

Vroegbehandeling voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden: doeltreffend of niet?

TONNY BRANDS, HARRY KNOORS EN GEERTJE AARTS

Foto: Viataal



Veel jonge kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden krijgen intensieve therapie in de vorm van vroegbehandeling. In het kader van evidence based werken wordt steeds vaker gevraagd naar het effect van deze vorm van behandeling op de ontwikkeling van de betrokken kinderen. Binnen Viataal Centrum voor Gezinsbegeleiding zijn met het oog hierop de afgelopen vijf jaar data verzameld over de taalontwikkeling van de behandelde kinderen en over de betrokkenheid en tevredenheid van hun ouders.



Als een kind vroeg in het leven blijkt geeft van een vertraagde taalverwerving, is er vaak sprake is van ernstige spraak- en taalmoeilijkheden. Behandeling is dan geïndiceerd.

Over het algemeen worden kinderen in eerste instantie verwezen naar de logopedist voor individuele therapie. Soms maken kinderen met alleen logopedische behandeling te weinig vorderingen in hun taalontwikkeling. Dan kan vroegbehandeling geïndiceerd zijn. Vroegbehandeling is een veel intensievere vorm van therapie. Vroegbehandeling bestaat meestal uit drie componenten. Directe logopedische behandeling van de taalproblemen van het kind wordt gecombineerd met intensieve interactie in kleine groepjes peuters en kleuters, aangevuld met intensieve coaching van de ouders voor taalaanbod en interactiestijl.

Het doel van vroegbehandeling is om ervoor te zorgen dat achterstanden in de taalontwikkeling zoveel mogelijk worden ingelopen. Vroegbehandeling is bedoeld voor kinderen jonger dan 5 jaar. Soms is het na vroegbehandeling niet nodig om kinderen door te verwijzen naar het speciaal onderwijs. Vaak echter blijft de achterstand in taalvaardigheid te groot om zonder speciale maatregelen het regulier basisonderwijs te kunnen volgen. Uit uitgebreid multidisciplinair diagnostisch onderzoek kan dan blijken dat een kind geïndiceerd is voor het speciaal onderwijs in cluster 2. Plaatsing op een van de scholen voor kinderen met auditieve en communicatieve problemen kan dan volgen of ouders kunnen kiezen voor ambulante begeleiding in het reguliere basisonderwijs.

IN TOENEMENDE MATE WORDT GEVRAAGD NAAR HET EFFECT VAN INTERVENTIES ZOALS VROEGBEHANDELING

Evidence Based Werken

In toenemende mate wordt gevraagd naar het effect van interventies zoals vroegbehandeling. Deze vraag wordt zowel gesteld door ouders van jonge kinderen als door de financiers van deze interventies, de zorgverzekeraars.

Men vraagt om onderbouwing van specifieke programma's in termen van de tevredenheid van de betrokken kinderen en hun ouders en in termen van het beoogde en het gerealiseerde effect op de ontwikkeling van kinderen. Men vraagt daarbij om een wijze van werken waarbij gebruik wordt gemaakt van doeltreffende methodieken. Een dergelijke wijze van werken wordt 'evidence based' genoemd. Men kan op twee verschillende manieren het behandelen van kinderen met ernstige taalmoeilijkheden onderbouwen. Beide manieren vullen elkaar aan.

Eenzijds kan men gebruik maken van methodieken waarvan in eerder wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld dat ze doeltreffend dan wel effectief zijn. Van verschillende methodieken heeft men het effect proberen weer te geven in systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek. De mate van onderbouwing wordt dan in een aantal oplopende categorieën weergegeven. Veerman en Van Yperen hebben onlangs voorgesteld hierbij de volgende indeling (van relatief zwakke naar sterke onderbouwing) te hanteren: veelbelovende methodieken, theoretisch goed onderbouwde methodieken, doeltreffende methodieken en tot slot effectieve methodieken. Deze laatste kwalificatie wordt uitgereikt indien het effect van methodieken via gecontroleerde experimenten is aangetoond. In deze experimenten worden de kinderen at random toegewezen aan een experimentele of een controlegroep. Sommige kinderen worden dus wel behandeld, anderen niet, het toeval beslist. Dit laatste is in de praktijk van zorg en onderwijs vaak erg moeilijk haalbaar (Veenman & Van Yperen, 2007). Een andere manier om tot onderbouwing te komen is om systematisch de effecten van interventies op ontwikkelingsaspecten van het kind te meten. Indien er geen gebruik wordt gemaakt van een controlegroep kan men op deze wijze niet het effect van de methodiek, maar wel de doeltreffendheid van de behandeling bij de onderzochte groep kinderen vaststellen.

Het effect van taaltherapie

Het effect van taaltherapie bij kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden is nog niet zo vaak onderzocht. Law, Garrett en Nye hebben in 2004 een meta-analyse gepubliceerd, gebaseerd op 13 studies naar het effect van behandelingen. In al deze studies was sprake van een experimentele groep en een controlegroep. De deelnemende kinderen aan deze onderzoeken waren at random aan de experimentele of controlegroep toegewezen. Het ging in alle gevallen om kinderen met primaire spraak- en taalproblemen. De onderzochte interventies hadden tot doel om de expressieve en de receptieve fonologie, de zinsbouw of de woordenschat te verbeteren. De algemene conclusie van deze meta-analyse is dat interventie in algemene zin effect heeft. Als kinderen niet behandeld worden, blijven de spraak- en taalproblemen veelal bestaan. Behandeling blijkt vooral effect te hebben bij kinderen met fonologische problemen of bij kinderen met een relatief geringe actieve woordenschat. Of behandeling van zinsbouwproblemen effect heeft, is vooralsnog onduidelijk. Taalbegripsproblemen blijken veel minder goed effectief te behandelen dan taalproductieproblemen. Tot slot merken Law, Garrett en Nye op dat behandelingen minimaal 8 weken zouden moeten duren willen ze effect hebben. Glogowska, Roulstone, Enderby en Peters (2004) hebben het effect van logopedie bij peuters met een traag op gang

komende taalontwikkeling onderzocht. Het onderzoek is uitgevoerd in Engeland. 159 Peuters deden mee. Alle kinderen hadden spraak- en taalproblemen. Ze werden at random verdeeld over een experimentele groep en over een groep die een aantal maanden moest wachten op behandeling. De taalvaardigheid werd gemeten op het moment dat de experimentele groep begon aan de behandeling en 6 en 12 maanden later. De onderzoekers vonden geen aanwijzingen dat logopedie meer effect had dan wachten. Vrijwel alle kinderen bleken na een jaar nog steeds in ernstige mate spraak- en taalproblemen te hebben, ook als ze logopedie gevolgd hadden. Het belangrijkste kritiekpunt op dit onderzoek is overigens dat de frequentie van de logopedische behandeling erg laag was. De behandelde kinderen kregen slechts gemiddeld 1 keer per maand een behandeling. De totale gemiddelde behandelduur bedroeg slechts 6 uur gedurende 6 maanden.

In Nederland hebben Knijff en Goorhuis-Brouwer in 2001 een onderzoek gepubliceerd naar de behandeling van kinderen met taalproblemen. De totale groep bestond uit 31 kinderen, in leeftijd variërend van 1,5 tot 5,4 jaar. De groep werd verdeeld in een groep kinderen met specifieke taalproblemen en een groep kinderen met taalproblemen als gevolg van een algehele ontwikkelingsachterstand. De eerste groep kinderen kreeg logopedie of bezocht een school voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden, de tweede groep kinderen kreeg algehele ontwikkelingsstimulatie en bezocht het speciaal onderwijs of een medisch kleuterdagverblijf. De kinderen met specifieke spraak- en taalproblemen bleken op het gebied van taalproductie sneller vooruit te gaan dan kinderen met niet specifieke spraak- en taalproblemen.

Knijff (2003) toonde in haar proefschrift aan dat van jonge kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden die door een multidisciplinair samengesteld team gediagnosticeerd waren na logopedische therapie (die in duur van 1,6 tot 1,11 jaar varieerde) 42% in taalvaardigheid vooruitging. Bij kinderen die uitsluitend door een logopedist gediagnosticeerd waren lag dit percentage op 27%. Knijff concludeert dat slechts een relatief beperkt aantal kinderen met taalstoornissen in staat is om van taaltherapie te profiteren. Anders gezegd, in veel gevallen blijken ernstige spraak- en taalmoeilijkheden een persistent karakter te hebben. Ook Goorhuis-Bouwer (2005) komt tot deze conclusie. Op basis van literatuuronderzoek meldt zij dat behandeling slechts bij 30-40% van alle kinderen met spraak- en taalproblemen leidt tot een significante verbetering van de taalvaardigheid. Zijn de kinderen ouder dan 6 jaar, dan zijn de spraak- en taalproblemen vrijwel altijd blijvend. Volgens Goorhuis-Brouwer is het dus van groot belang om spraak- en taalproblemen vroegtijdig te diagnosticeren, zodat er snel gestart kan worden met behandelingen. De therapie zou intensief moeten zijn en niet langer dan 1 jaar moeten

VROEGBEHANDELING BIJ SPRAAKTAALMOEILIKHEDEN

duren. Indien therapie geen effect sorteert, kunnen kinderen beter doorstromen naar aangepaste vormen van onderwijs.

De vroegbehandeling van Viataal

Het werken met goed onderbouwde methodieken en het evalueren van interventies in zorg en onderwijs vormen een essentieel onderdeel van de handelingsvisie binnen Viataal. Vroegbehandeling voor jonge kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden wordt binnen Viataal op een achttal locaties verzorgd. Een van die locaties is het Centrum voor Gezinsbegeleiding in Sint-Michielsgestel. Van oudsher is dit centrum gespecialiseerd in de begeleiding van gezinnen met een ernstig slechthorend, een doof of een meervoudig beperkt doof kind. In 2001 werd gestart met het verzorgen van vroegbehandeling voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden.

Onderzoek met gegevens uit de database

Om de doeltreffendheid van deze vroegbehandeling te kunnen meten werd een systematiek opgezet, waarin op afgesproken tijdstippen de taalontwikkeling van kinderen in vroegbehandeling gemeten werd. De resultaten van de taalonderzoeken werden vanaf het begin in een database verzameld. In 2006, vijf jaar na de start van vroegbehandeling binnen het Centrum voor Gezinsbegeleiding, werden de data uit deze database geanalyseerd en werden aanvullende data verzameld over de tevredenheid en betrokkenheid van ouders.

In de database zijn de gegevens opgenomen van alle 83 kinderen die sinds de start in behandeling zijn geweest. Deze gegevens geven niet alleen meer zicht op de kenmerken van de kinderen van Vroegbehandeling, maar ook op de vooruitgang in taalvaardigheid van de kinderen, de invloed van verschillende kind-, omgevings- en programmakenmerken en op de ervaringen van ouders met vroegbehandeling. Tabel 1 geeft een overzicht van kind-, omgevings- en programmakenmerken die in de database zijn opgenomen. Verder zijn in de database de gegevens van de Reynell Test voor Taalbegrip, de Schlichting Test voor Woordontwikkeling en de Schlichting Test voor Zinsontwikkeling opgenomen. Van deze tests zijn gegevens op meerdere meetmomenten beschikbaar.

Kenmerken van kinderen in vroegbehandeling

Kinderen in vroegbehandeling hebben met elkaar gemeen dat er bij hen sprake is van een ernstige achterstand in de ontwikkeling van spraak en taal. Analyse van de gegevens van de database van vroegbehandeling biedt de mogelijkheid om ook over andere kenmerken van deze groep kinderen een beter beeld te krijgen.

Tabel 1 Overzicht van verzamelde kindkenmerken, omgevingskenmerken en programmakenmerken.

<i>Kind- kenmerken</i>	<i>Omgevings- kenmerken</i>	<i>Programma- kenmerken</i>
Geslacht	Opleidingsniveau van de ouders	Duur van de behandeling
Leeftijd	Thuis taal	Frequentie van de behandeling
Gehoerverlies	Betrokkenheid van de ouders	
Intelligentie		
ADHD		
ASS		
Geboortegewicht		
Specifieke spraak- en taalproblemen		

Uit de analyse blijkt dat de groep in de database voor 71% uit jongens en 29% uit meisjes bestaat, een verhouding van ongeveer 3:1. Dit komt overeen met gegevens uit de literatuur (Knijff en Goorhuis-Brouwer, 2001).

De gemiddelde leeftijd bij start van de behandeling bedraagt 3,4 jaar en bij het verlaten van vroegbehandeling zijn de kinderen gemiddeld 4,3 jaar. Vroegbehandeling start dus relatief laat. De gemiddelde behandelduur bedraagt 10 maanden. Het merendeel van de kinderen (60 van de 83) komt vier dagen per week naar Vroegbehandeling. Daarnaast komt een aantal kinderen 2 of 3 dagen. Een klein aantal kinderen heeft in verschillende periodes een verschillend aantal dagen per week vroegbehandeling gekregen. Van de totale groep van 83 kinderen heeft 84% een normaal gehoor, 16% is slechthorend.

VROEGBEHANDELING

START RELATIEF LAAT

Zeventien procent van de kinderen is van allochtone afkomst en zestien procent van alle kinderen is meertalig.

Er bevinden zich opvallend veel kinderen met een laag geboortegewicht in de groep. Van 64% van alle 83 kinderen was het geboortegewicht bekend, 23% van deze kinderen had een laag geboortegewicht. In Nederland heeft 5,2% van alle levendgeborenen een laag geboortegewicht (CBS, 2006). Volgens onderzoek van Aram, Hack, Hawkins, Weissman en Borawski-Clark (1991) hebben kinderen met een laag geboortegewicht vaker spraaktaalproblemen dan kinderen met een normaal geboortegewicht. Deze spraaktaalproblemen worden veroorzaakt door algemene ontwikkelingsproblemen.

Dit zien we gedeeltelijk terug in de intelligentiescores van de kinderen. Deze scores (non-verbaal IQ gemeten met de

Tabel 2 Aantal kinderen met scores op meetmoment 2 en 3 en aantal kinderen met scores op drie meetmomenten per test.

Meetmoment	1,2 en 3 n	2 en 3 n
Reynell Test voor Taalbegrip	28	35
Schlichting Test voor Taalproductie: Zinsontwikkeling	16	34
Schlichting Test voor Taalproductie: Woordontwikkeling	13	34

SON-R 2½-7) zijn zeer ongelijk verdeeld. Er bevinden zich opvallend veel kinderen met een lage intelligentie in de populatie. Zevenendertig procent heeft een IQ lager dan 85, terwijl op basis van de normale verdeling verwacht mag worden dat slechts 16% een IQ onder de 85 heeft. Zesenvijftig procent van de kinderen heeft een gemiddelde

intelligentiescore tussen de 86 en 115. 7% van alle kinderen had een bovengemiddelde intelligentie.

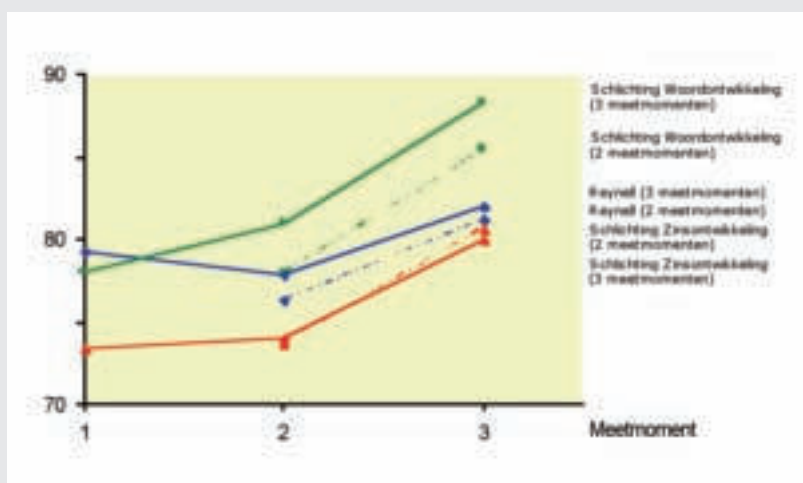
Het opleidingsniveau van de ouders komt in grote lijnen overeen met de landelijke gemiddelden (Traag, 2005) wat betreft de hoogopgeleide ouders. In de populatie blijken iets meer kinderen laagopgeleide ouders te hebben en zijn er iets minder kinderen met ouders met een gemiddeld opleidingsniveau.

Bij één kind had naast de ernstige spraaktaalproblemen ook een vermoeden van ADHD (de diagnose kan pas na het zesde levensjaar gesteld worden). Bij 22% van de kinderen was een autisme spectrum stoornis vastgesteld of bestond hierover een ernstig vermoeden. Dit laatste is erg hoog als het vergeleken wordt met de prevalentie van autisme spectrum stoornissen in de algemene bevolking die minder dan 1% bedraagt (Aldenkamp, Renier en Smit, 2001).

De gegevens van het onderzoek tonen een grote diversiteit aan kinderen en bijkomende problematieken in de vroegbehandeling binnen het Centrum voor Gezinsbegeleiding. Volgens de definitie van Schaerlaekens en Goorhuis-Brouwer (2000) is er sprake van een specifieke taalstoornis als er geen sprake is van een benedengemiddelde intelligentie, een gehoorstoornis, een afwijking in de spraakorganen, een duidelijk aanwijsbare neurologische afwijking, een contactstoornis of extreme deprivatie. Uitgaande van de uit de database bekende uitsluitende criteria heeft maximaal 46% van de kinderen een specifiek spraaktaalprobleem. De grote diversiteit aan kinderen wordt ook zichtbaar in de verschillende vormen van onderwijs en zorg die deze kinderen bezoeken na vroegbehandeling.

Het merendeel, namelijk 53% ging na vroegbehandeling naar onderwijs voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden, 28% naar het regulier basisonderwijs (hiervan kreeg ongeveer een derde ambulante begeleiding) of naar een reguliere peuterspeelzaal en 6% procent naar het speciaal basisonderwijs. De overige kinderen gingen naar ZMLK-onderwijs, Medisch Kinderdagverblijf (MKD), Kinderdagcentrum (KDC) of onderwijs voor langdurig zieke kinderen (LZK).

DE ACHTERSTAND IN TAAVAARDIGHEID TEN OPZICHTE VAN LEEFTIJDGENOTEN IS KLEINER GEWORDEN EN DE KINDEREN ZIJN MEER VOORUIT GEGAAN DAN OP BASIS VAN RIJPING VERWACHT MAG WORDEN



Figuur 1 Gemiddelde scores op de Reynell Test voor Taalbegrip en de Schlichting Test voor Taalproductie (zinsontwikkeling en woordontwikkeling) op drie meetmomenten en twee meetmomenten.

Effecten van de behandeling op de taalontwikkeling

Opzet van het onderzoek naar de taalontwikkeling

Van de kinderen zijn testgegevens op maximaal drie meetmomenten beschikbaar: een meting vóór de start van vroegbehandeling, een eerste meting in vroegbehandeling (ongeveer drie maanden na de start) en een tweede meting in vroegbehandeling (ongeveer negen maanden na start). Niet alle kinderen blijven echter even lang in vroegbehandeling, hetgeen tot gevolg heeft dat niet van alle kinderen een gelijk aantal gegevens over de spraak- en taalontwikkeling kon worden verzameld. Van een aantal kinderen ont-

VROEGBEHANDELING BIJ SPRAAKTAALMOEILIKHEDEN

breken derhalve gegevens van de voormeting, de meting voorafgaand aan de behandeling. In de analyse van de gegevens is gebruik gemaakt van verschillend samengestelde groepen om tussen de verschillende meetmomenten te kunnen vergelijken (zie tabel 2).

De vooruitgang van de kinderen werd gemeten met behulp van de Reynell Test voor Taalbegrip en de Schlichting Test voor Taalproductie (zinsontwikkeling en woordontwikkeling). Alleen de gegevens van de kinderen die op minimaal één van de tests scores op drie meetmomenten hebben en van de kinderen die op minimaal één van de tests scores hebben op meetmoment twee en drie zijn betrokken in het effectonderzoek.

Effect op het taalbegrip en de taalproductie

De vraag of er vooruitgang is in taalvaardigheid bij kinderen tijdens vroegbehandeling kan positief beantwoord worden als gekeken wordt naar de gevonden quotiënten op genoemde tests. Zowel op het gebied van het taalbegrip als op het gebied van de taalproductie gaan de kinderen voor-

uit tijdens de periode waarin behandeld werd. De kinderen waarvan gegevens op drie meetmomenten beschikbaar zijn gaan qua taalbegrip tussen meetmoment twee en drie gemiddeld vier punten vooruit, qua zinsproductie gemiddeld zes punten en qua woordproductie gemiddeld zeven punten (zie figuur 1).

Voor de kinderen waarvan twee meetmomenten beschikbaar zijn, worden vergelijkbare resultaten gevonden, namelijk gemiddeld vier punten vooruitgang op taalbegrip, zeven punten op zinsproductie en eveneens zeven punten op woordproductie. Omdat de waarden in de database quotiënten zijn, betekent een vooruitgang dat de achterstand ten opzichte van leeftijdgenoten kleiner geworden is en dat de kinderen meer vooruit zijn gegaan dan op basis van rijping verwacht mag worden.

Invloed van leeftijd, intelligentie en specifieke/niet-specifieke spraaktaalproblemen

In het onderzoek is ook gekeken naar de invloed van verschillende kind-, omgevings- en programmakenmerken.



Foto: Viataal

Omdat de aantallen in de database beperkt zijn kon geen statistische analyse uitgevoerd worden ten aanzien van de invloed van het gehoorverlies, de thuistaal, het opleidingsniveau van de ouders, het geboortegewicht en de frequentie van de behandeling op de vooruitgang.

Er zijn wel interactie-effecten gevonden voor leeftijd, intelligentie en specifieke/niet-specifieke spraaktaalproblemen. Wat betreft de leeftijd kan gezegd worden dat er een trend zichtbaar is, namelijk dat jongere kinderen (tussen 22 en 38 maanden) meer vooruitgaan in taalbegrip dan oudere kinderen. Voor zins- en woordproductie werd dit niet gevonden. Zoals eerder aangegeven bevinden zich opvallend veel kinderen met een ondergemiddelde intelligentie in de populatie. Deze kinderen gaan niet vooruit op taalbegrip, terwijl de kinderen met gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie wel vooruit gaan. Op het gebied van de zins- en woordproductie is er geen verschil in vooruitgang tussen kinderen met een benedengemiddelde en gemiddelde en bovengemiddelde intelligentie. Van kinderen met een ondergemiddelde intelligentie kan ten aanzien van taalbegrip ook minder groei verwacht worden dan van kinderen met een gemiddelde intelligentie, omdat de taalvaardigheid van deze kinderen een lager niveau heeft, passend bij het niveau van de cognitieve ontwikkeling.

Er is geen verschil gevonden in de vooruitgang tussen kinderen met specifieke en niet-specifieke spraaktaalproblemen op het gebied van taalbegrip. Kinderen met specifieke spraaktaalproblemen gaan wel vooruit op het gebied van zins- en woordproductie, terwijl kinderen met niet-specifieke spraaktaalproblemen niet vooruit gaan. Dit is vergelijkbaar met resultaten van Knijff en Goorhuis-Brouwer (2001). De bijkomende problemen bij kinderen met niet-specifieke spraaktaalproblemen zorgen ervoor dat van hen niet de groei verwacht mag worden die wel plaatsvindt bij de kinderen met specifieke spraaktaalproblemen.

Tevredenheid en betrokkenheid

Tot april 2006 werden de tevredenheid en de betrokkenheid van ouders niet systematisch geïnventariseerd. Daarom is in de loop van 2006, dus achteraf, aan alle ouders van de kinderen die sinds 2001 vroegbehandeling gekregen hadden, gevraagd een aanvullende vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst is inmiddels een vast onderdeel geworden van de evaluatie na afloop van een vroegbehandelingstraject. De vragenlijst bestaat uit drie onderdelen, namelijk 'Algemene gegevens over kind en ouder', 'Communicatie' en 'Ervaringen met vroegbehandeling'. Het onderdeel 'Communicatie' is gebaseerd op een vragenlijst die door Claartje Slofstra ontwikkeld is en die binnen de Koninklijke Effatha Guyot Groep gehanteerd wordt. De totale vragenlijst telt 12 vragen, waarvan de 5 over communicatie multiple choice vragen zijn. De ervaringen van ouders met vroegbehandeling worden aan de hand van 10 stellingen geïnventariseerd.

Zesenzestig procent van de ouders heeft de vragenlijst ingevuld. Dit is voor enquêtes een bijzonder hoge respons. Van de ouders die de vragenlijst hebben teruggestuurd kan 65% als erg betrokken bij de vroegbehandeling gezien worden. De overige 35% van de ouders is minder betrokken. De mate van betrokkenheid is vastgesteld door te kijken naar het aantal keren dat ouders aangeven aanwezig te zijn geweest in de groep, bij de logopedie en bij themabijeenkomsten en het aantal keer dat zij in de kinderagenda schreven.

Er is aan de ouders gevraagd of zij hun kind begrepen voordat het vroegbehandeling kreeg en of hierin veranderingen opgetreden waren toen de vroegbehandeling beëindigd werd. 46% procent van de ouders gaf aan dat zij hun kind wisselend begrepen bij het begin van Vroegbehandeling. 27% van de ouders begreep hun kind niet goed. 26% van de ouders gaf aan dat zij hun kind voor Vroegbehandeling redelijk goed begrepen. Twee procent van de ouders geeft aan dat er geen verschil was na afloop van vroegbehandeling. Twintig procent merkte een matige verbetering en 78% vond dat er veel verbetering was. 17% van alle ouders gaf aan dat hun kind hen niet begreep

HET GEBRUIK VAN EEN GROTERE DATABASE EN EEN CONTROLEGROEP IS IN DE TOEKOMST VAN BELANG

Tabel 3 Percentage ouders dat het helemaal eens, oneens, eens of helemaal eens is met onderstaande stellingen.

Stellingen	Helemaal oneens	Oneens	Eens	Helemaal eens
Mijn kind had het naar zijn zin	2	0	29	69
Voldoende info over ontwikkeling	2	0	41	57
Voldoende info over spraaktaalproblemen	0	6	51	43
Voldoende info over vervolgonderwijs	2	10	42	46
Voldoende advies over opvoeding	0	4	55	41
Voldoende advies over spraak en/of taal	0	2	50	48
Voldoende advies over vervolgonderwijs	4	8	44	44
Ik herkende mijn kind in de verslagen	0	13	52	35
Voldoende contact medewerkers	2	4	42	53
Voldoende contact andere ouders	4	12	57	28

VROEGBEHANDELING BIJ SPRAAKTAALMOEILIKHEDEN



bij de start van vroegbehandeling. Bij 42% van de ouders was dit wisselend. 40% geeft aan dat hun kind hen wel begreep. Bij het verlaten van Vroegbehandeling had 4% van alle ouders niet gemerkt dat ze beter begrepen werden door hun kind, 28% merkte een matige verbetering en 66% veel verbetering.

De oordelen over andere aspecten van vroegbehandeling zijn vermeld in de tabel 3.

De ouders die de vragenlijst hebben ingevuld, blijken dus over het algemeen zeer positief te oordelen over vroegbehandeling. Vrijwel alle ouders geven aan dat ze tevreden zijn over de informatie en de adviezen die vroegbehandeling geeft, over de verslaglegging en over de mogelijkheden om in contact te komen met ouders van andere kinderen en met medewerkers.

Doeltreffend of niet?

Het lijkt erop dat de vroegbehandeling van Viataal Centrum voor Gezinsbegeleiding voor veel kinderen doeltreffend is geweest. Immers, de onderzochte groep kinderen laat aanzienlijke vooruitgang zien in hun taalvaardigheid, zowel in het taalbegrip als in de taalproductie. Ouders van kinderen in vroegbehandeling zijn over het algemeen zeer tevreden over deze vooruitgang en over de

contacten die ze met het Centrum voor Gezinsbegeleiding hebben. Het kan niet uitgesloten worden dat de geconstateerde vooruitgang ook door andere factoren veroorzaakt wordt, bijvoorbeeld door biologische rijping, al was de vooruitgang groter dan op grond van rijping alleen verwacht mocht worden. Of het gevonden effect werkelijk en uitsluitend aan de behandeling toegeschreven kan worden, vergt een andere onderzoeksopzet. Bijvoorbeeld door insluiting van een controlegroep of door periodes van behandeling af te wisselen met periodes zonder behandeling. Ook is replicatie van onderzoeken nodig om te bezien of therapie-effecten ook in andere behandelcontexten stand houden.

Vanwege het kleine aantal kinderen was het niet mogelijk om te onderzoeken of er een verschil is in de vooruitgang tussen kinderen die twee of vier dagen per week behandeld zijn. Aangezien de resultaten bij deze kinderen over het algemeen positief zijn, is er op dit moment geen aanleiding om het aantal dagen per week aan te passen. Een verlaging van de behandelintensiteit zou een negatieve invloed kunnen hebben op de vooruitgang in taalvaardigheid. Nader onderzoek met een grotere groep kinderen naar dit aspect is van belang om hier goede keuzes in te kunnen maken. Uit de gegevens over de totale groep behandelde kinderen komt naar voren dat deze kinderen zeer divers zijn. Veel

Foto: Viataal

kinderen hebben een benedengemiddelde intelligentie of bijkomende ontwikkelingsproblemen. Voor deze kinderen biedt vroegbehandeling naast behandeling ook een intensief diagnostisch traject. Ook wordt er samen met de ouders gezorgd voor toeleiding naar een geschikte vorm van onderwijs en/of zorg. Voor medewerkers van vroegbehandeling betekent dit dat niet alleen deskundigheid nodig is voor de behandeling van kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden, maar ook van slechthorende kinderen, kinderen met een autisme spectrum stoornis, meertaligheid en kinderen met een algehele ontwikkelingsachterstand.

Tot slot, in de vroegbehandeling worden meerdere programma's en methodieken ingezet. Over de effectiviteit van deze afzonderlijke programma's en methodieken zijn veelal nog nauwelijks onderzoeksgegevens bekend. Voor de toekomst vormt dit een nieuwe uitdaging. Het gebruik van een grotere database en een controlegroep zijn van belang om niet alleen zicht te krijgen op de effectiviteit van de totale vroegbehandeling, maar ook om te onderzoeken welk effect de gebruikte methodieken hebben. Hierbij

kan van grof naar fijn gewerkt worden, waarbij eerst het effect van de belangrijkste hoofdbestanddelen van vroegbehandeling (ouderbegeleiding, peutergroep en individuele therapie) onderzocht kunnen worden en vervolgens de aandacht uitgaat naar het effect van de afzonderlijke methodieken.

Over de auteurs

Drs. Tonny Brands, gz-psycholoog, is als behandelcoördinator werkzaam bij de vroegbehandelingsgroepen van Viataal Centrum voor Gezinsbegeleiding in Sint-Michielsgestel.

Prof. dr. Harry Knoors is directeur van Viataal Diagnostisch Centrum. Hij is tevens als hoogleraar aan de Radboud Universiteit Nijmegen verbonden. Zijn bijzondere leeropdracht heeft betrekking op de opvoeding van en het onderwijs aan slechthorende en dove kinderen.

Geertje Aarts M.Sc., heeft aan dit onderzoek meegewerkt in het kader van haar masterstudie Pedagogische Wetenschappen aan de Radboud Universiteit.

Momenteel is zij werkzaam als orthopedagoog bij SWZ (Samenwerkende Woon- en Zorgvoorzieningen), locatie Zonhove, te Son. Zonhove is een instelling voor kinderen en volwassenen met een meervoudige handicap.



Hbo-master Logopedie

specialisatie Communicatieve en/of Auditieve Beperkingen

Voor logopedisten die werkzaam zijn in instellingen en het onderwijs.

Diagnostiek - behandelcyclus t.a.v. de individuele leerling en groeps-therapie - multidisciplinaire samenwerking - advisering/coaching - positionering van het vak in de eigen organisatie - innoveren en reflectie op eigen professionele ontwikkeling.

De docenten zijn gekwalificeerd voor het opleiden en begeleiden van professionals en zijn experts binnen het domein van de zorg voor kinderen met ernstige communicatieve en/of auditieve beperkingen.

Een tweejarige Hbo-master SEN (deeltijd) die aansluit op de Hbo-bachelor Logopedie. Lesplaatsen: Eindhoven en/of Utrecht.

Meer informatie en inschrijving zie www.fontys.nl/oso

Een samenwerkingsproject van:



Paramedische Hogeschool



Opleidingscentrum
Speciale Onderwijszorg