

Monitoren

van de behandeling voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden

BERNADETTE VERMEIJ, KARIN WIEFFERINK & MARTHE WIJS

Om meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van behandeling voor jonge kinderen met ESM heeft de NSDSK de zogenaamde 'Monitor' ontwikkeld. In augustus 2010 hebben we in dit tijdschrift het proces van methodiekontwikkeling kunnen lezen. Deze keer doen de auteurs verslag van de volgende stap in het proces, nl. de implementatiefase. Organisatorische en zorginhoudelijke thema's komen aan bod. De NSDSK laat hiermee zien hoe wetenschappelijk onderzoek ingebed kan worden in het reguliere zorgproces.

Inleiding

Er is steeds meer aandacht voor vroege interventie bij kinderen met ernstige spraak- en taalmoeilijkheden (ESM). In Nederland hebben o.a. Brands (2008) en Konst (2009) onderzoek gedaan naar de effectiviteit van vroegbehandeling bij kinderen met ESM. De resultaten lijken positief. Echter als gevolg van onduidelijkheid omtrent de inhoud en uniformiteit van de behandelingen, leveren deze onderzoeken weinig informatie op over wat dan de effectieve elementen van vroegbehandeling zijn. Wat in ieder geval duidelijk is, is dat hoe eerder wordt gesignaleerd en gestart wordt met de behandeling, hoe positiever de resultaten zijn (Heckman, 2004; van Agt, 2011).

De wens is om steeds meer wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van behandelprogramma's én elementen van behandeling voor deze kinderen verkrijgen. Zolang we immers niet weten welke programma's en welke elementen effectief zijn, blijven er onduidelijkheden over welke behandeling de meest optimale is.

Vanuit de maatschappij komt een steeds grotere roep om meer evidence-based te gaan werken. We willen meer bewijs dat wat we doen ook daadwerkelijk effectief is. Deze vraag komt vanuit de cliënten, de politiek, de zorgkantoren maar zeker ook de professional zelf wil meer inzicht in de effectiviteit van de behandeling. Het is dan ook van belang om onze behandelingen meer evidence-based te gaan maken. De NSDSK heeft hier stappen in gezet. Voor de elf behandelgroepen voor kinderen met ESM is een methodiek ontwikkeld die op alle groepen is ingevoerd (Wiefferink, 2010). Dit houdt in dat interventies

worden ingezet die duidelijk beschreven en theoretisch goed onderbouwd zijn. Hierdoor kan beredeneerd worden waarom een interventie wel of niet zal kunnen leiden tot het gewenste effect.

Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat interactief voorlezen een positieve relatie heeft met de taalontwikkeling (Mol, 2008). Door middel van interactief voorlezen krijgt het kind de kans om met luisteren en praten op zijn eigen niveau te oefenen. Het voorlezen wordt nu als activiteit op de behandelgroep ingezet, waarbij principes van interactief voorlezen worden aangehouden, zoals het herhalen van hetzelfde verhaal, het volgen van het kind en het stellen van open vragen. Door het invoeren van deze methoden en strategieën binnen de methodiek kunnen we verklaren waarom we denken dat een behandeling zal werken. We komen zo iets dichter bij evidence-based werken, maar we zijn er nog niet. Het is immers nog niet bekend in hoeverre de kinderen daadwerkelijk baat hebben bij de methodiek.

Bij een volgende stap moeten we dan ook meer zicht krijgen op de effectiviteit van de behandeling. Daarom heeft de NSDSK een monitor ontwikkeld, waarbinnen we verschillende ontwikkelingsgebieden gedurende de behandeling blijven volgen waardoor we in de toekomst meer inzicht krijgen in het effect van onze behandeling. Een monitor kan echter meer zijn dan het verzamelen van data voor effectonderzoek. Deze kan ook gebruikt worden ten behoeve van de behandeling door verkregen informatie in



Foto: Fieke van Saane, Amsterdam

WE WILLEN MEER BEWIJS DAT WAT WE DOEN OOK DAADWERKELIJK EFFECTIEF IS

de behandeling te integreren. Het doel van de monitor is dan ook drieledig: ten eerste willen we de ontwikkeling van een kind op een bepaald moment in de behandeling in kaart brengen, waardoor behandeldoelen kunnen worden opgesteld. Ten tweede willen we de ontwikkeling van de kinderen volgen, gedurende de periode dat ze op de behandelgroep zitten. En tot slot willen we meer inzicht krijgen in de effectiviteit van de behandeling. In dit artikel wordt het proces beschreven van de ontwikkeling en de invoering van de monitor op de behandelgroepen voor kinderen met ESM.

Model

Het invoeren van iets nieuws in een organisatie is een proces dat bestaat uit verschillende fasen waarbij diverse

factoren belemmerend of bevorderend kunnen werken. Allereerst moet de vernieuwing natuurlijk ontwikkeld worden. Als dat gebeurd is, kan deze worden ingevoerd in de organisatie. Er is al veel onderzoek gedaan naar de invoering van vernieuwingen in onder andere het onderwijs en de gezondheidszorg (Fullan, 1991; Fleuren 2004). Er kunnen drie fasen onderscheiden worden bij het invoeren van een vernieuwing. De eerste fase is de fase die leidt tot het besluit al dan niet volgens de vernieuwing te gaan werken (adoptie). In de volgende fase, de implementatiefase, gaat men in de praktijk aan de slag met de vernieuwing. Tijdens deze fase wordt duidelijk of de vernieuwing in de praktijk bruikbaar is. In de derde fase gaat men over tot het institutionaliseren van de vernieuwing in de organisatie. Het is immers de bedoeling dat de vernieuwing ook na verloop van tijd nog gebruikt wordt. Er is dan geen sprake meer van een vernieuwing; de verandering is geïncorporeerd in het dagelijkse handelen. In het schema ziet het ontwikkelings- en invoeringsproces er als volgt uit:



Bij het ontwikkelen en invoeren van de monitor op de behandelgroepen is volgens dit model gewerkt. Hiervoor is subsidie aangevraagd bij een fonds (ZonMw). Deze financiering was nodig voor het kunnen ontwikkelen van de monitor, voor de adoptie en de implementatie. Uiteindelijk moet in de institutionalisatiefase de monitor zo in het proces worden ingezet dat het uit reguliere middelen betaald kan worden.

Ontwikkeling

De eerste fase in het proces was de ontwikkeling van de monitor. Hiervoor is een werkgroep samengesteld bestaande uit een orthopedagoog, een linguïst, een psycholoog en een onderzoeker. Zo werden de professionals vanaf het begin af aan betrokken bij de opzet. De werkgroep heeft zich als eerste gebogen over de vraag welke ontwikkelingsgebieden binnen de monitor in kaart moeten

worden gebracht. Uiteindelijk is gekozen voor de spraak-/taalontwikkeling, de sociaal-emotionele ontwikkeling en de cognitieve ontwikkeling. De sociaal-emotionele ontwikkeling wordt meegenomen omdat kinderen met ESM een verhoogd risico hebben op sociale, emotionele en gedragsproblemen. De cognitieve ontwikkeling wordt vastgesteld, omdat een gemiddelde cognitie nodig is voor de diagnose ESM. Een logische vraag die hierop volgt is welke testen en vragenlijsten dan geschikt zouden zijn om deze ontwikkelingsgebieden te monitoren. Bij de keuze hiervan is geprobeerd om zoveel mogelijk gebruik te maken van testen die al op de groepen worden gebruikt, mits dit valide en betrouwbare testen zijn. Voordeel hiervan is dat zo weinig mogelijk inbreuk wordt gemaakt op de bestaande werkwijze, waardoor de monitor makkelijker in te voeren is.

ER WORDT ZO WEINIG MOGELIJK

INBREUK GEMAAKT OP DE BESTAANDE

WERKWIJZE

Ontwikkeling protocollen

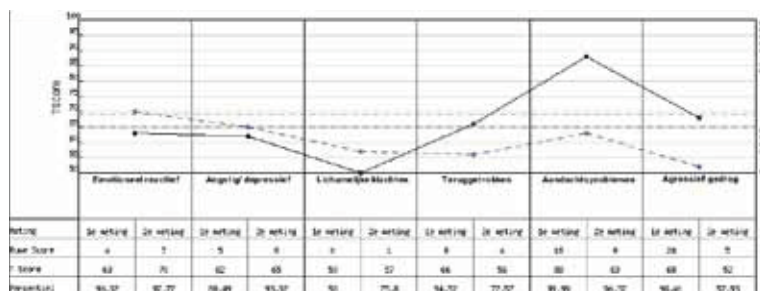
Nadat de vragenlijsten en testen zijn geselecteerd moest bepaald worden wie de instrumenten op welk moment afneemt. Hierbij is nagegaan welke meetmomenten voor de behandeling noodzakelijk zijn en welke meetmomenten nodig zijn om effectonderzoek te kunnen doen. Ook bij de ontwikkeling van de protocollen zijn we zoveel mogelijk uitgegaan van de bestaande werkwijze. Voor elk ontwikkelingsgebied is apart een protocol ontwikkeld. In deze protocollen wordt het hele proces van het verzamelen en verwerken van de gegevens beschreven. Zo wordt bijvoorbeeld beschreven hoe en wanneer de gegevens verzameld worden, hoe de gegevens ingevoerd worden en op welke manier feedback wordt gegeven aan andere professionals en ouders. De protocollen zijn opgesteld door een teamleider en een onderzoeker. Ze zijn vervolgens in teamvergaderingen besproken, zodat de professionals hierover feedback konden geven en mee konden denken.

BergOp

De werkgroep heeft gezocht naar een database voor het opslaan van de verzamelde gegevens. De keus is gemaakt voor BergOp, een webbased database die is ontwikkeld door Praktikon. Dit is een instelling die ondersteuning biedt bij het evalueren en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Vele instellingen in de jeugdgezondheidszorg gebruiken BergOp al om zicht te krijgen in hun doelgroep en resultaten van zorg. Daarbij is het mogelijk BergOp te

Meting op kindniveau

Het gebruik van vragenlijsten in BergOp is vrij gemakkelijk en klantvriendelijk omdat ouders ervoor kunnen kiezen de vragenlijsten online in te vullen. Dit voorkomt tevens de kans op fouten bij het overnemen van de antwoorden in het systeem. Ook derden kunnen online de TRF invullen. Op deze manier kan bijvoorbeeld het gedrag van het kind in kaart worden gebracht in de thuissituatie, op de behandelgroep en op een kinderdagverblijf. Bij een jongen van drie jaar werd de CBCL door ouders ingevuld en de TRF door de medewerkers van de groep. Uit beide kwam een ander beeld naar voren. Vervolgens heeft ook het regulier kinderdagverblijf de vragenlijst ingevuld. Hier kwam weer een ander beeld uit naar voren. Dit is aanleiding geweest om met de verschillende betrokkenen in gesprek te gaan om een beter beeld te krijgen van het kind in de diverse situaties. Door met elkaar in gesprek te gaan is een beter beeld gevormd van het gedrag. Tevens is het kind zowel op de behandelgroep als op het kinderdagverblijf geobserveerd. Op deze manier is het gedrag verder in kaart gebracht en met ouders besproken. De benadering van het kind in de diverse leefmilieus kon op deze manier op elkaar worden afgestemd. Het gebruik van de vragenlijsten heeft op deze manier al in een vroeg stadium een bijdrage kunnen leveren aan de afstemming van zorg en begeleiding.



Figuur 1: Profielen TRF van behandelgroep en kinderdagverblijf.

MONITOREN VAN DE BEHANDELING VAN KINDEREN MET ESM

Een logopedist aan het woord:

“Ik vind het erg nuttig dat er onderzoek gedaan wordt naar de invloed van onze behandeling op de spraaktaalontwikkeling van kinderen met ESM en werk er daarom graag aan mee. Gelukkig kost het me nauwelijks extra tijd. Het invoeren van de toetsgegevens in BergOp is binnen tien minuten gebeurd. Nieuw sinds de monitor is dat we de toetsmomenten vooraf plannen. Voordeel hiervan is dat we altijd een toetsmoment plannen rond de 3;6 jaar en we daardoor nooit in de problemen komen met de cluster 2 aanvraag. Jammer vind ik dat er nog geen gegevens over de articulatie in de BergOp kunnen worden opgenomen. Zo lijkt het soms of een kind geen problemen heeft terwijl er sprake is van ernstige articulatieproblematiek. Gelukkig komt daar binnenkort verandering in met een nieuwe genormeerde toets.”

optreden, is er een beheerder aangesteld vanuit de onderzoeksafdeling. Zodra de monitor goed functioneert kan het secretariaat deze functie overnemen.

Inhoud monitor

De monitor bestaat uit taaltesten, vragenlijsten voor de sociaal-emotionele ontwikkeling en cognitieve testen. In tabel 1 staat een overzicht van de testen en vragenlijsten die we afnemen en wat ze precies meten. Deze instrumenten worden voorafgaand aan de start van de behandeling en vervolgens halfjaarlijks of jaarlijks nogmaals afgenomen.

Tabel 1: vragenlijsten en testen die binnen de monitor worden gebruikt.

Ontwikkelingsgebied	Vragenlijst/test	Deze vragenlijst/test meet:
Sociaal-emotioneel	CBCL (oudervragenlijst)	Gedrag
	NOSI (oudervragenlijst)	Stressbeleving van ouders bij de opvoeding van een kind
	Tapqol (oudervragenlijst)	Kwaliteit van leven
Spraak-/taal	TRF (vragenlijst voor groepsleiding)	Gedrag
	Reynell/NNST receptief	Taalbegrip
	Schlichting/NNST expressief	Taalproductie en woordenschatproductie
	PPVT	Woordenschatbegrip
	Logo-art/CAI	Articulatie en fonologische ontwikkeling
Cognitief	SON/BSID	Cognitie

koppelen een Elektronisch Cliënten Dossier.

Bij de in gebruik name van BergOp is een beheerder aangesteld. Deze heeft zicht op alle data in het systeem en houdt bij of alle gegevens op de juiste momenten verzameld zijn. Daarnaast is deze een helpdesk voor de professionals. Omdat de monitor nog helemaal opgezet moest worden en er in de beginfase vaak onvoorziene problemen



Foto: Fokke van Saane, Amsterdian

Dat houdt in dat ouders bij de intake drie vragenlijsten voor de beginmeting invullen: de CBCL, de NOSI en de Tapgol. Deze drie lijsten geven de orthopedagoog bij de start veel extra informatie. De resultaten van de lijsten worden meegenomen in het behandelplan en met ouders besproken.

Daarnaast zorgen de logopedisten ervoor dat er met tien weken een beginmeting van alle taaltesten is. Kinderen komen vaak al binnen met een Reynell, Schlichting of beide (of een NNST), maar de logopedisten nemen dan ook nog een Peabody (PPVT) en een articulatie-onderzoek af. Dit vraagt extra tijd en inspanning van de logopedist, maar het levert belangrijke informatie op. Voor het in kaart brengen van de cognitieve ontwikkeling is één meetmoment voldoende. Dit is een relatief stabiele factor die nodig is om uit te kunnen sluiten dat er geen sprake is van een ontwikkelingsachterstand, en dus geen ESM.

Tot slot wordt geregistreerd welke onderdelen van de behandeling het kind en/of de ouders ontvangen. Zo kunnen ouders een spraaktaal cursus of een cursus Nederlands ondersteund met Gebaren volgen. Ook kunnen ouders ambulante begeleiding krijgen en worden thema-ochtenden op de behandelgroepen georganiseerd.

Adoptie

Al tijdens de ontwikkeling van de monitor is ook aandacht uitgegaan naar hoe de monitor in de dagelijkse praktijk ingevoerd kan worden. In de eerste fase, de adoptiefase, moet het besluit worden genomen om al dan niet volgens de vernieuwing te gaan werken door alle voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen. Een belangrijk onderdeel in deze fase is het creëren van draagvlak bij professionals en management. Uiteindelijk moet het management immers groen licht geven om de monitor in te voeren en moeten de professionals gemotiveerd zijn om de monitor ook daadwerkelijk te gaan gebruiken.

Draagvlak

Tijdens de ontwikkelingsfase is al aandacht besteed aan het creëren van draagvlak bij de professionals. Professionals zijn betrokken geweest bij de werkgroep en hebben feedback kunnen geven op de protocollen. Er is doelbewust voor gekozen om de monitor zo veel mogelijk samen met de professionals op te zetten. Professionals hebben immers het beste zicht op wat nodig is voor de behandeling. Een bijkomend effect is echter ook dat de implementatie veel meer kans van slagen heeft, aangezien de professionals de monitor zelf uit moeten voeren.

Draagvlak is daarnaast ook nog op andere manieren gecreëerd. In een personeelsbijeenkomst is een presentatie gegeven door een externe deskundige over evidence based werken en praktijk gestuurd effectonderzoek. Het belang van evidence based werken werd zo onder de aandacht gebracht bij de medewerkers en het management. Daarnaast hebben informatiebijeenkomsten plaatsgevonden voor de orthopedagogen (en tevens teamleiders van de behandelgroepen) en de logopedisten waarin met hen de monitor is besproken. De orthopedagogen hebben op hun beurt weer informatie in het teamoverleg van de groepen besproken. Voor het managementteam is een presentatie gehouden over het belang van evidence based werken en wat het voor een organisatie betekent om met monitoren te starten. Uiteindelijk is door het managementteam het besluit genomen om de monitor te gaan implementeren.

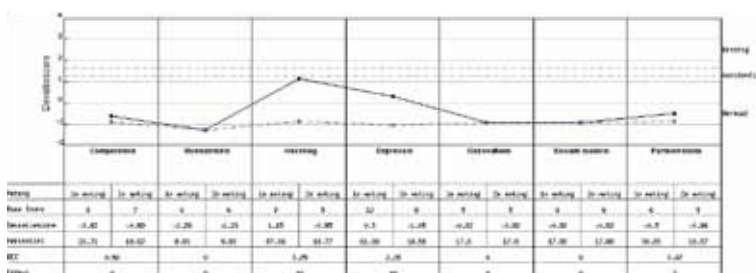
Implementatie

Voordat medewerkers met de monitor gingen werken, werden zij eerst geschoold. Op de eerste plaats heeft

Volgen ontwikkeling gedurende behandelgroep

Een effectrapportage van een meisje dat 9 maanden op een behandelgroep heeft gezeten voor kinderen met ESM levert informatie over haar ontwikkeling. Het gaat om een effectmeting ten aanzien van de ouderlijke stress. De doorgetrokken lijn is de lijn van de startmeting. De stippellijn de lijn van de eindmeting. Naar aanleiding van de bespreking van de vragenlijst kwam naar voren dat ouders moeite hadden met het gedrag van hun dochter. Met name de veeleisendheid en het niet goed kunnen begrijpen van hun dochter in combinatie met sterk emotioneel gedrag van het meisje was zwaar voor ouders. Moeder ervaaarde minder gehechtheid dan bij haar andere kind en de opvoeding viel moeder zwaar.

Het meisje kwam in beginsel twee dagdelen en na een half jaar drie dagdelen naar de groep. Ouders hebben een oudercursus gevolgd en zijn een aantal keer naar een ouderthemaochtend geweest, waarin onder andere is gesproken over grenzen stellen en sociaal-emotionele ontwikkeling bij kinderen met ESM. De eindmeting geeft weer dat er een positieve verandering is opgetreden ten aanzien van de ouderlijke stress en de problemen die ouders ervaaarden. Op de items waar ouders geen problemen ervaaarden is de situatie grotendeels gebleven zoals deze was.



Figuur 2: Effectrapportage NOSI: Startmeting en eindmeting in één profiel.

MONITOREN VAN DE BEHANDELING VAN KINDEREN MET ESM

de werkgroep met een aantal professionals de training “Bewaken van de onderzoekslogistiek” van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) gevolgd. Hierin is aandacht besteed aan het belang van evidence based werken, de keten van onderzoekslogistiek en het opstellen van protocollen voor de monitor. In deze cursus is de basis gelegd om de monitor bij de NSDSK te implementeren.

Vervolgens is door de teamleiders van de behandelgroepen de training ‘Werken met vragenlijsten’ gevolgd. Ook deze cursus is door het NJI verzorgd. In deze training hebben de teamleiders geleerd wat het belang is van het inzetten van vragenlijsten in de behandeling, hoe de resultaten van vragenlijsten geïnterpreteerd kunnen worden en hoe dit aan ouders kan worden teruggekoppeld.

Beheerder

Het invoeren van een vernieuwing verloopt over het algemeen beter als het professionals zo makkelijk mogelijk wordt gemaakt. Hierdoor wordt de kans vergroot dat ze positieve ervaringen opdoen wat weer positieve gevolgen heeft voor een goede implementatie. De beheerder heeft daarom bij de start een aantal extra taken op zich genomen die op een later moment door de professionals zelf gedaan mogen worden. Hierdoor werden de professionals minder belast en is de tijd gegeven om het zich eigen te maken.

Start

In februari 2010 is uiteindelijk gestart met het includeren van de kinderen binnen de monitor. Tot de zomer 2010 is elke behandelgroep begonnen met de inclusie van één of twee kinderen om zo langzaam aan het monitoren te kunnen wennen. Er hebben in deze periode twee evaluaties plaatsgevonden om de eerste kinderziekten boven water te krijgen. Vanaf de zomer 2010 werden alle nieuwe kinderen op de groepen binnen de monitor meegenomen. Dat gaat als volgt:

In de eerste weken op de groep wordt voor een kind een planning gemaakt waarin staat welke testen en vragenlijsten op welke meetmomenten moeten worden afgenomen tot



Foto: Folke van Saane, Amsterdam

Een pedagogisch medewerker vertelt:

“Wij vullen de TRF altijd samen in. Je kijkt niet altijd op dezelfde manier naar een kind en dit zet je weer even aan het denken. Het is leuk dat je na het invullen meteen in het profiel de uitslag kan zien en kan nagaan of dat het overeenkomt met wat je van te voren had bedacht. Wanneer je problematisch gedrag ziet, dat ook in de TRF naar boven komt, heb je zo een mooie ingang om dit met ouders te bespreken. Het moment van invullen is wel iets dat we in de gaten moeten blijven houden. We schrijven het steeds op in de agenda, maar het zit nu nog niet in het systeem.”

HOE BRENGEN WE DE ONTWIKKELING VAN MEERTALIGE KINDEREN BINNEN DE MONITOR IN KAART

de verwachte uitstroom bij 4;0 jaar. Dat betekent dat wanneer een kind met 2;6 jaar op een groep start, bij de start al bepaald wordt wanneer gedurende de behandelperiode wordt getest. De planning wordt door de orthopedagoog en de logopedist opgesteld en tevens aan de beheerder gestuurd, zodat deze zicht heeft op wanneer gegevens in de database moeten staan. Aanvankelijk moesten de professio-

nals hieraan wennen, maar al snel bleek dat deze planning een duidelijke structuur en overzicht oplevert.

Evaluatie en aanpassingen

Natuurlijk moest er naar aanleiding van de evaluaties ook een en ander worden aangepast. Het Logo-art articulatie-onderzoek is niet genormeerd. Dit maakt het onmogelijk om het op een goede manier in de behandeling in te zetten en om effecten te bepalen. Daarom gaan we nu na of we gebruik kunnen maken van het Computer Articulatie Instrument (CAI), een instrument dat momenteel genormeerd wordt voor twee- tot zevenjarigen door de Radboud Universiteit Nijmegen. En ook bij andere testen blijft het bijhouden. Zo zijn we binnen de monitor gestart met de oude Reynell en Schlichting, maar de nieuwe Schlichting is nu ook op de markt en zal toegevoegd worden.

Een ander punt waar we tegenaan liepen was het in kaart brengen van de ontwikkeling van meertalige kinderen. Wanneer taaltesten met een tolk worden afgenomen mogen de scores niet vergeleken worden met de normgroep of testen zijn niet geschikt voor deze doelgroep. Daarbij komt ook dat ouders die niet of slecht Nederlands spreken de vragenlijsten niet zelf in kunnen vullen. Wanneer de vragenlijsten vertaald worden door een tolk zijn de normscores niet meer betrouwbaar. Een werkgroep

buigt zich nu over de vraag hoe we de ontwikkeling van deze kinderen binnen de monitor toch zo goed mogelijk in kaart kunnen gaan brengen.

Institutionalisering

En dan... Na ruim een jaar krijgt de monitor steeds beter vorm. Het is een proces van blijven evalueren en afstemmen om alle kleine processen te verfijnen. Inmiddels wordt alles uit reguliere middelen betaald. Professionals houden nog steeds bij hoeveel tijd de monitor hen kost. Orthopedagogen geven aan dat verslaglegging en oudergesprekken meer tijd kosten, omdat het analyseren en bespreken van de profielen is toegevoegd. Ook voor de logopedisten kost het meer tijd om de taaltesten af te nemen. Binnenkort zal uitgebreid met hen geëvalueerd worden hoe het eerste jaar is vergaan. Dan zal ook blijken of er aanpassingen nodig zijn. De beheerdersfunctie is inmiddels gedeeltelijk overgedragen aan het secretariaat. De onderzoeksafdeling blijft hier wel een sturende rol in houden. Uiteindelijk is de bedoeling dat bijna de gehele beheerdersfunctie door het secretariaat zal worden overgenomen. De beheerder blijft een helpdesk voor de professionals. Evaluatie met de teamleiders blijft om de vier maanden plaatsvinden en alle professionals kunnen aandachtspunten en ideeën bij de beheerder aan blijven geven. Dit wordt ook gedaan. Logopedisten en orthopedagogen denken mee over het verbeteren van het proces.

Wat levert het nu op?

De orthopedagogen geven aan dat de vragenlijsten voor de sociaal-emotionele ontwikkeling bij de start van de behandeling belangrijke informatie leveren over kind en ouders. Problematiek komt zo eerder boven water, waardoor eventuele behandeling eerder kan worden ingezet. Daarbij geven de drie lijsten tezamen een mooi beeld van de situatie. Heeft het kind eventuele gedragsproblemen (CBCL)? Heeft dat gevolgen voor de kwaliteit van leven van het kind (Tapqol)? En heeft het gevolgen voor de ouders (NOSI)? Van te voren waren professionals bang dat ouders de vragenlijsten als een 'te veel' zouden ervaren. Ouders blijken echter de vragenlijsten als een onderdeel van de behandeling te zien en niet als belasting. Tot nu toe hebben slechts drie van de 100 ouders aangegeven één van de drie vragenlijsten niet in te willen vullen. Dit betrof de NOSI. Een aantal logopedisten koppelden terug dat de afname van de PPVT een toegevoegde waarde heeft. Door de score van de PPVT naast die van de Reynell te leggen krijgen ze extra informatie over het taalbegrip. We mogen de conclusie trekken dat het proces van de ontwikkeling tot de institutionalisatie relatief goed is verlopen. De professionals werken mee met de monitor en brengen

Door middel van een monitor kan gemakkelijk een overzicht verkregen worden van allerlei kenmerken van de kinderen, bijvoorbeeld in de sociaal-emotionele ontwikkeling. Sinds de start van de monitor hebben de ouders van 90 kinderen (69% jongens en 31% meisjes) voorafgaand aan de start van de behandeling de CBCL ingevuld. De gemiddelde leeftijd van deze kinderen was 36 maanden bij instroom (standaarddeviatie=5 maanden; range=24-46 maanden).

Tabel 2. Percentage kinderen met problemen volgens de CBCL

	Kinderen met ESM			Vergelijkingsgroep		
	Jongens n=62	Meisjes n=28	Totaal n=90	Jongens n=309	Meisjes n=333	Totaal n=642
Totaalscore	13	11	12	8	4	6
Internaliseren	23	14	20	8	8	8
Externaliseren	19	11	17	9	4	6

Omdat er nog geen Nederlandse normgegevens beschikbaar zijn van de CBCL 1,5-5 jaar, hebben we de kinderen met ESM vergeleken met een doorsnee groep 3-jarigen (Zeijl, 2005). In tabel 1 is te zien dat kinderen met ESM die bij de NSDSK in behandeling zijn twee keer zo vaak een klinische totaalscore hebben op de CBCL dan een doorsnee groep 3-jarigen. Bovendien hebben ze 2,5 keer zo vaak internaliserende problemen en bijna 3 keer zo vaak externaliserende problemen. In beide groepen hebben jongens vaker problemen dan meisjes. Opvallend is dat meer jongens met ESM internaliserende problemen hebben dan meisjes. Bij de doorsnee groep 3-jarigen is dat niet zo.

MONITOREN VAN DE BEHANDELING VAN KINDEREN MET ESM



Foto: Folke van Saane, Amsterdam

Een orthopedagoog geeft haar mening:

“Door het inzetten van de vragenlijsten krijg ik eerder inzicht in hoe ouders het kind zien en welke vragen zij hebben. Ouders leggen bijvoorbeeld niet meteen de link dat slaapproblemen van invloed zijn op het functioneren in de groep, waardoor ze dit uit zichzelf niet met ons bespreken. Door de vragenlijsten wordt dit nu meteen bespreekbaar. Soms zit er echter nog wel te veel tijd tussen het invullen van de vragenlijsten door ouders en het bespreken van de resultaten in het eerste handelingsplanoverleg. Dat zou soms nog beter op elkaar aan moeten sluiten.”

nog steeds nieuwe ideeën in. Succesfactoren bij de implementatie van de monitor zijn volgens ons:

- 1) Er is zoveel mogelijk aangesloten bij de bestaande werkwijze.

- 2) Er is veel aandacht besteed aan het creëren van draagvlak en het betrekken van de professionals bij de ontwikkeling van de monitor.
 - 3) Bij de start zijn veel taken bij de beheerder neergelegd, waardoor de professionals langzaam aan de monitor konden wennen en tijd hadden het zich eigen te maken.
 - 4) Professionals zijn geschoold.
 - 5) We blijven evalueren en bijstellen.
- Met name dit laatste punt is belangrijk voor het vervolg. Er zullen veranderingen blijven komen waardoor aanpassingen volgen. Blijven evalueren is dan ook erg belangrijk!

Hoe nu verder...

We zijn er nog niet. De monitor voor de ESM doelgroep loopt, maar we zijn nu hetzelfde traject gestart voor de dove en slechthorende kinderen. Daarnaast hebben ook Auris en Pento het besluit genomen om met het moni-

Een logopedist vertelt:

“Het meest waardevolle van de monitor vind ik dat je een goed overzicht krijgen van hoe kinderen zich ontwikkelen op onder andere de spraaktaalontwikkeling en sociaal emotioneel gebied. Voor de behandelaar is het een goed hulpmiddel om een inzicht te krijgen in waar het zwaartepunt in de behandeling naar dient uit gaan. Ook kunnen we aan de hand van de monitor heel eenvoudig en snel een planning maken voor de kinderen. Er zijn echter ook een aantal nadelen.

In BergOp worden altijd de Q-scores van de testen ingevuld. Voor een goed beeld van het individuele kind moet je dus altijd nog het dossier erbij pakken. Verder moeten we er voor waken dat er alleen in het kader van effectonderzoek testen worden afgenomen, terwijl deze niet altijd extra inzichten verschaffen voor de behandeling en/ of diagnose. Er zijn bijvoorbeeld twee taalbegripstesten opgenomen in de monitor; de PPVT en de Reynell Test. Ik neem regelmatig de PPVT af voor de monitor. Het afnemen van een extra test betekent wel een vermindering van de behandel tijd.”

toren te starten. Zij zullen binnenkort gaan starten met de monitor voor de kinderen met ESM. Hierbij zullen de protocollen van de verschillende instanties op elkaar worden afgestemd.

Het belangrijkste blijft om de ontwikkeling van het kind zo goed mogelijk in kaart te brengen waardoor we een goede behandeling aan kunnen bieden. Het monitoren is

daarbij een flinke investering en vraagt een verandering van professionals, waarbij aanpassingen moeten worden gedaan, om de monitor verder te verbeteren. Het belangrijkste is om ons steeds opnieuw af te vragen of wat we doen de behandeling en de effectiviteit ten goede komt. De monitor levert ons hiervoor gegevens op de korte termijn, wat betreft de kinderen die nu op de behandelgroep zitten, maar ook op de lange termijn, als we straks de gegevens van honderden kinderen naast elkaar kunnen leggen.

Over de auteurs:

Bernadette Vermeij is linguïst en logopedist en werkt als onderzoeker/logopedist bij de NSDSK. Emailadres: bvermeij@nsdsk.nl

Karin Wiefferink is neerlandicus/onderwijskundige en werkt als senior-onderzoeker bij de NSDSK.

Marthe Wijs van Lonkhuijzen is orthopedagoog en teamleider van twee ESM behandelgroepen van de NSDSK in Amsterdam.

Een lijst met literatuur is opvraagbaar bij de redactie en te downloaden van de website van Simea.

Simeacongres 2012

Passende antwoorden in onderwijs en zorg voor kinderen en volwassenen met een auditieve en/of communicatieve beperking

12 & 13 april te Lunteren

Hoe zorgen we voor passende antwoorden op de beleidsvoornemens van de overheid? Dát staat centraal op het komende Simea congres. De congrescommissie is op zoek naar lezingen en workshops die ingaan op de gevolgen van deze veranderingen en hoe wij daar vanuit het cluster 2 onderwijs en vanuit de zorg passende antwoorden op geven.

Te denken valt aan minilezingen over:

- handelingsgerichte diagnostiek en bepalen van de toelaatbaarheid
- vroege opvang/vroegsignalering
- kleuter- en peuterafdelingen
- ontwikkelingsperspectief
- kwaliteitsindicatoren
- testen/toetsen en opbrengsten
- ambulante begeleiding en regulier onderwijs

- regionale afstemming
- vso en uitstroom naar mbo/arbeid
- het vergroten van vaardigheden van leerkrachten, ab-ers, logopedisten, etc

Wil je een minilezing geven die aansluit bij dit thema? Of weet je een geschikte lezing?

Laat het ons dan weten!

Meld je aan vóór 1 november 2011 voor het geven van een minilezing.

Download het aanmeldingsformulier op www.simea.nl/congres of stuur een email naar info@simea.nl.

Congrescommissie 2012: Floris Hartgers, Annet de Klerk, Willem Noppers, Gerti Rijpma, Noëlle Uilenburg en Martijn Vooren.