders die 'voor S. spreken' (22E) *zussen die 'praten voor' S. (24X) * Zussen die het praten van haar overnemen (26E) oudere zussen die het praten overnemen (hoewel de ouders dit zoveel mogelijk proberen tegen te gaan) (27A) *zussen nemen het spreken over van S., (28X) *het weinig praten thuis doordat zussen het praten vaak overnemen (33A) *jongste in gezin, twee oudere zussen die woord doen (36X) *S. heeft 2 oudere zussen die het voor haar kunnen oplossen; ze lijkt er zelf nog onvoldoende de noodzaak van in te zien om duidelijk en begrijpelijk te communiceren (38E) * Ook de plek/rol in het gezin kan hier een negatieve invloed op hebben (gehad); als jongste kind namen haar oudere zussen regelmatig het praten van haar over (39E) *weinig noodzaak om heel duidelijk en veel te praten, omdat S. veel alleen speelt en omdat haar positie in het gezin (oudere zussen die 'opvangen') weinig zelfstandige comm. Vraagt (40X) *Het voor Saartje antwoorden door zussen (41E)
Instand2	Vluchtige luisterhouding en/of matige concentratie	*Luisterhouding en concentratie zijn matig (3A,4A,9A,10A, 12E,15E,17E,20X,24X,27A,31A,35E,36X) *De matige luisterhouding en concentratie zijn een ongunstige factor, omdat auditieve informatie niet altijd goed aankomt (7X) *slechte luisterhouding (8E) *S. heeft voor spelletjes geen geduld (door het spelen van spelletjes zou ze bijv. haar woordenschat kunnen vergroten)(10A) *matige concentratie (11A) *vluchtig in concentratie en luisteren (19E) * zwakke luisterhouding (23E) *concentratieproblemen als gevolg van de auditieve problemen? (28X) * de concentratieproblemen (29E) * Matige concentratie en luisterhouding waardoor wat ze hoort waarschijnlijk ook nog eens niet goed blijft hangen (30A) *Door een zwakke concentratie en luistergerichtheid is het moeilijk voor S. om gericht te blijven op informatie en op de ander (38E)
Instand3	Inadequate reactie op iets niet kunnen	*S. speelt het liefst alleen, weinig geduld (1A) *Teruggetrokken gedrag (2E) *Clownesk gedrag (3A,25A) *Niet om hulp vragen (4A) *Aan de andere kant lijkt ze zich wel bewust te worden van haar problemen en kan het clowneske gedrag haar belemmeren om zich verder te ontwikkelen (7X) *Ze vindt het niet zo'n probleem als ze niet begrepen wordt. (7X) *vraagt niet om verduidelijking, uitleg (9A) *S. vraagt te weinig om/naar uitleg, verduidelijking, namen van dingen (10A) *S. speelt het liefst alleen (10A) *S. vraagt niet naar namen van dingen (14E)

		*S. spreekt veel ondanks dat anderen haar niet verstaan, lijkt niet gehinderd te worden door haar beperkte spraak- en taalmogelijkheden (17E) *vermijdingsgedrag (Clownesk gedrag) (17E) * ze lijkt dingen goed te begrijpen, waardoor men haar wellicht overvraagt (18A) *zwakke selfmonitoring, S. is te weinig kritisch op haar eigen uitingen (20X) *Karakter (weinig kritisch, vraagt niet om informatie) (23E) * Vraagt niet om verduidelijking wanneer ze iets niet begrijpt, vraagt niet naar namen van dingen, vraagt niet om uitleg (26E) *S. maakt er zelf geen probleem van als haar boodschap niet overkomt (27A) *Ze speelt het liefst alleen. Hierdoor heeft ze niet van nature contact met andere kinderen waardoor ze veel taal zal moeten inzetten en zal horen (30A) * Vindt het lastig om dingen te doen die ze nog niet kan (vertoont clownesk gedrag om te verbloemen dat ze het niet kan) Het zou kunnen dat ze dus liever geen dingen doet die ze moeilijk vindt. Dat kan dan ook gelden voor het leren van taal (30A) * Vraagt daarnaast ook niet vaak om verduidelijking of herhaling als ze iets niet heeft begrepen (30A) *Vraagt niet naar de naam van dingen of uitleg. Hierdoor leert ze dus uit zichzelf niet snel woorden bij (30A) *Het feit dat ze onzeker is als ze iets moet doen waarvan ze weet dat ze het nog niet kan: hier vertoont ze afwijkend gedrag (clowneske houding) (31A) *S. vraagt te weinig als ze iets niet begrijpt en vraagt niet naar de naam van dingen (31A) *Vluchtgedrag (clownesk gedrag)?(35E) *zelf geen hinder van mindere verstaanbaarheid (36X) *weinig noodzaak om heel duidelijk en veel te praten, omdat S. veel alleen speelt en omdat haar positie in het gezin (oudere zussen die 'opvangen') weinig zelfstandige comm. Vraagt (40X) *het niet ervaren van beperkingen / participatieproblemen door Saartje zelf (41E)
Instand4	Onduidelijke spraak	*S. praat snel en slordig (1A) *S. praat vlug (14E) *soms slordig spreken (15E) *S. praat vlug en onduidelijk (16E) *S. is slordig en vlug in haar praten (30A)
Instand5	Overige constatering	*Woordvindingsproblemen (3A,5E) *S. heeft voor spelletjes geen geduld (door het spelen van spelletjes zou ze bijv. haar woordenschat kunnen vergroten)(10A) *zwak auditief geheugen? (is nog niet onderzocht) (11A) *Wanneer IQ onder gemiddeld is zal dit de stoornis in stand houden. (11A) *beginjaren gekenmerkt tot een beperkt auditief waarnemen (13X) * nog niet eerder logopedie gestart (14E) *WQ beneden gemiddeld, onvoldoende passieve woordenschat, beneden gemiddeld taalbegrip (15E) *S. is nog erg jong in haar gedrag en werkhouding (16E) *cognitieve factoren (jong in gedrag en werkhouding, vluchtig in concentratie en luisteren) (19E) *Sociaal-emotionele factoren (op zichzelf gericht zijn)(19E) * geen logopedische interventie (22E) *jong in gedrag en werkhouding (25A) *het niet eerder naar de logopediste gaan van de ouders (33A) *nog 'jong' , algehele ontwikkeling wat langzaam (36X)

Vraag 3:

Posja zijn er positieve factoren genoemd?

Pos1-x genoemde positieve factoren (0 = niet gegeven, 1 = ja)

Posja	0 = niet gegeven 1 = ja	
-------	-------------------------------	--

Pos1	Ouders zijn bereid S. talig te stimuleren	*Ouders lezen S. voor, stimuleren de zussen om S. zelf dingen te laten doen (1A) *Ouders waarschijnlijk gemotiveerd gezien het feit dat ze iedere avond voorlezen en hun oudere dochters hebben gemaand hun kleine zusje wat meer ruimte te geven; Het feit dat er iedere dag voorgelezen wordt (2E) *ouders die betrokken zijn (4A) *Moeder leest elke dag voor;Ouders proberen er nu voor te zorgen dat S. de kans krijgt om zelf haar verhaal te vertellen (5E) *Ouders lezen thuis elke dag voor, wat de taalontwikkeling ten goede komt (6A) *Haar ouders zijn bereid haar te stimuleren (7X) *inzicht van de ouders, voorlezen thuis (8E) *Er wordt thuis elke dag voorgelezen (10A) *Ouders proberen nu te voorkomen dat oudere zussen het vaak van S. overnemen (10A) *Ouders proberen al te voorkomen dat zussen niet voor S. spreken (17E) *Ouders staan erachter en werken mee (voorlezen, S. zelf laten praten)(18A) *ouders geven voldoende taalinput (voorlezen) (20X) *ouders zijn zich bewust, dat ze S. het woord moeten laten doen (20X) * Stimulans vanuit de thuissituatie (dagelijks voorlezen) en de bereidheid de oudere zussen te corrigeren (23E) *dagelijks voorlezen door ouders (24X) *Daarnaast wordt er thuis elke dag voorgelezen (25A) * Ouders lezen elke dag voor en zijn zich bewust van het feit dat het niet gunstig is dat de zussen van S. voor haar gaan praten, dit proberen ze nu te voorkomen (26E) *steunende ouders, die kennelijk adviezen doorvoeren (zussen stoppen het spreken over te nemen) (28X) *De thuissituatie lijkt gunstig te zijn (29E) ouders zijn zich bewust van hun rol: lezen voor, proberen nu te voorkomen dat zussen het praten van S. overnemen., ouders spreken zelf goed Nederlands (30A) *Ze wordt regelmatig voorgelezen (31A) *elke dag voorlezen (33A) *Ze wordt elke dag voorgelezen (35E) *De ouders zorgen voor een goede taal leeromgeving (37E) * Er wordt wel voorgelezen (38E) *haar ouders die goede mogelijkheden hebben tot het stimuleren van taal (39E) *Er wordt thuis elke dag voorgelezen (40X) *Moeder en leerkracht lijken gemotiveerd (41E)
Pos2	Niet belemmerd in communicatie	*S. is spontaan en voelt zich niet belemmert in de communicatie met anderen (5E) *Verder is S. zich op dit moment er zich weinig bewust van, wanneer haar gesprekspartners haar niet begrijpen. Ze vertelt wat ze wil vertellen (6A) *Ze heeft er geen moeite mee als een ander haar niet meteen begrijpt (12E) *Daarnaast lijkt er geen sprake te zijn van frustratie (16E) *S. lijkt er zelf weinig last van te hebben, ze vertelt gewoon door, ondanks dat het niet duidelijk is (14E) *Ze lijkt niet gefrustreerd in de communicatie of op een andere manier negatieve gevolgen te ondervinden van de taalproblemen. Het clowneske gedrag is wel iets om in de gaten te houden, dit zou mogelijk een voorbode voor faalangstig gedrag kunnen zijn (bij overvragen) (19E) * Laat zich niet uit het veld slaan bij onbegrip door anderen, zet door (22E) *Lijkt communicatief ingesteld meisje (22E) * ontbreken van frustratie bij S. (24X) *Communicatieve houding van S. (24X) * S. is communicatief ingesteld (25A) *Ook al komt ze er niet uit, ze zegt wat ze wil zeggen (25A) *communicatieve basisvaardigheden van S. (28X) * Ze praat graag (29E) * S. lijkt er geen probleem van te maken als niet helemaal overkomt wat ze wil vertellen. Ze is nog niet gefrustreerd (30A) *zelf geen hinder van mindere verstaanbaarheid (36X) *voelt geen belemmering om te praten ook al wordt ze niet helemaal begrepen (40X)
Pos3	Spontaan, maakt makkelijk	*S. is spontaan en maakt gemakkelijk contact (9A,10A,11A,12E,15E,17E,18A,19E,35E,40X)

	contact	*heeft goed oogcontact (4A) *Ze maakt makkelijk contact (4A,7X,27A) *Oogcontact en beurtwisseling zijn voldoende/in orde/goed (9A,10A,16E,17E,27A) *S. is spontaan (5E,14E) * S. is nog open in de initiatiefname naar haar omgeving , niet teruggetrokken (20X) *Goed contact met leeftijdsgenootjes, ondanks comm.probl (22E) * Sociale gedrag (spontaan, maakt gemakkelijk contact) (23E) *S. is en makkelijk kind, spontaan en maakt gemakkelijk contact (30A) *S. is een makkelijk kind dat goed contact maakt: gunstig voor logopedie en haar ontwikkelingstraject (31A) * haar karakter (spontaan, makkelijk contact maken)(39E)
Pos4	De achterstanden zijn niet ernstig	*Stoornis is licht (rond ondergrens gemiddelde)(2E) *De achterstanden zijn matig en niet ernstig, hoewel haar niveau wel veel lager is dan dat van leeftijdsgenoten in het reguliere onderwijs (7X) *Geen scores lager dan -1.5 Sd afwijkend (41E)
Pos5	Gezondheid en verdere ontwikkeling	*gehoor is goed (3A,8E) *Wanneer haar IQ gemiddeld is, is dit een gunstige factor.(11A) *Ze heeft op dit moment een goed gehoor (12E) *Ze heeft een goede gezondheid en een goede motoriek (12E) *Lijkt jong kind in totale ontwikkeling, moet nog helemaal kleuter worden. Een jaar kleuterschoolverlenging zal hoogstwaarschijnlijk voldoende zijn zich te ontwikkelen. Op basis hiervan kun je ook wel van voldoende cognitieve mogelijkheden uitgaan (13X) *S. heeft veel fantasiespel (14E,40X) *Goed gehoor (15E) *S. is een makkelijk kind en heeft veel fantasiespel (16E) *Praat makkelijk in een spelsituatie (18A) *S. kan goed en fantasierijk spelen, wat wijst op een voldoende symboolontwikkeling (20X) *kwaliteit van het spel/ goede spelontwikkeling (24X) * ze heeft veel fantasie (27A) * Ze heeft een levendige fantasie. *Wat de school aangeeft, lijkt er op te wijzen dat ze beschikt over een normaal gemiddeld cognitief niveau (29E) - Speelt graag met poppen en fantasiespel (dit inzetten in de behandeling)(30A) *de goede algemene ontwikkeling van S. (39E)
Pos6	Overige constatering	*geen spraaktaalproblemen en dyslexie?! (2E) *met gebruik voorwerpen kan ze haar boodschap beter overbrengen (3A,27A) *S. gaat steeds meer vertellen (5E) *Leerkracht S. heeft oog voor de taalproblemen daar zij ouders doorverwees naar logopedist (10A) *Er komen geen taalproblemen voor in de familie (12E) *Voornamelijk externe factoren, die (indien actoren binnen cliëntsysteem ontvankelijk) redelijk snel opgelost kunnen worden. Zussen instrueren dat zij S. uit laten praten, niet te snel genoeg nemen met onduidelijke boodschappen, principes van VAT uiteenzetten etc.(13X) *Wanneer het lexicon zich uitbreidt, zal de communicatieve redzaamheid groter worden. Als gevolg hiervan kun je ook een verbetering van de syntaxis verwachten. Ook lijkt het aannemelijk dat de taalgebruiksaspecten hierdoor verbeteren (13X) *Extra jaar kleuteren (15E) *Ouders en school zien noodzaak behandeling in (17E) *goede taalvoorwaarden (24X) *In een gestructureerde situatie lijkt ze over voldoende vaardigheden te beschikken (29E) *Bij spelsituatie met concrete materialen kan ze haar bedoelingen redelijk goed overbrengen. (dit inzetten bij behandeling)(30A) * Ze gaat nog een jaartje extra 'kleuteren'. Hierdoor zal ze zich waarschijnlijk minder onzeker voelen (ze komt qua niveau beter overeen met haar klasgenoten) (31A) *Moeder en leerkracht lijken gemotiveerd (41E)

Vraag 4: Behandeling als geheel

Naam	Beschrijving	Score
Doelja	Aantal geformuleerde behandeldoelen	0 = niet gegeven 1= 3 doelen gegeven 2 = minder dan 3 doelen gegeven 3 = meer dan 3 doelen gegeven
Evaluatie	Word er een criterium gegeven (bv. leeftijdsequivalent, score passend bij begin/eind groep x, achterstand aantal maanden ingelopen, spec. observatie, etc.) voor wat behaald moet worden?	0 = niet gegeven 1= ja, bij 1-2 doelen 2 = ja, bij alle doelen
Smart	Zijn de (meeste) doelen smart geformuleerd?	0 = nee 1=ongeveer 2=ja
Doelfr	Is een behandel frequentie gegeven?	0= niet gegeven 1 = ja
Leerkraft	Ook doelen voor in de klas, generalisatie?	0= niet gegeven 1 = ja
Ouders	Ook doelen voor thuis, generalisatie?	0= niet gegeven 1 = ja
Vorm	Behandelvorm	0= niet gegeven 1= individueel 2= groep 3= beide
Domein1	Er wordt gewerkt aan: woordenschat	Gemiddelde actieve en passieve woordenschat passend bij begin groep 2 (1A) Uitbreiden woordenschat en verbeteren articulatie, maar mogelijk treedt er spontaan een inhaalslag op bij het bereiken van de eerste twee doelen (2E) woordenschat uitgebreid met zowel passieve als actieve woorden die helpen bij het vertellen van (persoonlijke) verhalen (3A) S. produceert over 6 maanden minimaal 40 woorden in verschillende contexten, passend bij de thema's in de klas (4A) De passieve en actieve woordenschat ligt op een leeftijdsnivo van 4;6 jaar (5E) S. heeft een actieve (ongeveer 3500-4000 woorden) en passieve woordenschat (ongeveer 3000-3200 woorden), passend bij haar kalenderleeftijd (6A) S. heeft begrip van woorden als een kind van 4 ½ - 5 jaar en ze gebruikt de woordenschat van een kind van 4 ½ - 5 jaar (7X) actieve (en dus receptieve) woordenschat (10A) woordenschat meer leeftijdsadequaat (11A) woordvindingstrategieën toepassen (11A) verbeteren passieve woordenschat (12E) lexicon uitbreiden, passief en actief (13X) vergroten van de passieve woordenschat tot 3000 woorden (15E) vergroten van de actieve woordenschat (15E) Actieve en passieve woordenschat (16E) S. gebruikt de woordenschat van een kind van 5 jaar (17E) Over 4 maanden scoort S op woordontwikkeling een WQ van 85 (18A) S. heeft begrip van woorden als een kind van 4 tot 6 jaar (19E) S. gebruikt de woordenschat van een kind van 4 tot 6 jaar (19E)

		S.s woordenschat (actief en passief) zijn van een gemiddeld niveau (B-of C-score op de CITO toets/TAK)(20X). De actieve woordenschat groeit met 10 woorden per week, passend bij de thema's in de klas, waarbij extra aandacht voor het woordbeeld en de juiste uitspraak van de woorden (22E) *uitbreiden van de woordenschat (conceptontwikkeling)(23E) * S. heeft haar passieve en actieve woordenschat uitgebreid met 5 tot 10 nieuwe woorden per week (toename woordenschat met ongeveer 200 woorden) waarbij er bijzondere aandacht wordt besteed aan het fonologisch verankeren van de woorden (24X) *heeft S. een passieve woordenschat passend bij haar leeftijd (25A) *Verbeteren van de receptieve en expressieve woordenschat (26E) *De woordenschat van S. is uitgebreid met woorden die ze kan gebruiken bij het vertellen in de kring (27A) *S. heeft een adequate woordopslag (kan de woordschema;s hanteren)(29E) *zijn de passieve en actieve woordenschat van S. uitgebreid met woorden die passen bij een leeftijdsniveau van 5 jaar (30A) *S. heeft binnen een half jaar een grotere actieve en passieve woordenschat. Ze heeft geleerd om te vragen naar woorden die ze niet kent of begrijpt of verstaat (31A) *woordenschat (en fonologie) (35E) *Leeftijdsadequate passieve en actieve woordenschat (36X) *uitbreiden van de passieve - en actieve woordenschat (39E) *De woordenschat (passief / actief > verhouding nader uitzoeken) breidt zich uit met 20 woorden per week, waarbij woorden zowel fonologisch als semantisch verankerd worden in fonologische- en betekenisnetwerken (40X) *Saartje haalt op de Schlichting, test voor woordontwikkeling een quotiëntscore tussen 83 en 90 (41E)
Domein2	Er wordt gewerkt aan: luisterhouding/concentratie (werkhouding)	S. luistert over 6 maanden minimaal 15 minuten aandachtig naar een verhaal en beantwoordt daar taaldenkvragen over (4A) Verbeteren van de luisterhouding (5E) S. heeft een goede luisterhouding en concentratie tijdens het voorlezen en uitleggen van opdrachten (9A) Luisterhouding en concentratie verbeteren (13X,14E) Verbeteren van de auditieve concentratie (23E) heeft S. een goede luister- en werkhouding tijdens een kringgesprek (25A) *S. kan zorgvuldig luisteren (waarneming verbeteren)(29E) *luisterhouding, werkhouding en auditieve vaardigheden (35E) *luisterhouding/ luistergerichtheid is voldoende

		(36X) *S.s luisterhouding is gericht op gesproken taal; zij kan basaal rijmen, basale auditieve synthese en auditieve analyse, dit alles met ondersteuning van schriftbeeld (40X)
Domein3	Er wordt gewerkt aan: communicatieve functies	Uitlokken meer vragen stellen m.b.v. deels zelfde middelen als boven en m.b.v. rollen-poppen-fantasiespel (in aansluiting op haar eigen voorkeur) (2E) S. vraagt over 6 maanden, met behulp van een reminder, om verduidelijking, herhaling en uitleg in de klas (4A) S. vraagt om uitleg, herhaling of verduidelijking wanneer zij iets niet goed begrepen of verstaan heeft (6A) S. gebruikt de interactiefunctie 'om herhaling of verduidelijking vragen' en de representatiefuncties 'naar de naam van iets vragen', 'om een verklaring of uitleg vragen' (7X) S. past pragmatische vaardigheden toe (vragen om verduidelijking, om uitleg, naar de namen van dingen)(8E) gebruik van de representatiefuncties en regulatiefunctie (11A) S. leren te vragen wanneer iets niet duidelijk is (14E) Verbale interactiefuncties (16E) S. gebruikt verbale interactie- en representatiefuncties (17E) *De participatie van S. in de klas is vergroot doordat ze uitleg van de leerkracht beter begrijpt en aangeeft als ze het niet begrepen heeft (24X) *Verbeteren van de pragmatiek (zowel vertelvaardigheid als haar leren vragen om verduidelijking/uitleg/namen van dingen) (26E) *S. vraagt om verduidelijking of herhaling als ze iets niet heeft verstaan of heeft begrepen (27A) *vraagt S. om hulp of herhaling als ze iets niet snapt of niet goed verstaan heeft. (LK hierbij betrekken!)(30A) *Over 4 maanden vraagt S. naar uitleg of verduidelijking als zij iets niet begrijpt (33A) * taalgebruik (35E) * verbeteren taalgebruik (communicatieve functies, conversatievaardigheden en vertelvaardigheid) (39E) *Saartje stelt wie, wat, waar, waarom en hoe vragen (41E)
Domein4	Er wordt gewerkt aan: morfosyntaxis	Samengestelde zinnen passend bij een leeftijd van 5 jaar (1A) zinsbouw en het vertellen liggen op een leeftijdsnivo van 4;6 jaar (5E) S. maakt samengestelde zinnen, met de voegwoorden <i>en</i>, <i>maar</i> en <i>want</i> (6A) fonologische en syntactische vaardigheden zijn verbeterd (8E) zinslengte uitgebreid (10A) verbeteren zinsontwikkeling (12E) S. kan enkelvoudige zinnen produceren met drie tot vier zinsdelen Of S. kan zinnen met onder- en nevenschikking produceren.Dit doel kan pas specifiek worden na observatie van het taalsample. Het kan ook zijn dat er een doel voor kinderen met SLI gekozen wordt (20X)

		S. gebruikt zinsstructuren passend bij een meisje van 5;0 jaar (specifieker na het analyseren van de spontane taal) (22E) Verbeteren van de productieve morfosyntaxis (26E)
Domein5	Er wordt gewerkt aan: taalbegrip	Verbeteren/vergroten taalbegrip (12E,23E) S. heeft begrip van woorden en zinnen als een kind van 5 jaar (17E)
Domein6	Er wordt gewerkt aan: fonologie (=woordstructuur, uitspraak)	*S. reduceert over 6 maanden geen clusters meer, onbeklemtoonde lettergrepen worden niet meer weggelaten (3A) beter verstaanbaar en te volgen voor vreemden (3A) *S. realiseert voor 90 % de woordstructuur correct voor tweelettergrepige woorden (7X) * de uitspraak van S. bevat geen clusterreductie en langere woorden worden helemaal uitgesproken zodat vreemden haar kunnen verstaan. Daarnaast is haar spreektempo verlaagd (9A) *S. spreekt over 3 maanden de clusters sk-, sch-, schr-, gl-, en gr- goed uit (18A) *S. spreekt meerlettergrepige woorden en woorden met de initiale clusters sk-, sch-, schr-, gl- en gr-: correct uit (22E) *heeft S. geen uitspraakproblemen meer bij langere woorden of woorden met clusters (25A) *S. spreekt alle onbeklemtoonde lettergrepen goed uit (27A) *praat S. op een rustigere manier waardoor ze minder uitspraakfouten maakt en is ze voor vreemden goed te volgen (30A) *S. spreekt duidelijker en langzamer en kan de clusters waar ze moeite mee had (sk-, sch-, schr-, gl- en gr-:) duidelijk uitspreken (31A) *gebruikt S., verstaanbaar en begrijpelijk, 5-woordsuitingen in thuis- en schoolsituatie (33A) *onbeklemtoonde lettergrepen worden in haar bekende woorden niet of nauwelijks meer weggelaten (36X) *Saartje spreekt meerlettergrepige woorden correct uit (41E)
Domein7	Er wordt gewerkt aan: conversatie- en vertelvaardigheid	*S. kan een verhaal vertellen buiten het hier en nu met gebruik van correcte referenties (1A) *S. kan correct en adequaat vertellen en gebruikt daarbij een juiste zinsbouw en de juiste woorden (9A) *chronologische verhaalopbouw buiten het hier en nu hanteren in één op één situatie (10A) *verhaal vertellen met een logische opbouw (11A) *Saar introduceert en handhaaft een topic buiten het hier en nu (15E) *S. introduceert en handhaaft een topic binnen en buiten het hier-en-nu (19E) *S. kan op eenvoudige wijze haar gedachten en ervaringen verwoorden door te vertellen buiten het hier en nu (24X) *kan een kort verhaal buiten het hier en nu correct vertellen (28X) *S. is in staat haar gedachten te ordenen (29E) *S. kan een verhaal vertellen over een onderwerp buiten het hier en nu dat verstaanbaar is voor mensen die haar niet kennen (31A) *vertelt S. een simpel verhaaltje buiten het hier en nu zonder spelmateriaal (33A)

Domein8	Er wordt gewerkt aan: instructie omgeving (ouders, leerkracht)	de ouders weten hoe ze de taalontwikkeling van hun kind kunnen stimuleren en passen adviezen toe (8E) Haenen principes aan ouders en omgeving aanbieden, trainen en coachen (13X) De leerkrachten hebben inzicht in de aard van de taalproblemen van S. en weten hoe ze de participatie van S. in de klas kunnen vergroten (20X) Instructie aan ouders: taalstimulatie, interactief voorlezen en samen spelletjes spelen (39E)
Domein9	Er wordt gewerkt aan: woordvinding	Strategieën aanleren voor en trainen van de woordvinding (14E) *minstens twee aangeleerde strategieën om woorden snel te kunnen gebruiken (28X) *S. roept woorden die zij kent vlot op binnen een communicatieve context. Als zij een woord niet kan vinden gebruikt zij adequate compensatiestrategieën, zodat de communicatiestroom doorvloeit (40X)
Domein10	Er wordt gewerkt aan: auditieve vaardigheden	Eerst auditieve vaardigheden onderzoeken! En dan: uitbreiden auditieve aandacht en auditieve vaardigheden (-geheugen; -discriminatie; ook richting leesvoorwaarden! D.m.v. liedjes, geluidenspelletjes en verhaaltjes (2E) *kan woorden analyseren en synthetiseren (dit betekend ook een betere luisterhouding)(28X)
Domein11	Er wordt gewerkt aan:	
Domein12	Er wordt gewerkt aan:	

Vraag 4: Individuele behandeldoelen

Naam	Beschrijving	Score	
Doel1	Belangrijkste behandeldoel	0 = niet gegeven 1= woordenschat 2= luisterhouding/ conc 3= communicatieve functies 4= morfosyntaxis 5= taalbegrip 6= fonologie 7= conversatie/vertelvrddgh 8= instructie omgeving 9=woordvinding 10=auditieve vaardigheden 11= 12=	1: Gemiddelde actieve en passieve woordenschat passend bij begin groep 2 (1A) woordenschat uitgebreid met zowel passieve als actieve woorden die helpen bij het vertellen van (persoonlijke) verhalen (3A) S. produceert over 6 maanden minimaal 40 woorden in verschillende contexten, passend bij de thema's in de klas (4A) S. heeft een actieve (ongeveer 3500-4000 woorden) en passieve woordenschat (ongeveer 3000-3200 woorden), passend bij haar kalenderleeftijd (6A) S. heeft begrip van woorden als een kind van 4 ½ - 5 jaar en ze gebruikt de woordenschat van een kind van 4 ½ - 5 jaar (7X) Actieve (en dus receptieve) woordenschat (10A) woordenschat meer leeftijdsadequaat (11A) woordvindingstrategieën toepassen (11A) Passieve woordenschat (12E, 16E,18A) Lexicon uitbreiden, passief en actief (13X) Vergroten van passieve woordenschat tot 3000 woorden (15E) S. heeft begrip van woorden als een kind van 4 tot 6 jaar (19E) S.s woordenschat (actief en passief) zijn van een gemiddeld niveau (B-of C-score op de CITO toets/TAK)(20X).

			De actieve woordenschat groeit met 10 woorden per week, passend bij de thema's in de klas, waarbij extra aandacht voor het woordbeeld en de juiste uitspraak van de woorden (22E) *uitbreiden van de woordenschat (conceptontwikkeling)(23E) * S. heeft haar passieve en actieve woordenschat uitgebreid met 5 tot 10 nieuwe woorden per week (toename woordenschat met ongeveer 200 woorden) waarbij er bijzondere aandacht wordt besteed aan het fonologisch verankeren van de woorden (24X) *De woordenschat van S. is uitgebreid met woorden die ze kan gebruiken bij het vertellen in de kring (27A) *zijn de passieve en actieve woordenschat van S. uitgebreid met woorden die passen bij een leeftijdsniveau van 5 jaar (30A) *S. heeft binnen een half jaar een grotere actieve en passieve woordenschat. Ze heeft geleerd om te vragen naar woorden die ze niet kent of begrijpt of verstaat (31A) *Leeftijdsadequate passieve en actieve woordenschat (36X) *De woordenschat (passief / actief > verhouding nader uitzoeken) breidt zich uit met 20 woorden per week, waarbij woorden zowel fonologisch als semantisch verankerd worden in fonologische- en betekenisnetwerken (40X) 2: Verbeteren van de luisterhouding (5E) S. heeft een goede luisterhouding en concentratie tijdens het voorlezen en uitleggen van opdrachten (9A) Luisterhouding en concentratie verbeteren (14E) heeft S. een goede luister- en werkhouding tijdens een kringgesprek (25A) *S. kan zorgvuldig luisteren (waarneming verbeteren)(29E) *luisterhouding, werkhouding en auditieve vaardigheden (35E) 3: *Verbeteren van de pragmatiek (zowel vertelvaardigheid als haar leren vragen om verduidelijking/uitleg/namen van dingen) (26E) *Over 4 maanden vraagt S. naar uitleg of verduidelijking als zij iets niet begrijpt (33A) *Saartje stelt wie, wat, waar, waarom en hoe vragen (41E) 5: begrip van woorden en zinnen als een kind van 5 jaar (17E) 8: de ouders weten hoe ze de taalontwikkeling van hun kind kunnen stimuleren en passen adviezen toe (8E) Instructie aan ouders: taalstimulatie, interactief voorlezen en samen spelletjes spelen (39E)
--	--	--	---

			10: Eerst auditieve vaardigheden onderzoeken! En dan: Uitbreiden auditieve aandacht en auditieve vaardigheden (-geheugen; -discriminatie; ook richting leesvoorwaarden! D.m.v. liedjes, geluidenspelletjes en verhaaltjes (2E) *kan woorden analyseren en synthetiseren (dit betekend ook een betere luisterhouding)(28X)
Doel2	Tweede behandeldeel	0 = niet gegeven 1= woordenschat 2= luisterhouding/ conc 3= communicatieve functies 4= morfosyntaxis 5= taalbegrip 6= fonologie 7= conversatie/vertelvrdrgh 8= instructie omgeving 9=woordvinding 10=auditieve vaardigheden 11= 12=	1: De passieve en actieve woordenschat ligt op een leeftijdsnivo van 4;6 jaar (5E) actieve woordenschat (16E,18A) vergroten van actieve woordenschat (15E,17E) S. gebruikt de woordenschat van een kind van 4 tot 6 jaar (19E) Verbeteren van de receptieve en expressieve woordenschat (26E) *S. heeft een adequate woordopslag (kan de woordschema;s hanteren)(29E) *uitbreiden van de passieve - en actieve woordenschat (39E) *Saartje haalt op de Schlichting, test voor woordontwikkeling een quotiëntscore tussen 83 en 90 (41E) 2: S. luistert over 6 maanden minimaal 15 minuten aandachtig naar een verhaal en beantwoordt daar taaldenkvragen over (4A) Luisterhouding en concentratie verbeteren (13X) 3: Uitlokken meer vragen stellen m.b.v. deels zelfde middelen als boven en m.b.v rollenpoppen-fantasiespel (in aansluiting op haar eigen voorkeur) (2E) S. vraagt om uitleg, herhaling of verduidelijking wanneer zij iets niet goed begrepen of verstaan heeft (6A) S. gebruikt de interactiefunctie 'om herhaling of verduidelijking vragen' en de representatiefuncties 'naar de naam van iets vragen', 'om een verklaring of uitleg vragen' (7X) S. past pragmatische vaardigheden toe (vragen om verduidelijking, om uitleg, naar de namen van dingen)(8E) S. leren te vragen wanneer iets niet duidelijk is (14E) *De participatie van S. in de klas is vergroot doordat ze uitleg van de leerkracht beter begrijpt en aangeeft als ze het niet begrepen heeft (24X) *S. vraagt om verduidelijking of herhaling als ze iets niet heeft verstaan of heeft begrepen (27A) * taalgebruik (35E) 4: Samengestelde zinnen passend bij een leeftijd

			van 5 jaar (1A) zinslengte uitgebreid (10A) S. kan enkelvoudige zinnen produceren met drie tot vier zinsdelen, of S. kan zinnen met onder- en nevenschikking produceren (20X) S. gebruikt zinsstructuren passend bij een meisje van 5;0 jaar (specifieker na het analyseren van de spontane taal) (22E) 5: Verbeteren/vergroten taalbegrip (12E,23E) 6: beter verstaanbaar en te volgen voor vreemden (3A) *heeft S. geen uitspraakproblemen meer bij langere woorden of woorden met clusters (25A) *praat S. op een rustigere manier waardoor ze minder uitspraakfouten maakt en is ze voor vreemden goed te volgen (30A) *gebruikt S., verstaanbaar en begrijpelijk, 5-woordsuitingen in thuis- en schoolsituatie (33A) *onbeklemtoonde lettergrepen worden in haar bekende woorden niet of nauwelijks meer weggelaten (36X) 7: S. kan correct en adequaat vertellen en gebruikt daarbij een juiste zinsbouw en de juiste woorden (9A) verhaal vertellen met een logische opbouw (11A) *S. kan een verhaal vertellen over een onderwerp buiten het hier en nu dat verstaanbaar is voor mensen die haar niet kennen (31A) 9: *minstens twee aangeleerde strategieën om woorden snel te kunnen gebruiken (28X) *S. roept woorden die zij kent vlot op binnen een communicatieve context. Als zij een woord niet kan vinden gebruikt zij adequate compensatiestrategieën, zodat de communicatiestroom doorvloeit (40X)
Doel3	Derde behandeldoel	0 = niet gegeven 1= woordenschat 2= luisterhouding/ conc 3= communicatieve functies 4= morfosyntaxis 5= taalbegrip 6= fonologie 7= conversatie/vertelvrddgh 8= instructie omgeving 9=woordvinding 10=auditieve vaardigheden 11= 12=	1: *Uitbreiden woordenschat en verbeteren articulatie, maar mogelijk treedt er spontaan een inhaalslag op bij het bereiken van de eerste twee doelen (2E) *heeft S. een passieve woordenschat passend bij haar leeftijd (25A) *woordenschat (en fonologie) (35E) 2: *Verbeteren van de auditieve concentratie (23E) *luisterhouding/ luistergerichtheid is voldoende (36X) *S.s luisterhouding is gericht op gesproken taal; zij kan basaal rijmen, basale auditieve synthese en auditieve analyse, dit alles met ondersteuning van schriftbeeld (40X) 3: S. vraagt over 6 maanden, met behulp van een

		reminder, om verduidelijking, herhaling en uitleg in de klas (4A) gebruik van de representatiefuncties en regulatiefunctie (11A) *Verbale interactiefuncties (16E) S. gebruikt verbale interactie- en representatiefuncties (17E) *vraagt S. om hulp of herhaling als ze iets niet snapt of niet goed verstaan heeft. (LK hierbij betrekken!)(30A) *verbeteren taalgebruik (communicatieve functies, conversatievaardigheden en vertelvaardigheid) (39E) 4: zinsbouw en het vertellen liggen op een leeftijdsnivo van 4;6 jaar (5E) S. maakt samengestelde zinnen, met de voegwoorden <i>en</i>, <i>maar</i> en <i>want</i> (6A) fonologische en syntactische vaardigheden zijn verbeterd (8E) verbeteren zinsontwikkeling (12E) Verbeteren van de productieve morfosyntaxis (26E) 6: onbeklemtoonde lettergrepen worden niet meer weggelaten (3A) S. realiseert voor 90 % de woordstructuur correct voor tweelettergrepige woorden (7X) * de uitspraak van S. bevat geen clusterreductie en langere woorden worden helemaal uitgesproken zodat vreemden haar kunnen verstaan. Daarnaast is haar spreektempo verlaagd (9A) S. spreekt over 3 maanden de clusters sk-, sch-, schr-, gl-, en gr- goed uit (18A) *S. spreekt meerlettergrepige woorden en woorden met de initiale clusters sk-, sch-, schr-, gl- en gr-: correct uit (22E) *S. spreekt alle onbeklemtoonde lettergrepen goed uit (27A) *S. spreekt duidelijker en langzamer en kan de clusters waar ze moeite mee had (sk-, sch-, schr-, gl- en gr-:) duidelijk uitspreken (31A) *Saartje spreekt meerlettergrepige woorden correct uit (41E) 7: S. kan een verhaal vertellen buiten het hier en nu met gebruik van correcte referenties (1A) chronologische verhaalopbouw buiten het hier en nu hanteren in één op één situatie (10A) 8: Haenen principes aan ouders en omgeving aanbieden, trainen en coachen (13X) De leerkrachten hebben inzicht in de aard van de taalproblemen van S. en weten hoe ze de participatie van S. in de klas kunnen vergroten (20X) 9: Strategieën aanleren voor en trainen van de woordvinding (14E) 10: Saar introduceert en handhaaft een topic
--	--	---

		buiten het hier en nu (15E) S. introduceert en handhaaft een topic binnen en buiten het hier-en-nu (19E) *S. kan op eenvoudige wijze haar gedachten en ervaringen verwoorden door te vertellen buiten het hier en nu (24X) *kan een kort verhaal buiten het hier en nu correct vertellen (28X) *S. is in staat haar gedachten te ordenen (29E) *vertelt S. een simpel verhaaltje buiten het hier en nu zonder spel materiaal (33A)
--	--	---

Vraag 5:

Vervolgja: Zijn er vervolgstappen genoemd?
 Vervolg1-x: Genoemde vervolgstappen

Vervolgja	0 = niet gegeven 1= ja	0: Op dit moment zie ik daar geen aanleiding toe (2E)
Vervolg1	Onderzoek: audiologisch	*Is S. allergisch (i.v.m. de vele neusverkoudheden)? (5E) *Ik zou S. doorsturen om onderzoek te laten doen naar stoornis in autisme spectrum en AVP (9A) *gehoor, doorverwijzing naar Audiologisch centrum (11A) Gehoor t.z.t. weer laten controleren (12E) * Als na 4 maanden er slechts een geringe verbetering optreedt in met name de expressieve taal (slecht verstaanbaar, woordvindingsproblemen, taalgebruik) zou ik verder onderzoek adviseren naar mogelijke onderliggende stoornissen; Auditieve verwerkingsproblemen? (18A) CHAPS laten invullen door leerkracht en bij zwakke score een onderzoek naar auditieve verwerkingsproblemen laten uitvoeren bij de audioloog. S. krijgt verbale info in elk geval niet optimaal binnen (20X) Recent gehooronderzoek opvragen (evt. opnieuw laten onderzoeken) (26E) *In het geval dat de therapie bij doel 1 niet vooruitgaat zou ik een diagnose richting AVP laten doen (28X) *Gehoort laten onderzoeken (38E)
Vervolg2	Onderzoek: (non-verbaal) IQ	*Doorverwijzing voor cognitief onderzoek, om uit te sluiten dat er sprake is van een niet-specifieke taalstoornis als gevolg van een algehele cognitieve achterstand (6A) *Verwijzen voor psychologisch onderzoek, zodat de non-verbale cognitieve mogelijkheden duidelijk worden (7X) *Doorverwijzing i.v.m. een intelligentie onderzoek (8E) *IQ-test (11A) *evt. intelligentie laten onderzoeken; hiermee niet te lang wachten (12E) *Indien na een periode van 6 à 9 maanden geen significante verbetering is opgetreden, adviseren tot een nader psychologisch onderzoek (13X) *Waar ik erg nieuwsgierig naar ben is wat het intelligentiequotiënt is. Ik zou beginnen met S. doorverwijzen naar een orthopedagoog (14E) *Ik zou graag gegevens via de orthopedagoog/psycholoog verkrijgen over het intelligentieniveau van S. (16E) *Als na 6 maanden geen/nauwelijks verbetering is opgetreden nader psychologisch onderzoek laten doen (17E) *Ik zou graag willen weten wat het cognitieve ontwikkelingsniveau is van S. en zou hierbij de hulp inroepen – in overleg met de leerkracht/school – van een psycholoog of orthopedagoog die een psychologisch onderzoek kan afnemen (19E) *Psychologisch onderzoek om haar Non-verbale ontwikkeling in kaart te brengen , om uit te sluiten, dat de taalproblemen deel uitmaken van een bredere ontwikkelingsachterstand (20X) *Aanvragen intelligentie onderzoek (22E) * Eventueel verder onderzoek naar de capaciteiten (23E) *Onderzoek naar de cognitieve ontwikkeling door een psycholoog of orthopedagoog (24X) * IQ laten onderzoeken (26E)

		*allereerst doorverwijzen voor intelligentie-onderzoek (40X)
Vervolg3	Onderzoek: overig	*Ik zou graag willen weten of het kind autistisch is -> doorverwijzing huisarts voor psychologisch onderzoek. Eventueel onderzoek met de CCC-2. Ik zou graag willen weten of er een hersenbloeding (lichte tia) heeft plaats gevonden -> doorverwijzing huisarts voor neurologisch onderzoek (3A) *Doorverwijzing naar huisarts m.b.t. het gedrag van S. (alleen spelen, jong gedrag, clownesk in de klas wanneer ze iets niet begrijpt). Mogelijk zit hier iets achter (4A) *Is S. allergisch (i.v.m. de vele neusverkoudheden)? (5E) *Ik zou S. doorsturen om onderzoek te laten doen naar stoornis in autisme spectrum en AVP (9A) *Het is niet duidelijk of het een specifieke taalontwikkelingsstoornis betreft. Als na 4 maanden er slechts een geringe verbetering optreedt in met name de expressieve taal (slecht verstaanbaar, woordvindingsproblemen, taalgebruik) zou ik verder onderzoek adviseren naar mogelijke onderliggende stoornissen; Is de motoriek ook gestoord? Taalontwikkelingsstoornissen (dyslexie) in de familie? Auditieve verwerkingsproblemen?(18A) *Tevens zou ik (van dezelfde deskundige) graag willen weten of er bijzonderheden zijn in de sociaal-emotionele ontwikkeling: is het graag alleen willen spelen / "in eigen wereldje zitten" (psz) een karaktertrek of passend bij een vorm van ontwikkelingsproblematiek?(19E) Onderzoek naar concentratie/werkhouding/luisterhouding/gedrag/ AD(H)D (25A) *Gegevens KNO-arts opvragen. Heeft ze nog wel eens oorontstekingen en zijn de buisjes weg? Hoe zit het met haar amandelen? (27A) *SP lijst afnemen en evt. doorverwijzen naar de kinderergotherapie, indien noodzakelijk (29E) *Ik zou advies vragen aan een neuroloog over de semantische verwante fouten die ze maakt: zou hier een neurologische verklaring voor kunnen zijn of zou dit liggen aan mogelijke auditieve verwerkingsproblemen?(31A) *onderzoek naar een aantal psychologische tests binnen het spectrum van autisme (33A) *Als het taalbegrip zwak blijft en het gedrag in klas zo blijft zou ik ook gaan denken aan een ontwikkelingsonderzoek, maar dat ligt ook aan de vorderingen tijdens de behandeling (35E) *Wanneer er onvoldoende vooruitgang is na 6 maanden logopedie, doorverwijzen naar een orthopedagoog / kinderpsycholoog voor ontwikkelingsonderzoek (41E)
Vervolg4	Logopedisch onderzoek/observatie: auditieve vaardigheden	*Ik zou auditieve vaardigheden willen onderzoeken, ondanks dat gebleken is dat haar gehoor nu goed is ben ik benieuwd naar de auditieve verwerking. Auditieve discriminatie, synthese en analyse (1A) *Graag zou ik meer informatie hebben over de auditieve functies, met name over het auditief geheugen. Is zij in staat om auditieve informatie te onthouden? (5E) *Auditieve vaardigheden onderzoeken (7X,13X,17E,22E,23E) *Vervolgonderzoek naar auditieve vaardigheden (8E) *Indruk krijgen van het fonologisch werkgeheugen door Pseudowoorden en Auditief geheugen (Schlichting test voor Taalproductie-II) af te nemen (10A) *Onderzoek: auditieve vaardigheden kleuters , foneembewustzijn, TAK klankonderscheiding, TAK auditieve woorddiscriminatie, TvK auditieve synthese (11A) *Onderzoek: auditieve vaardigheden (geheugen voor woorden, opdrachtjes, discriminatie van geluiden, lettergrepen klappen) (12E) *CHAPS laten invullen door leerkracht en bij zwakke score een onderzoek naar auditieve verwerkingsproblemen laten uitvoeren bij de audioloog. S. krijgt verbale info in elk geval niet optimaal binnen (20X) *Leerkracht vragen Toetspakket voor Beginnende geletterdheid af te nemen (of vergelijkbare toetsen die het fonemisch bewustzijn in kaart brengen), waarmee ook een beeld ontstaat van de auditieve vaardigheden. Ook auditief geheugen in kaart brengen (20X) *Ik ben wel erg benieuwd naar de auditieve vaardigheden/ fonemisch bewustzijn.Hoe is haar auditief geheugen, kan ze rijmwoorden herkennen etc?(30A) *Ik zou een onderzoek afnemen om te kijken of S. geen auditieve verwerkingsproblemen heeft (AVP). Hiervoor is bijvoorbeeld mogelijk de

		“auditieve test voor kleuters” van Nijenhuis et al, 2009. (31A) Auditief geheugen (AG nieuwe Schlichting, voor 02;09 – 07;00) (25A) Ik zou in ieder geval nog de auditieve functies onderzoeken, waaronder auditieve discriminatie op geluidenniveau en het auditief geheugen (37E) *Komend half jaar zal ik ook de auditieve verwerking observeren (38E) *Eigen indruk van S. krijgen door observatie in de kring wat betreft communicatieve vaardigheden, auditieve vaardigheden en luistergerichtheid, observatie tijdens spelsituaties wat betreft zinsontwikkeling, taalgebruik, interactie met andere kinderen. Aanvullend: vragenlijst Taal-denkprocessen om beeld te krijgen van taal-denkrelaties/ van leerkracht zou ik vragen om op papier te zetten hoe het is met rijmen, letterkennis, auditieve analyse/ synthese. Hiervoor is een observatielijst (38E) Vervolgens zou ik zelf nader onderzoek doen: preciezer de woordvinding in kaart brengen (woordvindingsprobl. of te weinig gevulde of te weinig diepe woordenschat/woordkennis?)nauwkeurig het auditief geheugen en fonol. geheugen in kaart brengen (Nonwoordrepet.taak); ik zou de auditieve vaardigheden met oog op aanvank. lezen in kaart brengen en een sample maken met oog op de zinsbouw > te simpel (en soms fout door woordvinding) of afwijkend met kenmerken van SLI? (40X) *Zelf nader onderzoek doen naar de auditieve vaardigheden en de pragmatiek (communicatieve functies, conversatievaardigheden en verhaalopbouw)(41E)
Vervolg5	Logopedisch onderzoek/observatie: overig	*Ik zou een spontane taalanalyse maken, zodat ik weet welke morfosyntactische structuren nog niet worden beheerst (1A) *Ik zou graag willen weten of het kind autistisch is -> doorverwijzing huisarts voor psychologisch onderzoek. Eventueel onderzoek met de CCC-2. (3A) *Observatie in de klas om te observeren hoe zij zich redt in de klas. Vraagt ze hier wel om verduidelijking? In hoeverre lijkt zij in de klas problemen te ervaren als gevolg van de taalontwikkelingsstoornis? (6A) *Spontaan taalsample uitwerken (7X) *Taaldenkrelaties onderzoeken en die evt. in de behandeling betrekken. Ook ouders daarover adviseren (7X) *Hoe afwijkend zijn de TBQ, ZQ en WQ scores eigenlijk? (8E) DGM volgens Blank, vertelvaardigheid (bijv. Busverhaal of Frogstory)(8E) *Duidelijker beeld morfologie krijgen: TAK Woordvorming (10A) Checken of S. kleuren (makkelijk) geautomatiseerd heeft (10A) *Onderzoek: TAK klankarticulatie, TAK, Tak zinsbegrip, TvK zinsbouw keuze, Peabody , STAP, TAK woordvorming, TAK zinsvorming, TAK verteltaak, Mondmotoriek, CELF (11A) *Onderzoek: Peabody (12E) Observatie: communicatie in de gaten blijven houden (omdat ze voorheen in ‘eigen wereldje’ zat, en omdat ze graag alleen lijkt te spelen), leervorderingen in de gaten blijven houden, zelf spelletjes met haar doen en observeren of ze alleen geen geduld heeft, of dat er iets anders meespeelt (concentratie, wachten op je beurt, communicatieve redzaamheid) (12E) *Een taalsample maken om het zinsbouwproductieniveau beter in kaart te brengen en hiermee de juiste morfosyntactische doelen op te kunnen stellen (15E) *De vragenlijst van Van den Dungen over de communicatieve functies door de leerkracht in laten vullen (15E) *Onderzoek: woordvinding (Renfrew)(17E) *Ik zou S. verder onderzoeken op het gebied van woordontwikkeling: wat mist ze, wat gaat nog niet goed (18A) *PPVT afnemen (correleert hoog met cognitie) , gezien de resultaten van de TAK verwacht ik geen hoge score (20X) *Leerkracht vragen Toetspakket voor Beginnende geletterdheid af te nemen (of vergelijkbare toetsen die het fonemisch bewustzijn in kaart brengen), waarmee ook een beeld ontstaat van de auditieve vaardigheden. Ook auditief geheugen in kaart brengen (20X) *Taalsample maken van een spelmoment met concreet materiaal om a. in te schatten wat de aard van het zoeken naar woorden is (zijn er echt woordvindingproblemen, of zoekt ze naar woorden die ze nog niet in haar woordenschat heeft) b. concrete doelen te kunnen stellen voor de morfo-syntactische ontwikkeling. Dit kan ook inzicht geven of er mogelijk kenmerken van

		SLI aanwezig zijn (o.a. weglaten van verplichte zinsdelen) (20X) * Spontane taalanalyse, zoals STAP (4;00 – 8;00) of een gewoon taalsample opnemen en analyseren op zinsbouw en woordenschat en evt. spraak, woordomschrijving TAK, TAK Tekstbegrip, Reynell en Schlichting: na half jaar hertest ter vergelijking met eerdere scores,CC Checklist: zijn er bijkomende problemen? Deze zal met een tolk met moeder moeten worden ingevuld. (Voorwaarde: hij moet hier wel zinnen voor kunnen maken), Verteltaak TAK, Klankonderscheiding (25A) *Eventueel de CCC2 afnemen om te kijken of er nog meer aan de hand is (27A) *Kernscore van de CELF afnemen + evt. vervolgtesten daarop (29E) *Onderzoeken op woordvindingsproblemen? Vanwege het gebruiken van woorden die semantisch of fonologisch verwant zijn. En het regelmatig echt zoeken naar woorden en slechter vertellen bij verhalen buiten het hier en nu (30A) *Ik zou zelf nog afnemen: Nijmeegse Pragmatietest en eventueel auditieve onderdelen van de TAK en de Schlichting Taalproductie II . Verder zou ik nog extra kijken naar de concentratie, werk- en luisterhouding (SI-problemen?) en de motoriek op dit moment (35E) Vragen naar afwijkende mondgewoonten (speengebruik? Habituele mondademing?)(36X) *Eigen indruk van S. krijgen door observatie in de kring wat betreft communicatieve vaardigheden, auditieve vaardigheden en luistergerichtheid, observatie tijdens spelsituaties wat betreft zinsontwikkeling, taalgebruik, interactie met andere kinderen. Aanvullend: vragenlijst Taal-denkprocessen om beeld te krijgen van taal-denkrelaties/ van leerkracht zou ik vragen om op papier te zetten hoe het is met rijmen, letterkennis, auditieve analyse/ synthese. Hiervoor is een observatielijst (38E) Vervolgens zou ik zelf nader onderzoek doen: preciezer de woordvinding in kaart brengen (woordvindingsprobl. of te weinig gevulde of te weinig diepe woordenschat/woordkennis?) nauwkeurig het auditief geheugen en fonol. geheugen in kaart brengen (Nonwoordrepet.taak); ik zou de auditieve vaardigheden met oog op aanvank. lezen in kaart brengen en een sample maken met oog op de zinsbouw > te simpel (en soms fout door woordvinding) of afwijkend met kenmerken van SLI? (40X) *Zelf nader onderzoek doen naar de auditieve vaardigheden en de pragmatiek (communicatieve functies, conversatievaardigheden en verhaalopbouw)(41E)
Vervolg6	Omgeving (ouders/leerkracht: advies of samenwerken met)	Taaldenkrelaties onderzoeken en die evt. in de behandeling betrekken. Ook ouders daarover adviseren (7X) In overleg met school de beginnende geletterdheid goed volgen en stimuleren (7X) Overleggen met de leerkracht om ondersteuning op school te realiseren, zodat S. op haar eigen niveau onderwijs kan volgen (7X) Ouders en leerkracht adviseren om de participatie van S. binnen en buiten het gezin en in de klas te vergroten (7X) Meer navraag doen bij de leerkracht; zijn er naast het gedrag van S. in de klas, nog andere talige dingen die de leerkracht opvalt? (11A) In contact blijven met ouders, en blijven checken hoe de communicatie thuis gaat (of zussen niet meer voor haar praten) (12E) Goed contact met de leerkracht van Saar houden om de ontwikkeling in de klas in de gaten te houden (15E) Samenwerking met ouders en leerkracht is een must (17E) *Leesontwikkeling extra stimuleren (22E) *Gesprek ouders voor meer info spraaktaalontwikkeling en communicatie thuis, evt. huisbezoek of ouder(s) regelmatig bij de behandeling aanwezig (22E) *Overleg leerkracht, met name over participatie in de klas, mogelijk ook afspraak maken om S. in de klas te observeren (26E) *Ouderbegeleiding op het gebied van structurering thuis evt. (29E) *Ik zou vader er ook een keer bij de sessie willen hebben. Na alle onderzoeken zou ik de ouders informeren over de uitkomst en het behandelplan en ik zou hen adviezen geven over het stimuleren van de taalontwikkeling. Daarnaast zou ik met school afstemmen welke doelen binnen het onderwijs passen. Woordenschat stimuleren zou bijvoorbeeld op school kunnen gebeuren i.s.m. de ouders (37E)

		Ouders (na ongeveer 3 weken) uitnodigen voor een gesprek waarin informatie wordt ingewonnen over situatie thuis en informatie wordt gegeven over logopedie op school. Verder zullen er adviezen gegeven worden m.b.t. de taalontwikkeling. Wat ervoor adviezen gegeven worden, hangt af van wat ouders thuis al doen (38E) Na een half jaar is er een planbespreking waar S. besproken wordt (38E) *Instructie van de oudere zussen om niet meer voor Saartje te antwoorden (41E)
--	--	--

Bijlage 23: Het tweede en derde behandeldoel geformuleerd bij casus Saartje

			deelnemers			Totaal
			aanstaand	ervaren	expert	
2e doel gegeven	woordenschat	n	1	9	0	10
		%	7,7%	56,3%	,0%	27,8%
	luisterhouding en concentratie	n	1	0	1	2
		%	7,7%	,0%	14,3%	5,6%
	communicatieve functies	n	2	4	2	8
		%	15,4%	25,0%	28,6%	22,2%
	morfosyntaxis	n	2	1	1	4
		%	15,4%	6,3%	14,3%	11,1%
	taalbegrip	n	0	2	0	2
		%	,0%	12,5%	,0%	5,6%
	fonologie	n	4	0	1	5
		%	30,8%	,0%	14,3%	13,9%
	conversatie en vertelvaardigheden	n	3	0	0	3
		%	23,1%	,0%	,0%	8,3%
	woordvinding	n	0	0	2	2
		%	,0%	,0%	28,6%	5,6%
Totaal		n	13	16	7	36
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

			deelnemers			Totaal
			aanstaand	ervaren	expert	
3e doel gegeven	woordenschat	n	1	2	0	3
		%	7,7%	12,5%	,0%	8,3%
	luisterhouding en concentratie	n	0	1	2	3
		%	,0%	6,3%	28,6%	8,3%
	communicatieve functies	n	3	3	0	6
		%	23,1%	18,8%	,0%	16,7%
	morfosyntaxis	n	1	4	0	5
		%	7,7%	25,0%	,0%	13,9%
	fonologie	n	5	2	1	8
		%	38,5%	12,5%	14,3%	22,2%
	conversatie en vertelvaardigheden	n	3	3	2	8
		%	23,1%	18,8%	28,6%	22,2%
	instructie omgeving	n	0	0	2	2
		%	,0%	,0%	28,6%	5,6%
	woordvinding	n	0	1	0	1
		%	,0%	6,3%	,0%	2,8%
Totaal	n	13	16	7	36	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Bijlage 24: Berekening overeenstemming met expert-mening, ruwe data

nr	groep	groep	diag_ernst	rec_exp	taalinhoud	actpart1	actpart2	instand1	instand2	pos1	domein1	doel1	vervolg2
1	aanstaand	instromer	3	3	1	1	1	1	0	1	1	1	0
2	ervaren	overig	1	3	1	0	1	1	0	1	1	10	0
3	aanstaand	instromer	4	3	1	1	1	0	1	0	1	1	0
4	aanstaand	regulier	3	3	1	0	1	1	1	1	1	1	0
5	ervaren	cursist	3	3	0	1	1	0	0	1	1	2	0
6	aanstaand	regulier	3	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1
8	ervaren	overig	1	3	0	1	1	1	1	1	0	8	1
9	aanstaand	instromer	3	3	1	0	0	0	1	0	0	2	0
10	aanstaand	regulier	3	3	1	1	1	0	1	1	1	1	0
11	aanstaand	instromer	3	3	1	1	1	0	1	0	1	1	1
12	ervaren	cursist	1	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1
14	ervaren	cursist	3	3	0	0	0	1	0	0	0	2	1
15	ervaren	cursist	3	3	1	1	0	1	1	0	1	1	0
16	ervaren	cursist	3	3	1	0	0	0	0	0	1	1	1
17	ervaren	cursist	3	3	1	1	1	0	1	1	1	5	1
18	aanstaand	instromer	3	3	1	0	0	1	0	1	1	1	0
19	ervaren	cursist	3	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1
22	ervaren	overig	2	3	1	1	1	1	0	0	1	1	1
23	ervaren	overig	3	3	1	1	0	0	1	1	1	1	1
25	aanstaand	instromer	2	3	1	1	0	0	0	1	1	2	0
26	ervaren	overig	3	3	1	1	1	1	0	1	1	3	1
27	aanstaand	instromer	3	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
29	ervaren	overig	1	3	0	1	0	0	1	1	1	2	0
30	aanstaand	Instromer	3	3	1	1	1	0	1	1	1	1	0
31	aanstaand	Instromer	4	3	1	1	1	0	1	1	1	1	0
33	aanstaand	instromer	4	3	1	1	1	1	0	1	0	3	0
35	ervaren	overig	2	3	1	1	1	0	1	1	1	2	0
37	ervaren	overig	3	3	0	1	1	0	0	1	Miss.	Miss.	0
38	ervaren	overig	3	3	0	1	0	1	1	1	Miss.	Miss.	0
39	ervaren	overig	1	0	0	1	0	1	0	1	1	8	0
41	ervaren	overig	4	3	1	0	1	1	0	1	1	3	0

Bijlage 24: Berekening overeenstemming met expert-mening, score per variabele

nr	groep	groep	diag_ernst	rec_exp	inhoud	actpart1	actpart2	instand1	instand2	pos1	domein1	doel1	vervolg2
1	aanstaand	instromer	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	0
2	ervaren	overig	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	0
3	aanstaand	instromer	0	1	1	1	1	0	1	0	2	1	0
4	aanstaand	regulier	1	1	1	0	1	1	1	1	2	1	0
5	ervaren	cursist	1	1	miss.	1	1	0	0	1	2	0	0
6	aanstaand	regulier	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	2
8	ervaren	overig	0	1	miss.	1	1	1	1	1	0	0	2
9	aanstaand	instromer	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
10	aanstaand	regulier	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0
11	aanstaand	instromer	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	2
12	ervaren	cursist	0	1	1	1	1	1	1	0	2	1	2
14	ervaren	cursist	1	1	miss.	0	0	1	0	0	0	0	2
15	ervaren	cursist	1	1	1	1	0	1	1	0	2	1	0
16	ervaren	cursist	1	1	1	0	0	0	0	0	2	1	2
17	ervaren	cursist	1	1	1	1	1	0	1	1	2	0	2
18	aanstaand	instromer	1	1	1	0	0	1	0	1	2	1	0
19	ervaren	cursist	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	2
22	ervaren	overig	0	1	1	1	1	1	0	0	2	1	2
23	ervaren	overig	1	1	1	1	0	0	1	1	2	1	2
25	aanstaand	instromer	0	1	1	1	0	0	0	1	2	0	0
26	ervaren	overig	1	1	1	1	1	1	0	1	2	0	2
27	aanstaand	instromer	1	miss.	1	1	0	1	1	0	2	1	0
29	ervaren	overig	0	1	miss.	1	0	0	1	1	2	0	0
30	aanstaand	instromer	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0
31	aanstaand	instromer	0	1	1	1	1	0	1	1	2	1	0
33	aanstaand	instromer	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0
35	ervaren	overig	0	1	1	1	1	0	1	1	2	0	0
37	ervaren	overig	1	1	miss.	1	1	0	0	1	miss.	miss.	0
38	ervaren	overig	1	1	miss.	1	0	1	1	1	miss.	miss.	0
39	ervaren	overig	0	miss.	miss.	1	0	1	0	1	2	0	0
41	ervaren	overig	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	0

Bijlage 24: Berekening overeenstemming met expert-mening, score omgezet in oordeel: goed (g), voldoende (v), weinig (z) overeenstemming

nr	groep	groep	Diagnose (D) score	Diagnose (D) oordeel	Behandeling score	Behandeling oordeel	Diagnose miss.* score	Diagnose miss.* oordeel
1	aanstaand	instromer	7	g	3	v		
2	ervaren	overig	5	v	2	z		
3	aanstaand	instromer	5	v	3	v		
4	aanstaand	regulier	7	g	3	v		
5	ervaren	cursist	miss.		2	z	5	v
6	aanstaand	regulier	7	g	5	g		
8	ervaren	overig	miss.		2	z	6	g
9	aanstaand	instromer	4	v	0	z		
10	aanstaand	regulier	7	g	3	v		
11	aanstaand	instromer	6	g	5	g		
12	ervaren	cursist	6	g	5	g		
14	ervaren	cursist	miss.		2	z	3	z
15	ervaren	cursist	6	g	3	v		
16	ervaren	cursist	3	z	5	g		
17	ervaren	cursist	7	g	4	g		
18	aanstaand	instromer	5	v	3	v		
19	ervaren	cursist	7	g	5	g		
22	ervaren	overig	5	v	5	g		
23	ervaren	overig	6	g	5	g		
25	aanstaand	instromer	4	v	2	z		
26	ervaren	overig	7	g	4	g		
27	aanstaand	instromer	miss.		3	v	5	v
29	ervaren	overig	miss.		2	z	4	v
30	aanstaand	Instromer	7	g	3	v		
31	aanstaand	Instromer	6	g	3	v		
33	aanstaand	instromer	6	g	0	z		
35	ervaren	overig	6	g	2	z		
37	ervaren	overig	miss.		miss.		5	v
38	ervaren	overig	miss.		miss.		6	g
39	ervaren	overig	miss.		2	z		
41	ervaren	overig	5	v	2	z		

*berekenen van score en bepalen van oordeel voor personen met 1 missende waarde voor diagnostiek

Bijlage 24: Frequentieverdeling van overeenstemming met de expert-mening voor aanstaande logopedisten en ervaren logopedisten (totaal, cursist en overig).

	diagnose		behandeling	
	n	%	n	%
goed	8	0,62	2	0,15
voldoende	5	0,38	8	0,62
weinig	0		3	0,23
missend	0		0	
	13		13	

	diagnose		behandeling	
	n	%	n	%
goed	9	0,53	7	0,44
voldoende	6	0,35	1	0,06
weinig	2	0,12	8	0,50
missend	1		2	
	17		16	

	diagnose		behandeling	
	n	%	n	%
goed	4	0,57	4	0,57
voldoende	1	0,14	1	0,14
weinig	2	0,29	2	0,29
missend	0		0	
	7		7	

	diagnose		behandeling	
	n	%	n	%
goed	5	0,5	3	0,33
voldoende	5	0,5	0	-
weinig	0	0	6	0,67
missend	1		2	
	10		9	