

Ontwikkeling van een behandelmethodiek

op weg naar evidence-based werken

De NSDSK heeft negen behandelgroepen voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden. Voor deze behandelgroepen is recent een methodiek ontwikkeld. Het uitgangspunt van deze methodiek is om meer evidence-based te gaan werken. In dit artikel wordt stap voor stap beschreven hoe dit proces in zijn werk is gegaan.

KARIN WIEFFERINK, SASKIA VEENTJER, CARLA ZANDVLIET,
ELLES OKMA, DOMINIQUE DORREN, JORIEN ZORZI, DODIEN WOBO

Inleiding

In Nederland wordt de roep om evidence-based te werken steeds groter. De financiers (zorgkantoren) en het ministerie van VWS vragen steeds vaker te laten zien wat we doen en met welk resultaat. Ook behandelaars van kinderen met een auditieve en/of communicatieve beperking stellen zichzelf steeds vaker de vraag of we met de behandeling die we geven daadwerkelijk het gewenste effect bereiken. Een goed antwoord daarop ontbreekt vaak. Talloze handelingen die we dagelijks uitvoeren zijn nooit onderzocht. We doen ze omdat we ze zo geleerd hebben, of omdat ze naar eigen inzicht en ervaring de beste manier lijken. Hoewel eigen ervaringen nuttig zijn, kunnen ze ook vaak bedrieglijk zijn. Uitsluitend afgaan op eigen ervaring betekent namelijk dat de zon om de aarde draait. Als we dat accepteren zitten we weer in de middeleeuwen! Het alternatief is 'evidence-based' werken, waarbij wetenschappelijk bewijs, ervaring van de professional en de behoeften van de cliënt geïntegreerd zouden moeten worden. In dit artikel zullen we een kader schetsen van een werkwijze die tot evidence-based werken leidt. We zullen dit kader steeds illustreren met enkele voorbeelden uit de praktijk, namelijk aan de hand van de ontwikkeling van een methodiek voor ESM-behandelgroepen van de NSDSK. Maar eerst zullen we in meer detail ingaan op wat evidence-based werken is.

HOE WETEN WE OF DE BEHANDELING

DAADWERKELIJK EFFECTIEF IS?

Evidence-based

Veel professionals baseren hun handelwijze op wat ze geleerd hebben tijdens hun opleiding, hun eigen ervaringen en de opinies van hun collega's. Maar hoe weten we nu of de behandeling die kinderen met een auditieve/communicatieve beperking ontvangen daadwerkelijk effectief is? Met andere woorden, is er enig bewijs dat de behandeling de resultaten oplevert die we graag willen en zo ja, hoe sterk is dat bewijs dan? Volgens Veerman en Van Yperen (2008) zijn er vier niveaus van bewijs:

1) Veelbelovende methoden

Sommige interventies bestaan alleen in het hoofd van de professional en het is mogelijk dat elke professional in een organisatie op zijn of haar eigen manier te werk gaat. Als dit het geval is, is het voor cliënten en andere belanghebbenden niet duidelijk wat de organisatie te bieden heeft. Een minimale eis die aan organisaties gesteld mag worden is dat de essentiële elementen van interventies (doel, doelgroep, methoden, technieken, activiteiten en randvoorwaarden) expliciet worden gemaakt. Het in kaart brengen van alle interventies die in een organisatie uitgevoerd worden schept ook duidelijkheid voor de professionals. Het beschrijven van interventies is een eerste stap op weg naar evidence-based werken.

2) Theoretisch goed onderbouwde methodieken

Een volgende stap op weg naar evidence-based werken is het ontwikkelen van interventies die theoretisch goed onderbouwd zijn. Dit betekent dat beredeneerd kan worden waarom en hoe bepaalde activiteiten van

een interventie zullen leiden tot de gewenste effecten bij een bepaalde doelgroep. De onderliggende rationale kan een bestaande, wijdverspreide theorie zijn, maar ook een door de organisatie zelf ontwikkelde theorie (expert knowledge). Bij interventies waarvoor nog geen bewijs is dat ze effectief zijn, is het op dit niveau in ieder geval mogelijk om te beredeneren waarom een interventie effectief zou kunnen zijn.

3) Doeltreffende methodieken

Als duidelijk is dat de gewenste veranderingen optreden, d.w.z. dat het doel van de interventie behaald wordt, de problemen zijn afgenomen en de cliënt tevreden is, dan is het volgende bewijsniveau bereikt. De reden waarom dit niet het hoogste bewijsniveau is, is dat niet zeker is dat de interventie het effect veroorzaakt heeft. Misschien was de taalontwikkeling van het kind ook wel vooruitgegaan zonder de interventie, omdat het kind nu eenmaal ouder wordt. Of er werden tegelijkertijd nog andere activiteiten ondernomen die de effecten hebben veroorzaakt.

4) Effectieve methodieken

De hoogste vorm van bewijs is de randomized control-

led trial (RCT). Dit betekent dat van alle cliënten in het onderzoek, via loting, de helft blootgesteld wordt aan de interventie en de andere helft niet. Bijvoorbeeld, de helft van de kinderen wordt tweetalig opgevoed (gebarentaal en gesproken taal) en de andere helft alleen met gesproken taal. Het is dan mogelijk om causale verbanden te leggen: als de kinderen die ook gebarentaal hebben geleerd een betere taalontwikkeling hebben dan de kinderen die alleen gesproken taal hebben geleerd, dan is het 'bewezen' dat het leren van gebarentaal hiervan de oorzaak is (vooropgesteld natuurlijk dat de twee groepen in geen enkel ander opzicht van elkaar verschillen).

Alleen het vierde niveau voldoet aan wat doorgaans onder 'evidence-based' verstaan wordt. Omdat op het gebied van behandeling van kinderen met een auditieve/communicatieve beperking nog niet zoveel RCT's gedaan zijn, zijn er geen methodes beschikbaar met het hoogste evidentieniveau. Het is ook moeilijk om een goede RCT te doen omdat het vormen van een goede controlegroep in veel gevallen op problemen stuit. Natuurlijk is dat geen reden om dan maar niets te doen. De indeling in deze vier





categorieën kan professionals helpen om inzicht te krijgen in de mate van effectiviteit van hun handelen, maar geeft ook aanknopingspunten hoe de weg naar evidence-based werken bewandeld kan worden.

BIJ EVIDENCE-BASED WERKEN WORDT WETENSCHAPPELIJK BEWIJS, ERVARING VAN DE PROFESSIONAL EN BEHOEFTE VAN DE CLIËNT GEÏNTEGREERD

Ontwikkelen van een methodiek

De NSDSK heeft negen behandelgroepen voor 2-4 jarige kinderen met ernstige spraak-/taalmoeilijkheden, verspreid over heel Noord-Holland. Hoewel er afstemming bestond tussen de groepen, bepaalden alle groepen in grote lijnen zelf hoe de behandeling eruit zag. Met andere woorden, de behandeling die een kind kreeg was afhankelijk van de groep die het kind bezocht. De medewerkers en het bestuur vonden dit een onwenselijke situatie en daarom is besloten een methodiek te ontwikkelen die op alle behandelgroepen gebruikt zou gaan worden. Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de methodiek was dat het een stap in de richting van meer evidence-based werken moest zijn. Het streven was om het tweede bewijsniveau te halen en een stap in de

richting van het derde bewijsniveau te maken. Dat betekende dat we de behandeling nauwkeurig moesten beschrijven, dat we de behandeling moesten onderbouwen met een verklarende theorie en dat we een begin moesten maken met het monitoren van de effecten. De werkwijze die we hiervoor gehanteerd hebben is gebaseerd op het protocol 'Intervention Mapping' (Bartholomew, 2000). In het kort komt deze werkwijze op het volgende neer. Allereerst moet een goed inzicht verkregen worden in de aard en de oorzaken van ESM. Pas als dat duidelijk is, kunnen de doelen voor de behandeling vastgesteld en gespecificeerd worden. In de volgende stap wordt nagegaan hoe de doelen op theoretisch gefundeerde wijze verwezenlijkt zouden kunnen worden. Vervolgens dienen er methoden en strategieën afgeleid te worden uit de theorieën die geschikt zijn om de doelen te bereiken. Deze methoden en strategieën worden in de volgende stap vertaald in concrete activiteiten, waarna materialen ontwikkeld of aangeschaft worden. Als dit allemaal gerealiseerd is, zal de nieuwe methodiek geïmplementeerd en geëvalueerd moeten worden. Hieronder zullen we in detail beschrijven hoe we te werk zijn gegaan.

Werkgroep

Allereerst werd een werkgroep geformeerd, bestaande uit twee orthopedagogen, een logopedist, drie pedagogisch medewerkers, een linguïst en een onderzoeker. De taak van de werkgroep was om volgens het Intervention Mapping protocol de methodiek voor de ESM-behandelgroepen te ontwikkelen en te beschrijven. De werkgroep maakte hierbij gebruik van wetenschappelijke inzichten (zowel theorieën als empirisch onderzoek), bestaande activiteiten op de behandelgroepen en ervaringen van professionals. Elk werkgroep lid bracht deskundigheid in vanuit de eigen discipline.

Aard en oorzaken van ESM

Allereerst heeft de werkgroep beschreven wat de kenmerken en de oorzaken van ESM zijn, op basis waarvan criteria ontwikkeld zijn waaraan kinderen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een plaats op een ESM behandelgroep. Deze afbakening van de doelgroep schept duidelijkheid over wie wel en wie niet toegelaten kan worden, zowel voor de ouders als voor de verwijzers en de behandelgroep. Een voorbeeld van een criterium om in aanmerking te komen voor een ESM-behandelgroep is dat de taalontwikkeling achterblijft bij de algemene ontwikkeling.

Doelen

Kinderen met ESM hebben een achterstand in de spraak-/taalontwikkeling en/of een specifieke spraak-/taalontwikkeling, gepaard gaand met een normale ontwikkeling op andere gebieden. Het hoofddoel van de

behandelgroepen voor kinderen met ESM is dan ook om de taalachterstand van deze kinderen te verminderen en meer in balans te brengen met de andere ontwikkelingsgebieden van het kind. Met andere woorden: de achterstand in de spraak-/taalontwikkeling wordt kleiner of wordt ingelopen. De werkgroep formuleerde doelen op het gebied van de spraak-/taalontwikkeling, de sociaal-emotionele ontwikkeling en de cognitieve ontwikkeling. Omdat het stimuleren van de spraak-/taalontwikkeling centraal staat, ligt hierop het accent. Doelen met betrekking tot de taalontwikkeling zijn ontleend aan Van den Dungen (2006), doelen met betrekking tot sociaal-emotionele ontwikkeling en cognitieve ontwikkeling zijn afgestemd op ontwikkelingskenmerken passend bij de leeftijd van het kind.

Theorieën

Voor de ontwikkeling van de methodiek heeft de werkgroep gebruikt gemaakt van inzichten uit taalverwervingstheorieën, leertheorieën, pedagogisch klimaat en empirisch onderzoek. We zullen van elk van deze theorieën een voorbeeld geven.

1) Taalverwervingstheorie

Ons vermogen om gesproken taal te verstaan en te begrijpen en ons vermogen om gedachten in spraak om te zetten berusten grotendeels op impliciete kennis van de taal. De verwerving van impliciete kennis verloopt zonder dat we ons dat bewust zijn. Jonge kinderen pikken de taal van hun omgeving vanzelf op in het sociale contact met die omgeving. Algemeen wordt aangenomen dat taalverwerving een combinatie is van een autonoom ontwikkelingsproces en een leerproces. Dat wil zeggen dat alle kinderen een aangeboren vermogen bezitten om taal te leren, maar dat daarnaast een taalaanbod afgestemd op de ontwikkeling van het kind een voorwaarde is. Kinderen met ESM beschikken ook over een aangeboren vermogen om taal te leren. Bij hen verloopt de taalontwikkeling echter op een andere manier en in een ander tempo dan bij kinderen met een 'normale' taalontwikkeling. De onderliggende oorzaak van ESM is meestal niet bekend, maar wordt gezocht in factoren die te maken hebben met de onderliggende neurologische ontwikkeling (Parisse, 2009). Er lijkt dus iets aan de hand te zijn met het autonome ontwikkelingsproces om taal te leren. Hier is echter (nog) niets aan te doen. Daarom richten we ons in deze methodiek op het leerproces. In het leerproces speelt het taalaanbod een grote rol. Bij kinderen met ESM komt het natuurlijke taalaanbod hoogstwaarschijnlijk overeen met het taalaanbod aan kinderen met een 'normale' taalontwikkeling. Echter, dit aanbod is voor hen niet voldoende. Deze methodiek is gericht op het aanbieden van een adequaat taalaanbod voor kinderen met ESM. Het uitgangspunt van deze methodiek is dat met de aanpassing van het taalaanbod de kinderen beter in staat zullen zijn om taal te leren.

2) Leertheorie

Bij het werken met peuters wordt de laatste jaren, zeker in groepsverband, steeds meer uitgegaan van het principe van het ontwikkelingsgericht leren. Dit principe ligt ook ten grondslag aan de meeste methoden die ontwikkeld zijn in het kader van VVE (voor- en vroegschoolse educatie). Het principe van het ontwikkelingsgericht leren is gebaseerd op de theorie van Vygotsky. Hij stelt dat de ontwikkelingsmogelijkheden van kinderen samenhangen met de interacties van het kind met de mensen in zijn omgeving. Kinderen hebben een natuurlijke drang om te spelen (later leren). Spel heeft een leidende rol in het ontwikkelingsproces, dat is al bij baby's te zien. Kinderen leren het meest in de door Vygotsky genoemde 'zone van naaste ontwikkeling': wat het kind op zeker moment met hulp van de volwassene volbrengt, kan het in de regel niet veel later zonder diens hulp, zelfstandig. Om zich goed te ontwikkelen hebben kinderen iemand nodig die hen prikkelt om een stapje verder te gaan. Ontwikkelingsgericht leren wil dan ook zeggen dat activiteiten aan het kind worden aangeboden die aansluiten bij hun vaardigheden en deze net overstijgen.

3) Pedagogisch klimaat

Onder pedagogisch klimaat verstaan we het totaal van bewust gecreëerde en aanwezige omgevingsfactoren die inspelen op het welbevinden van het kind, waardoor het zich kan ontwikkelen. Bij de ontwikkelingsstimulering van kinderen met ESM zijn vooral de sociaal communicatieve factoren van doorslaggevend belang. Een onderdeel van het pedagogisch klimaat is het taalaanbod. Onder het taalaanbod worden alle middelen verstaan die gebruikt kunnen worden om de communicatie met een kind te optimaliseren. Onder deze hulpmiddelen





vallen bijvoorbeeld, naast het praten en luisteren, het gebruik van ondersteunende gebaren, mimiek, kijken/gelaatgerichtheid, lichaamstaal, afbeeldingen, foto's, pictogrammen en lezen. Ondanks het ontbreken van wetenschappelijke evidentie dat het gebruik van ondersteunende gebaren de spraak-/taalontwikkeling van kinderen met ESM bevordert, heeft de werkgroep besloten om toch Nederlands ondersteunend met Gebaren (NmG) te gebruiken in de communicatie met de kinderen. Ervaring in de behandeling van kinderen met ESM leert namelijk dat het gebruik van ondersteunende gebaren bij het Nederlands zowel het taalbegrip als de taalproductie van een kind met ESM kan bevorderen. Door het gebruik van NmG wordt de aandacht van het kind zowel auditief als visueel getrokken, waardoor een kind meer gericht wordt op zijn gesprekspartner. Daarnaast gaat door het gebruik van NmG het spreektempo van de volwassene omlaag, waardoor het kind de aangeboden taal makkelijker kan verwerken. Verbaal communiceren is voor kinderen met ESM vaak een beladen vaardigheid. Zij slagen er vaak niet in om door hun omgeving begrepen te worden, wat erg frustrerend kan zijn. Het aanbieden van gebaren aan een kind met ESM, naast de gesproken taal, geeft het kind een extra mogelijkheid om zich uit te drukken. Als een kind ook zelf gebaren gaat gebruiken om te

communiceren, kan de omgeving het kind makkelijker begrijpen, waardoor communicatie voor het kind minder beladen wordt en minder inspanning kost. Het kind merkt dat het wél door zijn omgeving wordt begrepen, waardoor communiceren weer leuk wordt.

4) Empirisch onderzoek

De ouder-kind relatie is de belangrijkste context waarbinnen de ontwikkeling van jonge kinderen zich afspeelt. Ouders moeten een veilige, responsieve en stimulerende omgeving voor hun kind creëren. Deze omgeving legt het fundament voor het kind om zich optimaal te ontwikkelen. De eerste vier levensjaren vormen een kritieke periode voor de verdere ontwikkeling van jonge kinderen. Daarom moeten ouders in deze periode in staat gesteld worden de opvoedingsomgeving van hun kind te optimaliseren. Er is wetenschappelijk bewijs dat interactieve coaching van ouders een goede methode is om de interactie tussen ouder en kind te verbeteren en daarmee de spraak-/taalontwikkeling van kinderen met ESM te stimuleren (Baxendale, 2003). De rol van ouders in de behandeling van de kinderen is dan ook van cruciaal belang. Een andere methode om de taalontwikkeling van kinderen met ESM te stimuleren is het voorlezen van prentenboeken. Uit onderzoek blijkt dat met name interactief voorlezen een positieve relatie met

taalontwikkeling heeft (Mol, 2008). Kinderen komen hierdoor in aanraking met een grotere vocabulaire en ook met nieuwe woorden en concepten die in conversaties nauwelijks gebruikt worden. Bovendien gebruiken volwassenen complexere taal tijdens het voorlezen dan in het dagelijks leven. Voor kinderen met ESM blijkt dat zij baat hebben bij herhaaldelijk hetzelfde boek lezen: zij gaan dan meer vragen stellen en opmerkingen maken. Bovendien heeft herhaaldelijk lezen van hetzelfde boek een positief effect op de actieve en passieve woordenschat.

Methoden en strategieën

Nadat de werkgroep op basis van taalverwervingstheorieën, leertheorieën, pedagogisch klimaat en empirisch onderzoek een kader had geschetst voor de methodiek voor de ESM-behandelgroepen, werden vervolgens methoden en strategieën afgeleid uit deze theorieën waarmee de doelen bereikt kunnen worden. Hieronder zullen we drie voorbeelden geven.

- 1) Ontwikkelingsgericht leren –VAT-principes
De VAT-principes (Volgen – Aanpassen – Toevoegen) zijn afgeleid van het ontwikkelingsgericht leren en zijn het leidende didactische principe van de ESM-methodiek, zowel op de groep als in de interactie tussen ouder en kind. De VAT-principes zijn afkomstig uit de Hanen-oudercursus *Praten doe je met z'n tweeën*. Het initiatief ligt bij het kind (de volwassene volgt en past aan), maar de medewerker/ouder neemt ook initiatief door dingen aan te passen en toe te voegen (zone van naaste ontwikkeling).
- 2) Interactieve coaching ouders – spraak-/taalcursus voor ouders
Ouders met een kind met ESM op een behandelgroep volgen een cursus waarin zij vaardigheden leren om de taalontwikkeling van hun kind te stimuleren. De opbouw van de cursus is gebaseerd op een algemeen geaccepteerd model voor het leren van vaardigheden (Romiszowski, 1993):
 - kennis over de te leren vaardigheid;
 - demonstratie van de vaardigheid door personen die de vaardigheid beheersen;
 - oefenen van de vaardigheid onder begeleiding;
 - feedback over de resultaten;
 - zelfstandig uitvoeren.
- 3) Interactief voorlezen
Het positieve effect van voorlezen blijkt het sterkst als kinderen er actief bij betrokken worden en er sprake is van interactie. Interactief heeft betekenis voor twee aspecten in de spraak-/taalontwikkeling namelijk luisteren en spreken. Door de boeken op een verrassende manier voor te lezen met gebruik van gebaren, expressie en intonatie leren de kinderen goed te luisteren gedurende een steeds langere tijdspanne. Daarnaast vergroot het

luisteren en spreken de woordenschat. Een interactieve wijze van voorlezen betreft het kind actiever bij het verhaal, wat het kind kan motiveren om zelf taal te gebruiken, om gedachten te formuleren, of alternatieven te bedenken. Daarnaast krijgt het kind de mogelijkheid zelf een leidende rol te spelen binnen de interactie, iets wat voor kinderen met ESM niet altijd vanzelfsprekend is, maar wel belangrijk voor een goede ontwikkeling. Door middel van interactief voorlezen krijgt het kind de kans om te oefenen met luisteren en praten op zijn eigen niveau.

DE ROL VAN OUDERS IN DE BEHANDELING IS VAN CRUCIAAL BELANG

Activiteiten

In de ontwikkelde methodiek staan allerlei soorten activiteiten beschreven, waaraan de methoden en strategieën ten grondslag liggen. We onderscheiden activiteiten op de groep en activiteiten gericht op ouders. Van beide soorten activiteiten worden enkele voorbeelden gegeven.

- 1) Op de groep
Een vaste dagstructuur biedt veiligheid en houvast voor kinderen. Daarom kennen de ochtenden op de ESM-behandelgroepen een vaste structuur. Er



zijn vier soorten activiteiten: dagritmeactiviteiten, ontwikkelingsspel, specifieke taalstimulering en logopedie. De dagritmeactiviteiten – zoals halen en brengen, eten en drinken – lenen zich bij uitstek voor herhaling: de pedagogisch medewerker gebruikt deze momenten om eerder aangeboden taal opnieuw aan te bieden. Bij het ontwikkelingsspel – bijvoorbeeld in de poppenhoek of de constructiehoek – maakt de pedagogisch medewerker gebruik van de VAT-principes en van herhaling in de communicatie met de kinderen. Bij de specifieke activiteiten voor taalstimulering (bijv. de kring, liedjes zingen, voorlezen) wordt hiervan ook gebruik gemaakt, maar bij deze activiteiten wordt de taalontwikkeling intentioneel gestimuleerd, o.a. door het leren van nieuwe woorden. Ter illustratie zullen we de activiteit ‘voorlezen’ meer gedetailleerd beschrijven.

Bij het voorlezen staan het plezier en het samen beleven van een verhaal voorop. De medewerker gebruikt de principes van interactief voorlezen zoals herhalen van hetzelfde verhaal, het volgen van het kind, het stellen van open vragen. Ook gebruikt de medewerker al haar

expressieve mogelijkheden zoals intonatie, geluiden en mimiek en kan zij gebruik maken van NmG. Voorlezen kan een bewuste activiteit zijn van de medewerker voor de gehele groep, een aantal kinderen of een enkel kind maar kan ook plaats vinden op verzoek van een kind, bijvoorbeeld tijdens het vrij spelen. Er zijn boekjes op de groep aanwezig die de kinderen zelf kunnen pakken en waaruit zij zelf kunnen kiezen. De aanwezige boeken sluiten aan bij de belevingswereld van peuters en bij het thema dat centraal staat in de groep. Voorlezen is een activiteit waarvoor de medewerker de tijd moet nemen. Het is belangrijk om het tempo van het kind te volgen. Het kind kan rustig kijken, aanwijzen en eventueel benoemen. Ook tijdens het voorlezen hanteert de medewerker de VAT-principes. Door de woorden van het kind te herhalen of door in te gaan op wat het kind zegt, wordt het kind vaak gestimuleerd om nog meer te vertellen. Tijdens, voor of na het voorlezen kunnen vragen gesteld worden. Deze kunnen variëren van eenvoudige vragen waarvan het antwoord op de plaatjes is aan te wijzen tot denkvragen op een abstracter niveau. Ook



kunnen er door middel van vragen verbanden worden gelegd tussen belevenissen en ideeën uit het boek en de eigen ervaringen van een kind.

2) Ouderactiviteiten

Ouders met een kind met ESM op een behandelgroep volgen een cursus om de taalontwikkeling van hun kind te stimuleren. De doelen van deze cursus zijn:

- ouders meer inzicht geven in de taalontwikkeling van het kind en hen gesprekstechnieken leren om de taalontwikkeling van hun kind te stimuleren;
- ouders de gelegenheid geven om de VAT-principes te oefenen en in hun dagelijks leven toe te passen;
- ouders de mogelijkheid geven om hun ideeën, zorgen en problemen te delen met andere ouders die in een vergelijkbare situatie verkeren.

De cursus wordt gegeven door de logopedist van de groep in samenwerking met de orthopedagoog. Bij voorkeur nemen beide ouders deel. De cursus bestaat uit zes bijeenkomsten van twee uur. De eerste vijf bijeenkomsten richten zich op de taalontwikkeling aan de hand van de VAT-principes. De zesde bijeenkomst richt zich op interactief voorlezen.

Materialen

Het beschrijven van de methodiek voor ESM behandelgroepen is natuurlijk niet voldoende om de behandeling uit te voeren. Daarvoor zijn allerlei materialen nodig. Bij de aanschaf van materialen wordt rekening gehouden met de uitgangspunten van de methodiek. Zo zal bij de aanschaf van een voorleesboek nagegaan worden of het boek geschikt is voor interactief voorlezen.

Voor de aanschaf van materialen ten behoeve van activiteiten op de groep, is de werkgroep nagegaan of het mogelijk is om een bestaande methode aan te schaffen of dat het nodig is om zelf materialen te ontwikkelen. Uiteraard zou een bestaande methode goed moeten aansluiten bij de hierboven beschreven theorieën, methoden en strategieën en activiteiten. De bestaande methodes Puk & Ko en Peuterpraat richten zich specifiek op de taalontwikkeling van het kind. Vertegenwoordigers van beide methodes hebben een presentatie gegeven waarvoor alle medewerkers van ESM behandelgroepen waren uitgenodigd. Bovendien hebben enkele groepen een thema uit Peuterpraat en een thema uit Puk & Ko in de praktijk gebruikt. De meeste groepen hadden uiteindelijk een duidelijke voorkeur voor Peuterpraat. Algemeen vond men dat het grote voordeel van Peuterpraat is dat het een globaal overzicht geeft met suggesties op alle gebieden. Het geeft de medewerksters vrijheid om uit te proberen wat bij hun kinderen past. Tegelijkertijd geeft Peuterpraat duidelijke kaders en richtlijnen waarbinnen gevarieerd kan worden, waardoor gewaarborgd blijft dat volgens het algemene principe gewerkt wordt.

Implementatie

Professionals vormen de belangrijkste schakel in het bereiken van de doelstelling van de methodiek. Immers, de methodiek zal alleen effectief zijn wanneer pedagogisch medewerkers, logopedisten, orthopedagogen en linguïsten de methodiek op een goede manier in de praktijk uitvoeren. Daarom is aandacht voor de implementatie van de methodiek een essentieel onderdeel. Wij hebben een trainingsprogramma ontwikkeld waarin medewerkers geïnformeerd worden over de nieuwe methodiek en waarin zij vaardigheden leren om volgens de nieuwe methodiek te gaan werken. En, last but not least, de ervaringen met het werken met de methodiek zullen geëvalueerd worden.

PROFESSIONALS VORMEN DE BELANGRIJKSTE SCHAKEL IN HET BEREIKEN VAN DE DOELSTELLING VAN DE METHODIEK

Evaluatie

Hierboven hebben we gezegd dat we een stap in de richting van de derde bewijsniveau wilden zetten. Daarom zijn we gestart met het monitoren van de ontwikkeling van de kinderen met ESM als integraal onderdeel van de behandeling. De monitor bestaat uit taaltesten, vragenlijsten voor de sociaal-emotionele ontwikkeling en een ontwikkelingstest. Deze testen en vragenlijsten worden voorafgaand aan de start van de behandeling en, afhankelijk van de test, halfjaarlijks of jaarlijks afgenomen totdat de behandeling stopt. Door deze gegevens op te slaan in een database (BergOp) is het mogelijk om gegevens op zowel individueel niveau als op groepsniveau te analyseren. BergOp levert individuele scoreprofielen van de ingevoerde vragenlijsten die gebruikt kunnen worden bij diagnostiek en behandeling. Tegelijkertijd worden de gegevens opgeslagen voor onderzoeksdoeleinden: deze gegevens kunnen worden geëxporteerd in de vorm van een spreadsheet of database.

Conclusie

Het ontwikkelen en beschrijven van de methodiek voor ESM-behandelgroepen, zoals hierboven beschreven, was een proces van vallen en opstaan. Het gebeurde regelmatig dat we heel enthousiast waren over iets dat we bedacht hadden, maar waarvan later bleek dat het toch niet paste binnen de uitgangspunten van de methodiek. Wat het extra moeilijk maakte, is dat er nog zo weinig bekend is over de effectiviteit van behandelingen voor kinderen met ESM. Desondanks denken we dat we er in geslaagd zijn om het tweede bewijsniveau te bereiken en op weg zijn naar het derde bewijsniveau. We hebben de methodiek nauwkeurig beschreven (doelen, doelgroep, methoden, activiteiten,

etc), en tevens hebben we de methodiek zoveel mogelijk onderbouwd vanuit de theorie en empirisch onderzoek. Soms hebben we keuzes gemaakt waarvoor geen bewijs is dat het werkt, zoals het gebruik van NmG. Echter, het feit dat dit bewijs er niet is, wil nog niet zeggen dat we dan maar geen NmG moeten gebruiken. Als we maar aannemelijk kunnen maken dat het gebruik van NmG een positief effect heeft op de taalontwikkeling van het kind, dan is het legitiem om het te gebruiken. We zijn op weg naar het derde bewijsniveau met de implementatie van een monitor waarmee we de ontwikkeling van de kinderen volgen. Hiermee kunnen we op termijn inzichtelijk maken welke doelen zijn bereikt en welke gewenste veranderingen zijn gerealiseerd. De volgende stap is de weg naar de aantoonbare causale relatie tussen interventie en effect (bewijsniveau vier). Dit is geen gemakkelijke weg. Causaliteit impliceert een oorzakelijk verband, een bewijs dat de interventie en niet iets anders tot dit resultaat heeft geleid (Van Yperen, 2008). Hiervoor is het nodig om een controlegroep, die de interventie niet krijgt, te vergelijken met de groep die de interventie wel krijgt. Vanwege praktische en ethische problemen is een controlegroep in praktijkonderzoek vaak lastig te krijgen. Toch kan met behulp van een monitor enig inzicht verkregen worden in de effectiviteit van de interventie: wanneer bijvoorbeeld herhaalde metingen bij individuele kinderen laten zien dat de effecten zich altijd voordoen op het moment dat de interventie start dan kan dit bewijskracht leveren voor de werkzaamheid van de behandeling. Langs deze weg kunnen we toch het effect van de behandeling bewijzen.

Info over de auteurs:

Karin Wiefferink (onderzoeker), Saskia Veentjer en Dodijn Wobo (orthopedagoog), Carla Zandvliet, Elles Okma en Dominique Dorren, (pedagogisch medewerker), Jorien Zorzi (logopedist) zijn allen werkzaam bij de NSDSK. Contactpersoon is Karin Wiefferink: kwiefferink@nsdsk.nl.

Literatuur

Bartholomew, L.K., G.S. Parcel, G. Kok, N.H. Gottlieb (2000). **Intervention mapping: designing theory- and evidence-based health promotion programs**. New York, McGraw-Hill.

Baxendale, J., A. Hesketh (2003). Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. **International Journal of Language & Communication Disorders**, **38**(4), p. 397-415.

Mol, S.E., A.G. Bus, M.T. De Jong, D.J.H. Smeets (2008). Added value of dialogic parent-child book readings: A meta-analysis. **Early Education and Development**, **19**(1), p. 7-26.

Parisse, C., C. Maillart (2009). Specific language impairment as systemic developmental disorders. **Journal of Neurolinguistics**, **22**, p. 109-122.

Romiszowski, A.J. (1993). **Designing instructional systems. Decision making in course planning and curriculum design**. London, Kogan Page Ltd.

Van den Dungen, L. (2006). **Taaltherapie voor kinderen met taalontwikkelingsstoornissen**. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Van Yperen, T., J.W. Veerman (2008). **Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg**. Delft, Eburon.

