

van-zelf-sprekend

Taal- spraakontwikkeling en het gebruik van een
valide signaleringsinstrument

Willijanneke Heijting-Bakker
MGZ-2003
Studentnummer: 20032569
Haagse Hogeschool
Juni 2006

“Kaïn had Seth als heel klein kind wel eens razend gezien. Dan was hij niet voor rede vatbaar geweest, had hij geschreeuwd, gebeten en woedend om zich heen geslagen. Hij herinnerde zich hoe Eva het kleine jongetje dan in haar armen had genomen en had vastgehouden tot zijn boosheid was weggeëbd.

Eva zei dan altijd als dat gebeurde, wat was het ook alweer? Kaïn moest zich inspannen om het zich te herinneren, toen wist hij het weer: “Het gaat over als hij woorden leert en zo uitdrukking kan geven aan zijn gevoelens.”

Woorden leren. Degene die woorden bezit om zich mee uit te drukken, valt niet ten prooi aan de woede, was dat het soms? Over hem, Kaïn, was altijd gezegd dat hij moeite had met het leren van woorden. Zover hij het had begrepen, had hij niet gesproken voor hij vijf was. Hij had tot die tijd gezwegen.”¹

¹ Uit: *Het boek Kaïn*, Marianne Frederiksson, pagina 173, 174.

Voorwoord	5
1. Inleiding	6
1.1 Motivatie.....	6
1.2 Probleembeschrijving.....	6
1.3 Probleemanalyse	7
1.4 Probleemstelling.....	8
1.5 Opbouw.....	8
2. Taalontwikkeling.	10
2.1 Inleiding.....	10
2.2 Normale taalontwikkeling	10
2.3 Afwijkende taalontwikkeling	14
2.3.1 Onderkenning van spraak- en taalproblemen	15
2.3.2 Epidemiologie.....	17
2.4 Oorzaken	18
2.5 Gevolgen.....	20
3. Werken met een model.....	21
3.1 Inleiding.....	21
3.2 Het model van Lalonde	21
3.3 Het Balansmodel van Bakker.....	22
4. Taal- spraak signaleringsinstrumenten.	25
4.1 Inleiding.....	25
4.2 Een goed signaleringsinstrument	26
4.2.1 Doeltreffendheid van een goed signaleringsinstrument	26
4.3 Het signaleringsinstrument in de praktijk.....	27
4.3.1 Thuiszorg Stichting Opmaat.....	27
4.3.2 Thuiszorgorganisatie Valent RDB	28
4.3.3 Thuiszorg (ZuidZorg) Eindhoven.....	29
4.3.4 Thuiszorg Groningen.....	30
4.3.5 Thuiszorg Nieuwe Waterweg Noord.....	32
5. De actuele signaleringsinstrumenten.....	36
5.1 Inleiding.....	36
5.1.1 Het van Wiechenschema	36
5.1.2 Groninger Minimum Spreeknormen	37
5.1.3 Lexilijst	38
5.1.4 SNEL.....	39
5.1.5 VTO- taalsignaleringsinstrument.....	40
5.1.6 N-CDI's.	41
6. De rol van de verpleegkundige	43
6.1 Inleiding.....	43
6.2.Het Basistakenpakket	43
6.3 Het Beroepsprofiel van de verpleegkundige	45
6.4 Actuele rol van de jeugdverpleegkundige	47
6.4.1 De preventie en signalering bij taal- spraak ontwikkeling	47
6.4.2 De rol van de verpleegkundige in het licht van het Basistakenpakket.....	49
6.4.3 De rol van de verpleegkundige in het licht van het Beroepsprofiel.....	50
7. Discussie en aanbevelingen	52
7.1 Inleiding.....	52

7.2 Discussie	52
7.3 Aanbevelingen	54
Bijlage 1: Indeling volgens ontwikkelingsmodel van Gesell	56
Bijlage 2: Het van Wiechenschema	58
Bijlage 3: De taalnormeringslijst van Goorhuis (GMS).....	60
Bijlage 4: De Lexilijst	62
Bijlage 5: SNEL	64
Bijlage 6: VTO-taalsignaleringsinstrument.....	65
Bijlage 7: N-CDI.....	66
Bijlage 8: Model van Lalonde.....	68
Bijlage 9: Het Balansmodel van Bakker.....	69
Bijlage 10: Kernprofiel van de MGZ verpleegkundige.....	70
Bijlage 11: Beroepsprofiel van de verpleegkundige.....	71
Bronnenlijst.....	72
Boeken.....	72
Onderzoeksrapporten	73
Nota's.....	74
Artikelen	74
Papers.....	75
Internetadressen	75

Voorwoord

Het woord 'van-zelf-sprekend' gebruiken wij gewoonlijk onnadenkend. In het verband van mijn scriptie drukt het meer uit. Het geeft subtiel aan wat wij onder een gezonde taalontwikkeling mogen verstaan, namelijk dat wij onder normale omstandigheden vanuit-onszelf-gaan spreken. Ouders en opvoeders merken als het goed is dat, al binnen het eerste levensjaar, hun kinderen vanzelf klanken gaan nabootsen. Natuurlijk spelen zij een belangrijke rol in de taalontwikkeling, maar het kind maakt zich zonder enige zichtbare moeite en spelenderwijs de eerste taaluitingen eigen. Dit is van groot belang voor het kind. Zo leert het dat taal een geweldige mogelijkheid is om te communiceren.

Maar het is nog meer dan dat. Door het spreken word je ook iemand. Taal geeft je een naam, een identiteit, een gezicht. Dat is de tweede betekenis die ik in de titel leg. Door taal leer je van-je-zelf te spreken. Het is een instrument om aan je zelf, je persoon te bouwen. Een oerverhaal uit de bijbel vertelt ons over de scheppende kracht van de taal. God schept door te spreken, en de eerste mens wordt daarbij gelijk ingeschakeld. Hij mag namen geven aan de dieren (Genesis 2:19,20). Zo wordt bijvoorbeeld het dier 'leeuw' de ons bekende leeuw:

Toen vormde hij uit aarde alle in het wild levende dieren en alle vogels, en hij bracht die bij de mens om te zien welke namen de mens ze zou geven: zoals hij elk levend wezen zou noemen, zo zou het heten. De mens gaf namen aan al het vee, aan alle vogels en alle wilde dieren...

Een tweede bijbelverhaal, namelijk dat van Kaïn en Abel in romanvorm weergegeven door Marianne Frederiksson, laat zien dat het niet altijd vanzelf spreekt dat een kind leert om zich door middel van taal te uiten. Het citaat van pagina 2 uit *Het boek Kaïn* vertelt wat daar de gevolgen van kunnen zijn.

In mijn scriptie onderzoek ik welke mogelijkheden er zijn voor de jeugdverpleegkundige om actief taal- en spraakproblemen bij jonge kinderen van 0-4 jaar te signaleren. Ik hoop met aanbevelingen voor de praktijk van de zorg een bijdrage te leveren aan een gezonde spraak- en taalontwikkeling. Het moge duidelijk zijn dat ik dat van groot belang acht voor de kinderen zelf en voor de samenleving waarin zij opgroeien.

Ik bedank Huub Sibbing als mentor, en met hem de andere docenten van de opleiding van MGZ 2003 aan de Haagse Hogeschool. Hun onbetwiste enthousiasme voor de uitoefening van het vak en hun geloof in onze mogelijkheden waren de afgelopen drie jaren een grote stimulans voor mij. In het bijzonder noem ik ook Petra Scheffer, mijn scriptiebegeleidster. Zij behield tijdens de laatste hectische maanden overzicht en prikkelde mij een eigen koers te varen. Ben en mijn zonen bedank ik voor hun steun de afgelopen drie jaren. Zij hebben mijn ontdekkersvreugde en moeite, mijn hoop en soms ook wanhoop van dichtbij meegemaakt.

Willijanneke Heijting-Bakker

1. Inleiding

1.1 Motivatie

Als afronding van de MGZ- opleiding krijgt de student de opdracht om een afstudeerwerkstuk te maken. Het maken van een dergelijk werkstuk heeft de volgende doelen:

- de student is in staat tot het zelfstandig bestuderen van een bepaald onderwerp;
- de student is in staat tot het zelfstandig opsporen, selecteren en raadplegen van informatie;
- de student is in staat tot het formuleren van de informatie tot een specifiek op het onderwerp gerichte samenhangende tekst.²

Als onderwerp heb ik de taal- spraakontwikkeling van het jonge kind gekozen. Vanaf het moment van de aanwezigheid van het kind is er sprake van communicatie, zowel verbaal als non-verbaal. Van een jeugdverpleegkundige wordt verlangd dat zij in staat is om, tijdens de contactmomenten met het kind en de ouders/verzorgers, achterstand te signaleren. Natuurlijk zijn er ook ouders die bij een taal- spraakprobleem aan de bel trekken. Door mijn werkervaring tot nu toe meen ik op te merken dat alleen de kinderen met een duidelijke achterstand in taal- spraakontwikkeling intensievere zorg krijgen toegewezen. Terwijl kinderen met minder opvallende taal- spraakproblemen niet altijd in één oogopslag worden herkend en later voor grote verdere problemen kunnen zorgen. Een taalontwikkelingsstoornis kan een uiting zijn van een andere onderliggende stoornis, zoals stoornissen op het gebied van de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling en stoornissen op medisch gebied, zoals gehoorproblemen. Het is daarom van belang dat een jeugdverpleegkundige op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen en mogelijkheden van signaleren op het gebied van de taal- spraakontwikkeling. Dan kan zij³ optimale zorg verlenen aan het kind en zijn ouders/verzorgers. In dit afstudeerwerkstuk zal ik een beschrijving geven van taalontwikkeling en van de actuele stand van zaken van de hulpverlening op dit punt. Zo hoop ik bewustwording bij mijzelf en mijn collega's te bewerkstelligen.

1.2 Probleembeschrijving

Gelukkig maken veel kinderen een normale taal- spraakontwikkeling door. De een ontwikkelt zich daarin sneller dan de ander. De taal en spraak ontwikkelen zich normaliter al vanaf zeer jonge leeftijd. Op het consultatiebureau is, vanaf de eerste contacten met de ouders en het kind, het van Wiechenschema⁴ het tot nu toe gebruikelijke hulpmiddel om de mate van onder andere spraak- taalontwikkeling te volgen. Het van Wiechenonderzoek is ontwikkeld om vroegtijdig het achterblijven in ontwikkeling te kunnen signaleren: het is echter geen signaleringsinstrument en geen

² Studentenstatuut: Bijlage 18

³ De jeugdverpleegkundige wordt in dit werkstuk aangeduid met 'zij'. Daarmee wordt tevens de mannelijke collega bedoeld.

⁴ L. de Angulo M.S. e.a., *Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg. Het van Wiechenonderzoek*, Assen 2005. Zie ook bijlage 2.

diagnostische test, omdat het een onderzoek is dat de lijnen aangeeft waarlangs de ontwikkeling gewoonlijk verloopt, aldus beschreven in Het Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg Deel B⁵.

In 2004 geeft het kwaliteitssysteem van TNO preventie en gezondheid aan dat 5-10% van de kinderen in de leeftijdsgroep 0-7 jaar een taalachterstand heeft.⁶ Derhalve is het de taak van de jeugdverpleegkundige om de spraak- taalproblemen vroegtijdig op te sporen, zodat gevolgen van de taalachterstand beperkt blijven.

Het signaleren van spraak- en taalproblemen is in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid verankerd⁷. “Gemeenten hebben als speerpunt het terugdringen van onderwijsachterstanden door het bevorderen van een goede taalontwikkeling.”⁸ Echter over de uitvoering van de screening op spraak- en taalstoornissen binnen de jeugdgezondheidszorg bestaat onduidelijkheid, zowel op het inhoudelijke als op het financiële vlak.⁹ “Thuiszorgorganisaties en GGD- en hebben veelal eigen protocollen ontwikkeld rondom preventie en signalering van taalontwikkelingsstoornissen”.¹⁰ Door versnippering kunnen de eventueel nodige interventie mogelijkheden minder adequaat worden ingezet om verdere achterstand voor te zijn. Het is belangrijk voor een kind en zijn omgeving om voldoende taalontwikkeling door te maken. In de praktijk blijkt dat de kinderen met een kleinere of grotere taalachterstand kunnen vervallen in andere problemen op kortere of langere termijn. De achterstand kan bijvoorbeeld leiden tot agressie en doublures tijdens de schoolloopbaan van het kind.

1.3 Probleemanalyse

Kinderen leren de taal zonder dat nadrukkelijk geoefend wordt. Dit betekent niet dat het proces van taalverwerving altijd vanzelfsprekend verloopt. Er zijn enkele voorwaarden waaraan moet worden voldaan, zoals intacte zintuigfuncties met name gehoor en visus. Daarnaast moet het cognitief functioneren van voldoende niveau zijn. Voorts moet het kind door interactie met de omgeving voldoende taal van kwalitatief goed niveau aangeboden krijgen. De ouder en kindzorg van 0-4 jaar geeft ouders voorlichting over taalverwerving, geeft informatie over de taalontwikkeling van het jonge kind, stimuleert tot woordspelletjes en voorlezen. De jeugdverpleegkundige zet haar kennis in om ouders te ondersteunen in de stimulerende rol die zij hebben in de ontwikkeling van taal bij hun kind. Het basistakenpakket biedt met zijn producten een beschrijving van de gangbare taalactiviteiten binnen de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen. Volgens de nota *Van brabbelen tot spreken*¹¹ is de huidige stand van zaken als volgt weer te geven:

⁵ P.B. Schuil e.a., *Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg Deel B Inhoud*, Koninklijke Van Gorcum BV, Assen, 2000, Pag. 74-75.

⁶ TNO- rapport nov. 2004; Taal- spraakstoornissen.

⁷ De zogenaamde WCPV.

⁸ Uit: Jenta Sluijmers, *Position paper 'Europese dag van de logopedie'*, Augustus 2005, Pag. 3.

⁹ Uit: TNO rapport: *Kwaliteit van leven*, 2005, Pag. 3.

¹⁰ Uit: Jenta Sluijmers, *Position paper 'Europese dag van de logopedie'*, Augustus 2005, Pag. 3.

¹¹ Nota: *Van brabbelen tot spreken. Richtlijnen voor een gewenste aanpak van taalactiviteiten in de JGZ voor 0-4 jarigen*. LVT, Bunnik augustus 2002, Hfst. 2.

- **Monitoring en signalering:** het volgen en registreren van de taalontwikkeling van kinderen in de Nederlandse taal en de moedertaal, indien dit niet de Nederlandse taal is en het tijdig opsporen van een achterstand in taalontwikkeling.
- **Inschatten zorgbehoefte:** het bepalen van de behoefte aan voorlichting en advies over taalontwikkeling, taalstimulering, tweetalig opvoeden en het bepalen van risicogroepen.
- **Screeningen en vaccinaties:** het screenen van de taalontwikkeling.
- **Voorlichting, advies, instructie en begeleiding:** individuele en groepsgewijze activiteiten betreffende de taalontwikkeling, taalstimulering en het meertalig opvoeden.
- **Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen:** gerichte advisering en doorverwijzing bij gesignaleerde risicosituaties en taalachterstand.
- **Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking:** toeleiding naar taalprogramma's, samenwerking met paraprofessionals (Moeders Informeren Moeders, Homestart, Opstapje, buurtmoeders), afstemming van het zorgaanbod.

De praktijk biedt de jeugdverpleegkundige onvoldoende mogelijkheid om taal- spraakontwikkeling van het kind te kunnen monitoren. Deze gedachte wordt ondersteund vanuit de richtlijn *Eenheid van taal* van het platform jeugdgezondheidszorg¹². Het project *Lokale en nationale monitor jeugdgezondheid* heeft spraak- taal ontwikkeling als indicator voor de gezondheidstoestand van jeugdigen benoemd. Aan de bijbehorende standaardvraagstelling wordt nog gewerkt. Voorzover van toepassing zal deze standaardvraagstelling te zijner tijd worden overgenomen. Ik stel dat wij een hanteerbaar instrument missen om de eventuele tekorten bij het kind te signaleren. Een vermeerdering van kennis bij de jeugdverpleegkundige op het gebied van taal- spraakontwikkeling bij 0-4 jarigen zal een positieve bijdrage leveren aan de ontwikkeling van het kind. Door te werken met een hanteerbaar instrument is er voor de jeugdverpleegkundige (in samenspraak met de CB- arts) de mogelijkheid om op een adequate manier te anticiperen op mogelijk geconstateerde taal- spraak stoornissen.

1.4 Probleemstelling

Hoe kunnen taal- spraakproblemen bij jonge kinderen beter gesignaleerd worden, zodat de hulpverlening aan deze kinderen verbeterd kan worden?

Wat kan de bijdrage zijn van de jeugdverpleegkundige, naast de eventuele bijdrage die de consultatiebureauarts levert?

1.5 Opbouw

In hoofdstuk 2 beschrijf ik in het eerste deel de normale taal- spraakontwikkeling van het jonge kind. Je kunt immers niet weten wat afwijkend is wanneer je niet op de hoogte bent van een 'normale' ontwikkeling. In het tweede gedeelte van hetzelfde

¹² Richtlijn Handboek *Eenheid van taal*, Platform Jeugdgezondheidszorg, 11 februari 2005, Pag. 102.

hoofdstuk beschrijf ik de afwijkende taal- spraakontwikkeling met de mogelijke oorzaken en gevolgen.

In hoofdstuk 3 geef ik een beschrijving van het Model van Lalonde en het balansmodel van Bakker. Het zijn twee voorbeelden van niet meer weg te denken manieren van kijken naar ziekte en gezondheid in de huidige (jeugd)gezondheidszorg.

In hoofdstuk 4 wordt een beschrijving gegeven van een goed signaleringsinstrument en een aantal voorbeelden beschreven van organisaties, en hun gebruik van een spraak- taalsignaleringsinstrument .

In hoofdstuk 5 geef ik een beschrijving van de actuele signaleringsinstrumenten.

In hoofdstuk 6 wordt de rol van de verpleegkundige beschreven. Ook zoals die is ingebed in het beroepsprofiel van de verpleegkundige en het basistakenpakket.

In hoofdstuk 7 geef ik mijn mening weer in het geheel van de discussie over het gebruik van een taal- spraaksignaleringsinstrument. Daarna geef ik aanbevelingen voor de praktijk.

2. Taalontwikkeling.

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik als eerste een beschrijving van de taalontwikkeling. Uitgaande van een normale ontwikkeling kan ook de afwijkende taalontwikkeling gegeven worden. De taak van het onderkennen van taal- spraakproblematiek door het consultatiebureauteam. De epidemiologie en een beschrijving van de oorzaken en de gevolgen van een gestoorde taal- spraakontwikkeling.

2.2 Normale taalontwikkeling

De prelinguale fase

Het ontwikkelen en aanleren van de eigen taal gebeurt bij een kind haast vanzelfsprekend. In eigen tempo zal het kind rond de leeftijd van 5 à 6 jaar de moedertaal spreken. Dit leerproces zet zich voort. Uit onderzoek blijkt dat de eerste jaren een gevoelige periode zijn voor de taalverwerving. Factoren die het niveau van de taalvaardigheid van het kind beïnvloeden: Bepalend zijn de mogelijkheden van het kind en ook de taalstimulatie en het taalniveau van de ouders hebben invloed op de uiteindelijke taalvaardigheid van het kind. Sommige kinderen zijn snel, anderen langzaam. Over het algemeen zijn jongens wat trager in de taalontwikkeling dan meisjes. Tevens is de duur, frequentie, continuïteit, kwaliteit en regelmaat van het taalaanbod van belang.

Voor jeugdverpleegkundigen is het van belang op de hoogte te zijn van een normale taal- spraakontwikkeling. De communicatie komt al direct na de geboorte op gang. Het huilen gebeurt automatisch, zonder plan of opzet. Er zal na verloop van tijd variatie optreden in de manier van huilen. Het huilen kan dwingend, soms zangerig of krijsend zijn. De ouders zullen de verschillende manieren van huilen gaan herkennen en daarop reageren door te troosten, de borst of de fles te geven, en een schone luier om te doen. Op deze manier komt de eerste communicatie en het contact tot stand.

De emotionele ontwikkeling en de taal- spraak ontwikkeling van het kind zal door wisselwerking met de omgeving gaan evolueren. Het kind gaat door aandacht te hebben voor het geluid, het luisteren, leren waar het geluid vandaan komt, waardoor het wordt veroorzaakt en wat het betekent. Het leert de geluiden te onderscheiden. Met name het eerste jaar is belangrijk voor het leren luisteren. Luisteren wordt gestimuleerd door met de kinderen te keuvelen en te praten. Ook kan het spelen met geluidmakend speelgoed stimulerend zijn. Het kind begint al vroeg met het maken van geluidjes. Niet bewust maar meer toevallig ontstaan stemgeluidjes. Ze bewegen de tong, lippen gehemelte en stembanden en brengen 'per ongeluk' een geluidje voort. De eerste geluidjes lijken op AA, OO en EU. Er ontstaan ook gorgelende geluidjes achter in de keel en blaas- en pruttelgeluidjes voor in de mond, het bellen blazen. Dit proces wordt vocaliseren genoemd. Het luisteren en het vocaliseren zal met acht à negen maanden in elkaar gaan grijpen. Het kind zal nog meer gaan luisteren naar de spraakklanken van de ouders en die gaan herhalen. Dit brabbelen gaat steeds meer lijken op de klanken die het kind om zich heen hoort. De ouders kunnen het kind in dit afstemmingsproces stimuleren door geluidjes te maken tegen het kind, en het daarbij aan te kijken en toe te lachen. Men onderscheidt een drietal

fasen in de taalverwerving. De voorgaand beschreven fase wordt wel de **prelinguale periode** genoemd. Deze fase omvat het eerste levensjaar van het kind. Hoewel er nog combinaties zijn die moeilijkheden op kunnen leveren is het kind uiteindelijk aan het eind van het derde levensjaar in staat om de meeste taal goed uit te spreken. Kinderen die moeite hebben met de mondmotoriek zullen de S en de R moeilijk vinden. Dit speelt soms wel tot het vijfde of zesde levensjaar. De S wordt dan vaak slissend uitgesproken en de R zal worden weggelaten of vervangen voor de L, J of W.

De vroeglinguale fase

Het zogenaamde taalbegrip ontwikkelt zich vanaf ongeveer acht maanden. De kinderen zijn nu in staat om te luisteren naar klanken en klankpatronen. Het kind zal zich vervolgens gaan richten op de klankreeksen die in de omgeving gesproken worden. Het leert te begrijpen dat bij bepaalde zaken bepaalde woorden horen. Met een jaar ontdekt het kind dat bij alles wat het ziet of hoort een bepaald woord hoort. Door te wijzen of een geluid te maken zal het kind 'vragen' wat de naam is van de dingen. Het kind bouwt aan de woordenschat. De ouders zullen een stimulans zijn wanneer zij met hun kind 'in gesprek' gaan over nieuwe voorwerpen. Het onder woorden brengen van situaties, gevoelens en gedragingen zal het taalbegrip bij het kind vergroten.

Onder taalbegrip verstaan we dat het kind gaat proberen woorden te gebruiken. Het zal eerst een aaneenrijging zijn van klanken met een goede woord- en zinsmelodie. Dit brabbelen gaat lijken op praten. Tussen de dertien en achttien maanden zal het eerste woordje geuit worden. Het is nog normaal wanneer klankverbindingen worden gereduceerd. Stoel wordt bijvoorbeeld 'toel'. Ook worden klanken soms weggelaten of vervangen. Vis wordt bijvoorbeeld 'is'.

Naast het taalbegrip en het woordgebruik komt het zinsbegrip. Met het zinsbegrip worden vervoegingen, verbuigingen en woordvolgorde bedoeld. Het zinsbegrip is afhankelijk van de mate waarin het kind kan luisteren en de mate waarin ouders praten en lezen met het kind. Het is van belang dat de ouders langzaam en duidelijk praten, eenvoudige zinnen maken en herhaling inbouwen. Wanneer het kind ouder wordt kunnen zinnen moeilijker worden. Begrip gaat vooraf aan gebruik van taal. Het kind zal dit door eigen taalgebruik naar voren laten komen. Het zal creatief proberen zinnen te bouwen aan de hand van de ontdekte taalregels. Bij de ontwikkeling van het zinsgebruik zijn een drietal stadia te onderscheiden:

- één- woord- zin: Kinderen gaan zich uiten door middel van los uitgesproken woorden en met dat ene woord proberen ze als het ware een hele zin uit te drukken.
- twee- woord- zin: Dit ligt gemiddeld tussen 18 en 24 maanden. Kinderen duiden dan met behulp van voor hen twee belangrijke woorden aan wat hen opvalt of wat ze kwijt willen. Ook nu weer kan de betekenis veelomvattend zijn. 'Mama boek' kan dan bijvoorbeeld betekenen: 'mama's boek' of 'mama heeft een boek', of 'mama kijkt naar een boek', of 'mama ik wil een boek gaan lezen'.
- meer- woord- zin: De zinsvorming gaat meer en meer lijken op het volwassen taalgebruik.

Deze drie stadia worden wel de vroeglinguale periode genoemd. Deze periode is vanaf een jaar tot circa tweeëneenhalf jaar.

De verrijkings- of differentiatiefase

De verrijkings- of differentiatiefase is tot aan de lagere schoolleeftijd, als het kind ongeveer vijf jaar is. Rond de drie jaar kan een kind zinnen maken van drie woorden of meer. De meeste kinderen zijn op de leeftijd van drie jaar voor ongeveer 75% te verstaan. Rond 42 maanden is een kind in staat moeilijker vraagzinnen te formuleren die beginnen met: 'Wat is.....', 'Waar is.....' en 'Wie is.....'? Rond het vierde jaar gebruiken de meeste kinderen zinnen die vragen naar 'Hoeveel?', 'Wanneer?' en 'waarom?'. Het stellen van vragen is een belangrijke mijlpaal in de ontwikkeling van het kind. Het kind krijgt inzicht in de wijze waarop in zijn cultuur via taal verzoeken worden gedaan. En het kind laat door vragen te stellen zien interesse te hebben voor zijn omgeving. Tijdens deze fase vindt vooral de uitbreiding van de woordenschat plaats. Er vindt een vermeerdering van circa 300 naar circa 3000 woorden plaats. Ook verschijnen de abstracte begrippen over ruimte en tijd. Het kind gaat denken over taal en vragen naar de betekenis van woorden.

De voltooiingfase

De laatste fase is de voltooiingfase, vanaf vijf jaar. De taal van het kind benadert volwassen taalgebruik. De woordenschat breidt zich uit. Het kind gebruikt goed gevormde, ook samengestelde zinnen en gaat na verloop van tijd abstracte begrippen gebruiken. Het kind kan leren lezen en schrijven.¹³ Het schema spraak- taal ontwikkeling geeft de hiervoor beschreven fasen overzichtelijk weer.

Schema spraak- taalontwikkeling:

<i>Prelinguale fase</i>	
1-2 maanden	Het kind reageert op mensen in de omgeving; Het reageert op toespreken door bijvoorbeeld te stoppen met huilen. Kind maakt oogcontact en lacht naar mensen in omgeving rond twee maanden. Het kind produceert smak- en keelgeluidjes (vocaliseren) vanaf drie maanden en volwassenen kunnen deze geluidjes uitlokken.
6 maanden	Het kind maakt gevarieerde geluiden. Deze klanken gaan over in brabbelgeluiden, geluiden met repeterende klanken ('baba', 'gaga').
9 maanden	Brabbelgeluiden worden steeds gevarieerder en melodieuzer. Het kind gaat ergens naar rieken en naar wijzen. Kind gaat doelbewust communicatief gedrag vertonen zoals klanken uiten om aandacht op iets gevestigd te krijgen.
<i>Vroeglinguale fase</i>	

¹³ Uit: H.A. van der Stege, *Taal- en spraakontwikkeling bij peuters*, NSDSK, Augustus 2005, Hfst.2.

12 maanden	Het kind produceert eerste een- woorduitingen, daarnaast wordt ook gebrabbeld. Gebruik van orale en nasale klanken is normaal.
18 maanden	Naast papa en mama heeft het kind minstens vijf betekenisvolle woordjes tot zijn/haar beschikking. Kind begrijpt zinnnetjes en kan eenvoudige opdrachtjes uitvoeren.
24 maanden	Het kind kan twee- woordzinnen maken. De woordopbouw is nog onvolledig. Ongeveer 50% is voor anderen verstaanbaar.
30 maanden	Het kind kan plaatjes aanwijzen in een prentenboek.
<i>Differentiatie fase</i>	
36 maanden	Het kind kan zinnen van drie woorden maken en is voor 75% verstaanbaar. Zinsopbouw nog niet correct; Geen opvallende nasaliteit meer.
42 maanden	Het kind stelt vragen naar 'wie', 'wat', 'waar' en 'hoe'.
48 maanden	Het kind stelt vragen naar 'hoeveel' en 'wanneer'. Het kind gebruikt eenvoudige korte zinnen. Fouten en meervoudsvormen en werkwoordsvervoegingen zijn normaal. Alle losse spraakklanken en medeklinkercombinaties kunnen gemaakt worden.
54 maanden	Kind begrijpt analogieën en tegenstellingen.
<i>voltooiingsfase</i>	
Vanaf 60 maanden	De taal van het kind benadert volwassen taalgebruik. In deze fase groeit de woordenschat snel. Het kind gebruikt goed gevormde, ook samengestelde zinnen en gaat na verloop van tijd abstracte begrippen gebruiken. Het kind kan lezen en schrijven. ¹⁴

Soms vindt het kind het moeilijk om op de juiste woorden te komen. Er wordt veel beleefd en het kind wil veel vertellen, zodanig dat het kind gaat haperen en herhalen. Dit fysiologisch stotteren komt met name tussen de drie en vijf jaar voor. Het is veelal een voorbijgaande ontwikkeling in de ontwikkeling van het praten. Het kind etaleert soms een dosis creativiteit wanneer het om taal gaat. Daarmee is het kind prima in staat om 'nieuwe' woorden te geven en duidelijk te maken wat het bedoelt. Een voorbeeld is de 'bloemwaterzeef' waarmee de gieter wordt bedoeld.

Mw. dr. Sieneke Goorhuis- Brouwer, orthopedagoog en spraakpatholoog geeft aan dat taal een bijzonder aspect is in de ontwikkeling van peuters en kleuters. Zij merkt op dat ouders zich te snel ongerust maken over de verbale communicatie. Ouders maar ook professionals in de omgeving van jonge kinderen hebben soms te weinig kennis van de specifieke kenmerken tijdens de vroegkinderlijke ontwikkeling. De communicatieve ontwikkeling maakt daarvan deel uit. Taal is het medium waarin kinderen uitdrukken hoe ze de wereld beleven en het medium waarin ouders met hun kinderen communiceren. "Opvoeden is praten", stelt Mw. Goorhuis. Deze stellige uitspraak geeft aan welke sleutelpositie de taal inneemt tijdens het opvoeden van het jonge kind. In haar boek 'Een stevig fundament' beschrijft ze welke fasen er in de ontwikkeling van jonge kinderen te ontdekken zijn en welke taalontwikkeling daarbij past. In het boek wil zij met name laten zien hoe breed de variatie is als je uitgaat van

¹⁴ Uit: H.A. van der Stege, *Taal- en spraakontwikkeling bij peuters*, NSDSK, Augustus 2005, Hfst.2.

de bijzondere, eigen ontwikkeling van jonge kinderen. Het motto van het boek luidt: kijk eerst eens hoe normaal je kind is. Al te snel worden kinderen afgemeten op verkeerde maatstaven. Daardoor kan het kind niet anders dan afwijken of falen op het gebied van de taalontwikkeling. Kinderen worden dan onterecht ondergewaardeerd wanneer ze niet op het gemiddelde zitten.

2.3 Afwijkende taalontwikkeling

*Onder taalontwikkelingsstoornis verstaan we een stoornis in de opbouw van het spraak- taalsysteem ten gevolge waarvan het taalbegrip en/of de taalproductie zich anders of langzamer ontwikkelt, vergeleken met leeftijdgenootjes.*¹⁵

Deze definitie is een beschrijving van wat we waarnemen. Wat er precies aan de hand is met het kind is moeilijker te diagnosticeren.

In studies naar taalontwikkeling wordt onderscheidt gemaakt tussen specifieke en niet-specifieke taalontwikkelingsstoornissen. In de literatuur wordt de internationale afkorting SLI, dit is Specifiek Language Impairment of NSLI, Non- Specifiek Language Impairment gebruikt. Bij een SLI is het probleem in eerste instantie alleen de taal.¹⁶ Er is een achterstand in de taalontwikkeling die niet kan worden toegeschreven aan gehoorproblemen, motorische problemen, een probleem wat betreft het mondbedrijf of het strottenhoofd, autisme, een lage intelligentie of problemen in de psychosociale sfeer. Wanneer zich een taalprobleem ontwikkelt in combinatie met voorgaand genoemde problemen dan wordt gesproken van een NSLI. Een goed gehoor, een normale cognitieve ontwikkeling, een goed functionerende (spraak)motoriek en een gezonde emotioneel/sociale ontwikkeling zijn dus basisvoorwaarden voor een goede taalontwikkeling.

De groep kinderen met een specifieke taalstoornis is maar klein. Het gaat hier om kinderen die zich in alle opzichten normaal ontwikkelen, behalve op het gebied van de taal. Lahey (1988) definieert de groep als volgt:

*Deze kinderen vallen binnen het normale gebied op standaard maten van non-verbale intelligentie, hebben een normale gehoorscherppte, en vertonen geen verschijnselen van ernstige emotionele of gedragsproblemen die hun problemen met taal leren kunnen verklaren.*¹⁷

Het is in de praktijk moeilijk om onderscheid te maken tussen specifieke en niet-specifiek taalontwikkelingsstoornissen. Het is bijvoorbeeld niet altijd uit te sluiten of de taalproblemen van kinderen met een gehoorstoornis geheel en al zijn terug te voeren op het verminderde gehoor of voor een deel ook gelegen zijn op een opzichzelfstaande (specifieke) taalstoornis. Specifieke taalontwikkelingsstoornissen zijn vaak minder specifiek en op zichzelf staand dan doorgaans wordt aangenomen. In de periode voordat kinderen leren lezen kan er een specifieke taalontwikkelingsstoornis gelabeld worden. Bij het ouder worden kunnen andere problemen aan de oppervlakte komen, zoals: aandachtsproblemen, motorische problemen, problemen met lezen, spellen en rekenen. In veel onderzoek wordt een relatie gesteld tussen taalproblematiek en sociaal-emotionele problematiek. Het

¹⁵ Uit: H.J. de Koning e.a., *Vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar*, Pag.17.

¹⁶ Uit: H.J. de Koning e.a., *Vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar*, Pag.18.

¹⁷ Uit: L. van den Dungen en M. Verboog, *Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*, Bussum, 1993, Pag. 73.

manifest worden van andere problemen op latere leeftijd hoeft dus niet een gevolg te zijn van taalproblemen op jongere leeftijd. Het taalprobleem kan ook gezien worden als het gevolg van andere oorzaken. Er wordt verondersteld dat de taalproblemen deel uitmaken van een neuropsychologisch syndroom waarbij de neurologische rijping in gevaar is gebracht.¹⁸

Er wordt bij het begrip taalontwikkelingsstoornis nog een verdere nuancering toegepast. Men maakt verschil tussen stoornissen betreffende het taalbegrip en stoornissen die de taalproductie betreffen. Deze nuancering wordt aangebracht omdat de oorzaak van de stoornis, gevolgen op langere termijn en mogelijkheden voor behandeling bij deze twee groepen verschillend zijn. In het onderzoek, *Vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar* wordt aangegeven dat bij kinderen met een specifieke taalontwikkelingsstoornis problemen met de taalproductie het meest voorkomt. In de onderzoeksliteratuur de expressieve taalstoornis genoemd. Een kleinere groep vertoont problemen met taalproductie gecombineerd met taalbegrip. Het verschijnsel van kinderen die alleen problemen hebben met het taalbegrip en niet met de taalproductie komt zeer weinig voor. Deze stoornis wordt wel een receptieve stoornis genoemd.¹⁹

Achterstanden in de taalontwikkeling op jonge leeftijd komen relatief vaak voor. Voor een grote groep geldt dat zij deze achterstanden weer inhalen. Er wordt dan gesproken over een vertraagde ontwikkeling. Dit houdt in dat het taalsysteem van het kind niet past bij de kalenderleeftijd, maar gelijk is aan het taalsysteem van een jonger kind. Van tevoren is echter niet te voorspellen of taalachterstanden tijdelijk of blijvend zijn. Voor kinderen met een ernstige achterstand in de taalontwikkeling is nadere diagnostiek en behandeling noodzakelijk, aldus H.A. van der Stege.²⁰

Als afwijkende taalontwikkeling wordt ook genoemd:

- Het stotteren. Stotteren is het niet vloeiend spreken. Zoals spreken met herhalingen, verlenging en soms blokkades in de spraak.
- Articulatiestoornissen. Dit is het niet of verkeerd uitspreken van één of meerdere klanken. Wanneer het niveau van de klankvorming niet past bij het taalontwikkelingsniveau dan wordt dit een spraakstoornis of articulatiestoornis genoemd.
- Dysarthrie. Dit zijn spraakstoornissen die het gevolg zijn van of samenhangen met verschillende neurologische ziektebeelden. De spraakstoornissen zijn niet zelden de eerste symptomen van de aanwezigheid van een ernstige ziekte.

2.3.1 Onderkenning van spraak- en taalproblemen

Sommige ouders vinden het lang duren voordat het taal- spraak probleem van hun kind wordt onderkend. In de praktijk zijn er ook ouders die er moeite mee hebben, dat deskundigen hun er op wijzen dat er misschien iets moet gebeuren met betrekking tot de ontwikkeling van het praten van hun kind. Zij willen vaak afwachten of het allemaal vanzelf goed komt. Het vroegtijdig onderkennen van stoornissen in de

¹⁸ Uit: H.J. de Koning e.a., *Vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar*, Pag.19.

¹⁹ Uit: H.J. de Koning e.a. *Vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar*, Pag. 21.

²⁰ Uit: H.A. van der Stege, *Taal- en spraakontwikkeling bij peuters*, NSDSK, Augustus 2005, Hfst.2.

Dr. H.A. van der Stege is werkzaam bij de NSDSK te Amsterdam.

spraak- en taalontwikkeling bij kinderen zonder duidelijk aangeboren afwijkingen gebeurt in principe op het consultatiebureau.

Een gezonde pasgeborene wordt gevolgd door het consultatiebureau tot de leeftijd van vier jaar. Het team bestaat uit een jeugdverpleegkundige en een consultatiebureauarts. Het consultatiebureau heeft de volgende taken:

- Het geven van voorlichting over opvoeding en verzorging van het kind.
- Het vaccineren van de kinderen zoals beschreven in het Rijksvaccinatieprogramma.
- Het vroegtijdig signaleren van ziekten of ontwikkelingsachterstand. Hieronder valt ook de spraak- en taalontwikkeling.

Al voordat de baby het eerste woordje moet zeggen, kan er een vermoeden ontstaan dat er iets aan de hand is. Op het consultatiebureau let men op de volgende signalen:

➤ Voeding

De jeugdverpleegkundige adviseert ouders hoe met de baby om te gaan, daarnaast begeleidt ze de voedingopnamen van de baby. Aanhoudende problemen met het drinken of bij de overgang van het eten van vloeibaar naar vast voedsel kunnen te maken hebben met een slechte mondmotoriek. Daarom zal het consultatiebureauteam bij voedingsproblemen soms verwijzen naar een logopediste. Vroege stoornissen in de voedingopnamen die lijken te verwijzen naar problemen met de motoriek, kunnen samenhangen met latere spraak- taalproblemen. Deze verschijnselen hebben vaak wat met elkaar te maken.

➤ Gehoor

De gehoortest wordt bij iedere zuigeling op het consultatiebureau afgenomen door middel van de OAE- screening (Oto Akoestische Emissie)²¹. Hierdoor is al in het eerste levensjaar bekend hoe goed het kind in principe kan horen. Dit met de aantekening dat een in aanleg goed gehoor gehinderd kan worden door frequente verkoudheid en/of oorontsteking. Een goed gehoor is onmisbaar voor een goede taalontwikkeling. Het is voor slechthorende en dove kinderen van belang dat hun probleem zo vroeg mogelijk wordt ontdekt, zodat met de behandeling kan worden begonnen.

➤ Gedragsontwikkeling

Het team van het consultatiebureau zal vragen naar opvoedings- en gedragsproblemen. Soms zijn gedragsproblemen een eerste signaal als gevolg van spraak- taalproblemen. Een kind met communicatieproblemen kan zich in zichzelf terugtrekken en het gedrag kan lijken op het gedrag van een autist. Andere kinderen zoeken contact op non-verbale wijze, bijvoorbeeld door agressief te zijn naar leeftijdgenootjes. Een druk en ongeconcentreerd kind heeft niet altijd ADHD, want een communicatieprobleem kan de oorzaak zijn van het drukke gedrag.

➤ Ontwikkeling

De consultatiebureauarts kijkt bij ieder bezoek naar de ontwikkeling van het kind. De meeste ouders zijn zich bewust van de lichamelijke ontwikkeling van de baby. Ze worden ongerust als het kind niet op tijd gaat lopen. Behalve de lichamelijke

²¹ Het project 'Implementatie neonatale gehoorscreening' werd uitgevoerd samen met TNO- PG (Preventie en Gezondheid) en de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling van de NSDSK. In 2002 is het project gestart, Januari 2006 is de OAE- screening in 26 organisaties geïmplementeerd.

ontwikkeling, houdt de arts de sociale ontwikkeling en de taal- en spraakontwikkeling goed in het oog. Al op de leeftijd van twee maanden wordt gekeken of de baby contact maakt.²²

Wanneer een kind op één of meer van de volgend beschreven kenmerken uitval heeft zal het vermoedelijk tot de zwakste 5 à 10²³ procent behoren voor wat de spraak- taalontwikkeling betreft:

3 jaar:

- Kind begrijpt vaak niet wat er gezegd wordt.
- Kind maakt geen drie- woordzinnen.
- Kind gebruikt eigen naam of 'ik' niet.
- Kind stelt nooit vragen.
- Kind is onverstaanbaar voor onbekenden vanwege onduidelijke spraak.
- Kind stottert/hakkelt langer dan drie maanden en de ouders zijn ongerust.
- Er is opvallende nasaliteit en/of kind kan niet blazen/zuigen.

3 jaar en 6 maanden:

- Kind heeft moeite oogcontact te handhaven als het luistert of spreekt.
- Kind begrijpt vaak niet wat er gezegd wordt.
- Kind kan kleine mondelinge opdrachtjes niet correct uitvoeren.
- Kind gebruikt nog te ruime woordbetekenissen (bv. alle dieren heten 'koe').
- Kind is voor onbekenden slecht te verstaan vanwege onduidelijke spraak.
- Kind stottert/hakkelt langer dan drie maanden en ouders zijn ongerust.

4 jaar:

- Kind gebruikt geen grammaticale regels zoals meervoud, werkwoordvervoeging.
- Kind stelt weinig vragen.
- Kind praat erg onduidelijk.
- Kind is voor onbekenden slecht te verstaan vanwege onduidelijke spraak.
- Kind kan niet praten over zaken buiten het 'hier en nu'.
- Kind stottert/hakkelt langer dan drie maanden en ouders zijn ongerust.

Wanneer bij een jong kind de taalontwikkeling niet of traag op gang komt, zal het consultatiebureauteam in overleg met de huisarts het kind voor nader onderzoek verwijzen. Een signaleringsinstrument is een hulpmiddel om na te gaan hoe de taalontwikkeling verloopt. In hoofdstuk 5 van deze scriptie worden verschillende signaleringsinstrumenten toegelicht.

2.3.2 Epidemiologie

“Bij de taalontwikkeling van jonge kinderen is de interindividuele variatie groot. De grens tussen een vertraging, die nog binnen de natuurlijke variatie valt, en een taalachterstand die aanleiding moet zijn tot interventie, is soms moeilijk te trekken.

²² Uit: Welle Donker e.a.(red), *Spraak- en taalproblemen bij kinderen*, vanaf Pag. 308.

²³ Uit: H.J. de Koning e.a., *Vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingstoornissen 0-3 jaar*, Pag. 1

Bovendien schommelen de variaties sterk in de tijd: een achterstand op de leeftijd van 18 maanden is soms schijnbaar vanzelf ingelopen op de leeftijd van 24 maanden. Bij een deel van de kinderen is er echter sprake van een dermate forse taalachterstand ten opzichte van leeftijdsgenoten dat die niet vanzelf verdwijnt. Bij circa 5-10 % van de kinderen in de leeftijdsgroep van 0-7 jaar is de achterstand zo groot dat wel sprake is van een taalontwikkelingsstoornis. De prevalentie van taalontwikkelingsstoornissen rond de 2-jarige leeftijd wordt globaal geschat op 5%. In de daaropvolgende levensjaren lijkt deze wat hoger te zijn. Er is echter veel variatie in de gerapporteerde prevalentieschattingen. Dit is het gevolg van de verscheidenheid aan meetinstrumenten en afkapwaarden die worden gebruikt en de verschillende manieren waarop taalontwikkelingsstoornissen worden gedefinieerd.”²⁴

2.4 Oorzaken

De oorzaak van de specifieke taalstoornis, de SLI - het gaat hier alleen om de taal - kan vanuit verschillende invalshoeken worden benaderd. Het kan gezien worden als een outputstoornis. Hiermee wordt bedoeld dat alle kinderen met een SLI een afwijkende taalproductie hebben.

Een andere benadering is dat kinderen als onrijp of vertraagd naar voren komen uit tests voor motorische vaardigheden. De spraakontwikkeling, uitgedrukt in verstaanbaarheid, hangt vaak samen met het tempo waarin de motoriek zich ontwikkelt. Kinderen met een trage motorische ontwikkeling zijn vaak later met een goede uitspraak dan kinderen met een vlotte motorische ontwikkeling. De kinderen hebben problemen met de auditieve perceptie. Auditieve perceptie betekent dat men in staat is om essentiële geluiden en achtergrondgeluiden van elkaar te onderscheiden. Ook het vermogen om geluiden uit het dagelijks leven betekenis te geven, bijvoorbeeld: De lepel die tikt op een bordje; de deur die open gaat. Als laatste betekent het dat het kind beschikt over een functionerend auditief geheugen. Dit is de mogelijkheid om informatie vast te houden, zoals: De klank van een woord, de betekenis van een woord, de bouw van een zin, de volgorde van een zin.

De specifieke taalstoornis wordt in bredere zin beschouwd als een beperking of tekort in de capaciteit van de informatieverwerking.

De oorzaken van de niet-specifieke taalstoornis, de NSLI, zijn duidelijk aanwezige ongunstig beïnvloedende factoren, zoals:

- Medisch:
 - Slechthorendheid
 - Afwijking in de bouw of bewegingmogelijkheden van de spraakorganen
 - Neuropsychiatrische toestand
 - Visuele stoornis
- Psychosociaal:
 - Sterk onvoldoende omgevingsfactoren: ouder- kind interactie, thuistaal, huisvesting, gezinssamenstelling en gezinssituatie.

²⁴ Uit: *Taal- spraakontwikkeling bij peuters*, H.A. van der Stege, Hfst. 1.

- Algemene leermogelijkheden
 - Lage intelligentie
 - Emotionele ontwikkeling, gedragsstoornissen (onder andere autisme), PDD-NOS (aan autisme verwante contactstoornis), ADHD (overactieve kinderen met aandachtsproblemen)
 - Extreem slechte lichamelijke condities zoals anemie (bloedarmoede) en stofwisselingsziekten
- Combinatie van genoemde factoren.

Toelichting Medische factoren:

Slechthorendheid: Wanneer een kind minder goed hoort, zal het de klanken van een taal niet goed waar kunnen nemen. De klanken lijken op elkaar en de klinkerverschillen zijn ook niet goed te onderscheiden. Woorden uit een zin die weinig klemtoon krijgen - dit zijn met name de voorzetsels, lidwoorden en voegwoorden - worden niet waargenomen. De grammatica kan hierdoor onvoldoende geleerd worden.

Afwijking in de bouw of beweeglijkheid van de spraakorganen: Wanneer een kind zijn spraakorganen niet goed kan bewegen of afwijkingen aan de spraakorganen heeft dan zal het moeite hebben met het leren uitspreken van klanken. Elke spraakklank vereist een specifieke instelling van de spraakorganen.

Neuropsychiatrische oorzaak: Wanneer kinderen door een ongeluk of een ziekte een herenbeschadiging oplopen, kan afasie (onvermogen tot taalgebruik door hersenletsel) het gevolg zijn. De taal die was opgebouwd is niet meer goed bereikbaar. De kinderen begrijpen niet meer wat zij vroeger wel begrepen. De woorden worden niet meer gevonden en ook de zinsbouw is verslechterd. De taal kan allerlei niet bedoelde klanken en woorden bevatten. De problemen kunnen tijdelijk optreden, maar zijn soms blijvend van aard.

Visuele stoornis: Blindheid en slechthorendheid zijn geen stoornissen die een direct verband met de taalontwikkeling lijken te hebben, maar er blijken toch verbanden te bestaan. Veel blinde kinderen maken een vertraagde motorische ontwikkeling door, en misschien als gevolg daarvan een vertraagde taalontwikkeling. De veronderstelling dat blinde kinderen speciaal moeite zouden hebben met woorden en begrippen die met 'zien' te maken hebben is in de onderzoeken niet waar gebleken.²⁵

Toelichting Psychosociale factoren:

Sterk onvoldoende omgevingsfactoren: Wanneer een kind opgroeit in een weinig stimulerende omgeving, zal het minder goed dan andere kinderen de taal op kunnen bouwen. Kinderen leren taal doordat ouders en anderen praten, nieuwe informatie uitleggen, voorlezen en zingen. Kinderen die geen taalaanbod krijgen van hun ouders gaan de dingen op hun eigen manier aanduiden, omdat ze de gangbare manier te weinig aangeboden krijgen.

Lage intelligentie: Als een kind minder dan gemiddeld intelligent is - wat betekent dat het minder leervermogen heeft - zal de ontwikkeling van het spreken langzamer gaan

²⁵ Uit: *Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*, Pag. 82.

dan bij gewone kinderen. Daarnaast zal de taalproductie meestal fouten blijven bevatten en zal, afhankelijk van het niveau van de intelligentie, ook het taalbegrip achterblijven. Taal is immers een vaardigheid die geleerd moet worden. Dit geldt voor de uitspraak van klanken, de opbouw van woorden maar ook voor het begrijpen van de formulering van zinnen. De inhoud van de taal blijft eenvoudig en de opbouw van een verhaal is moeilijk voor hen. Zij vertellen springerig en leggen weinig relaties in een verhaal. Het geeft de indruk dat zij 'van de hak op de tak' vertellen.

Emotionele ontwikkeling: Bij kinderen met contactstoornissen komen dikwijls problemen voor met de ontwikkeling van de taalinhoud en taalgebruik. Ze hebben moeite met woorden die meer dan één betekenis gebruikt kunnen worden (bijvoorbeeld: 'arm' kan betekenen 'niet rijk' maar ook 'lichaamsdeel'). Woorden die een gemoedstoestand of sfeer uitdrukken zijn ook moeilijk voor hen. Zo kan het voorkomen dat zij 'hartelijk' opvatten als 'hartig'. Het gebruik van taal, met name het op het juiste moment gebruiken van de bijbehorende taaluitingen in de gepaste situatie, is moeilijk voor deze kinderen.²⁶

2.5 Gevolgen

De gevolgen van de taalstoornissen zullen op de langere termijn groter zijn naarmate er meer problematiek is. Taalontwikkelingsstoornissen in de kinderleeftijd kunnen een negatieve invloed hebben op de verdere ontwikkeling van de taal van het kind, de ouder- kind- interactie en op het aangaan van sociale contacten. Als gevolg van de problematisch verlopende taalontwikkeling, kunnen zich sociaal-emotionele problemen en gedragsproblemen ontwikkelen zoals: teruggetrokken gedrag, impulsiviteit en agressiviteit. Het is echter niet te voorspellen van welke aard en in welke mate er problemen zullen zijn. De interactie tussen kind en milieu speelt een cruciale rol in de taal- spraak ontwikkeling. Taalgestoorde kinderen zoeken minder makkelijk contact met anderen. Het lijkt erop dat het jonge kind zijn gebrekkig spreken als een probleem ervaart.

In het gezondheids model van Lalonde is het milieu één van de determinanten die genoemd wordt als een beïnvloedende factor voor een gezonde ontwikkeling (zie het model van Lalonde, bijlage 8). Vroege verstoring in de taalontwikkeling wordt ook genoemd als voorloper van latere leesproblemen en problemen met schrijven en rekenen. Wanneer een taalontwikkelingsstoornis op zesjarige leeftijd nog niet is overwonnen, is er meestal een blijvende taalstoornis aanwezig met alle mogelijke gevolgen voor het verloop van de schoolprestatie en het gedrag. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op volledig herstel van de kinderen sterk af: 6% nog op de leeftijd van zes en 7% bij zeven jaar. Gedragsproblemen als gevolg van de communicatieproblemen nemen daarna meer toe dan op de leeftijd van 4 jaar het geval was.

²⁶ Uit: *Spraak- en taalproblemen bij kinderen*, vanaf Pag. 26.

3. Werken met een model

3.1 Inleiding

Het werken met een model helpt een (jeugd)-verpleegkundige greep te krijgen op situaties in de praktijk. Het systematisch 'kijken' naar spraak- taalproblemen helpt het beschreven probleem aan te pakken.

In het kernprofiel van een MGZ-verpleegkundige (zie Bijlage 10) staan de verschillende rollen van een MGZ-verpleegkundige beschreven. Achtereenvolgens is dat de rol van zorgverlener, regisseur, coach, beroepsbeoefenaar en ontwerper. Bij haar functioneren op alle niveaus en in alle rollen is de MGZ-verpleegkundige in staat om: "Haar verpleegkundige interventies en stellingnames te onderbouwen en te beargumenteren, daarbij gebruik makend van relevante verpleegkundige, verplegingswetenschappelijke, medische en sociaal-wetenschappelijke onderzoeksresultaten, theorieën, visies, modellen en concepten."²⁷

De verschillende rollen kunnen worden ingezet om een model te laten functioneren. Ik kies ervoor het model van Lalonde en het balansmodel van Bakker uit te werken. Het model van Lalonde is sinds het verschijnen van *De Nota 2000*, niet meer weg te denken uit het gezondheidsbeleid. De nota neemt niet ziekte als uitgangspunt, niet zorg, maar gezondheid: een overgang van sickness- care naar health policy, ofwel van ziektezorg naar gezondheidsbeleid. Wie gezondheid als uitgangspunt neemt, denkt eerder aan ziekte- preventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering dan aan de voorzieningen waarop in geval van ziekte een beroep gedaan wordt.

Het balansmodel van Bakker (zie Bijlage 9) is een veelgebruikt model in de jeugdgezondheidszorg. Het staat voor het evenwicht tussen draagkracht en draaglast. Het gaat uit van preventieve zorg. Het is de taak van de jeugdverpleegkundige oog te hebben voor de draagkracht en draaglast die ouders en hun kinderen kunnen hebben.

3.2 Het model van Lalonde

Het model van 'Lalonde' is een model, een hulpmiddel om de verschillende determinanten die gezondheid beïnvloeden helder in beeld te krijgen. Gezondheid is niet iets dat een mens heeft of krijgt. Het is meer een toestand waarin men zich op een bepaald moment bevindt. De *World Health Organisation* gebruikt hiervoor het model van Lalonde. Dhr. Lalonde was in 1974 minister van volksgezondheid in Canada. In zijn model staat de onderlinge wisselwerking tussen de verschillende factoren die de gezondheid beïnvloeden, de zogeheten gezondheidsdeterminanten, centraal. De vier determinanten zijn:

- Medisch biologische factoren, waaronder erfelijke factoren: erfelijke en aangeboren aandoeningen, beschadigingen als gevolg van ziekte of ongeval.
- Leefstijl: leefwijze, (on) gezonde gewoonten.
- Fysieke omgeving: geluidshinder, woningkwaliteit, klimaat.

²⁷ Uit: *Studentenstatuut deel 2. Studiejaar 2004-2005*, Par. 2.4.2 kernprofiel van een MGZ-verpleegkundige, (zie ook Bijlage 10).

- Maatschappelijke sociale omgeving: sociale contacten, relaties, (on) veilig voelen

Gezondheidszorg en hulpverleningsvoorzieningen: toegankelijkheid van aanbod van expertise en voorzieningen met preventieve, gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen.

In het overzicht van deze determinanten kan gesteld worden dat de kansen op gezondheid, de taalontwikkeling voor individuele kinderen zullen verschillen.

Wanneer ik de medisch-biologische factoren belicht verwijs ik naar gedeelte 2.4 waar de niet specifieke taalstoornis beschreven is.

De leefstijl, leefwijze en (on) gezonde gewoonten worden in het model genoemd en zullen van belang zijn op de taal- spraak ontwikkeling. Het is belangrijk dat ouders interesse tonen in wat het kind zegt, hun kind aanmoedigen om zijn ideeën te uiten en deel te nemen aan de conversatie. Ook de mate waarin zij duidelijk maken dat wat het kind te zeggen heeft, is belangrijk.

Als derde determinant wordt de fysieke omgeving genoemd. Vanuit de praktijk merk ik op dat het me verbaasd hoeveel 'ruis' er als vanzelfsprekend om de kinderen heen wordt gecreëerd. Ouders zijn zich niet of nauwelijks bewust van het feit dat de constante geluiden en beelden van media apparatuur storend kunnen zijn voor een gezonde communicatie.

Als laatste determinant wordt de maatschappelijke sociale omgeving genoemd. Het leren van taal en spraak is een proces van op elkaar reageren, een samenspel van communicatie tussen het jonge kind en zijn omgeving. Bij taalgestoorde kinderen is het belangrijk de belemmeringen in de sociale interactie weg te nemen. Door ouders en het kind aan te pakken wordt het grootste effect bereikt. Ouders zullen door hun ongerustheid, onzekerheid of irritatie aanleiding geven tot onzekerheid bij het kind. Deze onzekerheid kan ontstaan wanneer ouders de taal willen stimuleren door het benoemen en na laten spreken van woorden door het kind. Bij het kind kan dit leiden tot gevoelens van onzekerheid en minder spreken, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Wanneer ouders met de hulpverleners hun zorgen delen die zij hebben over de taalontwikkeling van hun kind, heeft dat een positief effect op de omgang met hun kind. Dit heeft mogelijk een gunstig effect op het spreken van het kind.²⁸

3.3 Het Balansmodel van Bakker

In de nota *Van brabbelen tot spreken* wordt aangegeven, dat voor de inschatting van de zorgbehoefte op het gebied van taalontwikkeling het Balansmodel van Bakker wordt gebruikt.

In het Basistakenpakket-JGZ wordt het vaststellen van de zorgbehoefte - door het noemen van de begrippen 'draagkracht bepalen' en 'draaglast inschatten' - mogelijk met hulp van het Balansmodel. Het Balansmodel biedt met de afweging van draagkracht en draaglast aangrijpingspunten om de wisselwerking in beeld te brengen tussen beschermende factoren en risicofactoren, tussen opvoedingsopgaven en opvoedingscompetentie, tussen individuele ontwikkeling en sociale omgeving en tussen de verschillende opvoedingsmilieus. De taalontwikkeling van een kind wordt bedreigd naarmate er meer risicofactoren zijn en er sprake is van

²⁸ Uit: *Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*, Pag. 106-107.

ongunstige omstandigheden. Bij een cumulatie van ongunstige invloeden en de afwezigheid van beschermende of ondersteunende factoren neemt de kans op taalachterstand toe. Een literair gezinsklimaat en een stimulerende taalomgeving zijn bijvoorbeeld beschermende factoren. Opgroeien zonder aanbod van de Nederlandse taal is een risico factor. Het Balansmodel is bruikbaar voor individuen en groepen en verschaft een conceptueel kader voor ondersteunende interventies als onderdeel van de preventieve zorg. Soms zal de zorgbehoefte bestaan uit het vergroten van de draagkracht van de ouders, soms uit het verminderen van de draaglast.

N.a.v. het boek Kwetsbaar jong van Kijlstra e.a.²⁹ zijn risico- en beschermende factoren beschreven voor het kind, het gezin en de omgeving (op micro, meso en macro niveau). Deze factoren zijn ook bruikbaar op het gebied van taal. De werkgroep *Van brabbelen tot spreken* heeft nagegaan welke in het boek genoemde risico- en beschermende factoren van invloed zijn op de taalontwikkeling. Het volgende schema is gegeven³⁰:

Taalstimuleringsbehoefte

Risico factoren m.b.t. taalachterstand	Beschermende factoren m.b.t. taalachterstand
<i>Risicofactoren kind:</i> • Prenatale problemen, prematuur en dysmatuur; • Moeilijk temperament; • Lage intelligentie; • aangeboren afwijkingen aan gehoororgaan, neus, of mond.	<i>Beschermende factoren kind:</i> • Hoge intelligentie; • Niet vermijdende- copingstijl; • Makkelijk temperament.
<i>Risicofactoren ouders:</i> • Weinig sensitief responsief; • Chronische ziekte of gehandicapte ouders op spraak of gehoorgebied; • Verwaarlozing, mishandeling, misbruik, agressie; • Leefstijl (spelen); • Psychopathologie van de ouders (depressie, psychose, delinquentie, antisociaal gedrag); • Alcoholisme, drugsgebruik van de ouders of gezinsleden, gokverslaving.	<i>Beschermende ouderfactoren:</i> • Positieve zelfwaardering; • Goede gezondheid, vooral betreffende spraak en gehoor; • Competente ouders, sensitief en responsief.
<i>Risicofactoren gezin:</i> • Conflicten in het gezin, • Autoritaire opvoedingsstijl (geen betrokkenheid, genegenheid, warmte of intimiteit), • Verlies van een geliefd persoon; • Instabiliteit, gezin.	<i>Beschermende gezinsfactoren:</i> • Positieve gezinsfeer; • Stabiel gezin; • Goed voorbeeld.
<i>Sociale risicofactoren:</i> • Sociale isolatie, ontbreken van sociale steun; • Slechte relatie met leeftijdgenoten; • Geen contact met peuterspeelzaal of	<i>Beschermende meso factoren:</i> • Sociale netwerken; • Goede relatie met familie en vrienden; • Toegang tot instellingen voor onderwijs, welzijn en zorg.

²⁹ M. Kijlstra e.a., *Kwetsbaar jong, Een quick scan van de kansen op achterstand van kinderen van 0-4 jaar in risicosituaties*, 2005.

³⁰ Uit: *Van brabbelen tot spreken*, Par. 3.2.

kinderopvang.	
<i>Risicofactoren op macroniveau:</i> • Lage sociaal economische status; • Culturele minderheidsgroep; • Afwijkend subculturele normen en waarden, economische crisis, werkloosheid en discriminatie	<i>Beschermende macro factoren:</i> • Goede opleiding van de ouders; • Normen en waarden in overeenstemming met de dominante cultuur
Conclusie	Taalzwak: ja/ nee

In de nota *van brabbelen tot spreken* worden richtlijnen gegeven voor het handelen bij mogelijk risico op taalachterstand. Er volgt een traject van beïnvloeden van het gevonden gezondheidsrisico. Ouders van kinderen met een taalachterstand krijgen van de arts en/of de verpleegkundige gerichte informatie, advies op maat en instructie over effectieve taalstimulering.

4. Taal- spraak signaleringsinstrumenten.

4.1 Inleiding

“De vroegtijdige onderkenning van spraak- taalproblemen staat in Nederland al enige tijd hoog in het vaandel. Zowel binnen de gezondheidszorg als binnen het onderwijs is de mening toegedaan, dat hoe eerder taalproblemen en taalachterstand onderkend worden hoe beter het is. Deze aanname is gebaseerd op de kennis, dat het spraak- en taalsysteem in de eerste jaren van het leven neuronanatomisch en neurofysiologisch wordt vastgelegd en dat deze rijpingsprocessen tezamen met stimulatie van buitenaf de manier bepalen waarop het taalverwervingsproces bij kinderen verloopt. Uit onderzoek van Dr. Jansoniuss-Schulheiss is bovendien gebleken dat met het toenemen van de leeftijd de kans op herstel van specifieke taalstoornissen afneemt. Bij vroegtijdige onderkenning is de prognose gunstiger. Om spraak- taalproblemen op een zo vroeg mogelijke leeftijd te onderkennen, is het van groot belang dat er een goed genormeerd en gevalideerd instrument beschikbaar is waarmee de taalontwikkeling van een kind vastgesteld kan worden. Onderzoek wijst uit dat taalproblemen momenteel veelal intuïtief waargenomen worden, in slechts 25% van de gevallen wordt er gebruik gemaakt van een signaleringsinstrument. Bovendien worden er zeer verschillende normen gehanteerd wanneer gebruik gemaakt wordt van een taaltest om een taalachterstand vast te stellen, soms wordt een leeftijdsequivalent gebruikt, soms een standaardafwijking. Het lijkt derhalve van groot belang een goed genormeerd signaleringsinstrument te vinden voor kinderen tussen de 1 en de 4 jaar dat rekening houdt met interindividuele variaties”.³¹

Vroegtijdige screening van kinderen op taalachterstand kan het aantal leerlingen in het speciaal onderwijs drastisch verlagen. Dertig procent minder kinderen hoeven naar het speciaal onderwijs, wanneer zij op tweejarige leeftijd op het consultatiebureau worden gescreend of behandeld voor een taalachterstand. Wel blijven zij, eenmaal in het reguliere onderwijs, vaker zitten. Dit blijkt uit het onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum.

Verschillende screeningsinstrumenten zijn in klinische studies gebruikt, waarbij is aangetoond dat deze in staat zijn taalstoornissen vroegtijdig op te sporen. Zoals hiervoor beschreven is de periode tussen twee tot vier jaar zeer belangrijk om de taalontwikkeling nauwlettend in de gaten te houden. Dit gebeurt niet altijd onder optimale omstandigheden. Tijdens de contactmomenten moet er door de arts of verpleegkundige zoveel gecontroleerd worden, dat voor het controleren van de taalontwikkeling soms weinig tijd is. Hoewel het van Wiechenschema, het nu veelal gangbare soms enige meetinstrument, er redelijk in slaagt de taalontwikkeling te meten, kan het niet altijd goed worden ingezet op het consultatiebureau. Dit komt door: tijdgebrek, het niet veilig voelen van het kind waardoor het kind niet spreekt, het spreken van een andere taal. Dit zijn factoren die het moeilijk maken om in korte tijd goed naar de taalontwikkeling te kijken.

³¹ Uit: *Vroegsignalering van spraak- en taalachterstanden in de provincie Groningen*, JGZ Symposium 2005, Hfst. 2.1.

Wanneer er een spraak- taalstoornis wordt opgemerkt, is het belangrijk een goede diagnose te stellen. Er zal een onderscheid gemaakt moeten worden tussen een specifieke- of een niet-specifieke taalstoornis.

In de *Position paper 'Europese dag van de logopedie'*³² wordt de huidige stand van zaken toegelicht. Bij een niet-specifieke taalstoornis moet in principe eerst het onderliggende probleem worden aangepakt (bijvoorbeeld buisjes plaatsen in geval van gehoorproblemen). Daarna kan de logopedist het taalontwikkelingsprobleem behandelen. Het signaleren van spraak- en taalproblemen is in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid verankerd. Gemeenten hebben als speerpunt van beleid het terugdringen van onderwijsachterstanden door het bevorderen van een goede taalontwikkeling. Over de uitvoering van de screening op spraak- en taalstoornissen binnen de jeugdgezondheidszorg bestaat onduidelijkheid, zowel op het inhoudelijke als op het financiële vlak. Het is in het gemeentelijk onderwijsbeleid dus niet verankerd om bepaalde logopedische manieren van taalstimulering toe te passen. Thuiszorgorganisaties en GGD- en hebben veelal eigen protocollen ontwikkeld rondom preventie en signalering van taalontwikkelingsstoornissen. Te weinig wordt gebruik gemaakt van de logopedist.

4.2 Een goed signaleringsinstrument

Heleen van Agt, werkzaam aan het Erasmus Medisch Centrum, stelt dat een bruikbaar screeningsinstrument moet beschikken over een goede sensitiviteit: worden alle kinderen met een taalprobleem ook opgespoord met behulp van het instrument? Vervolgens moet een signaleringsinstrument beschikken over een goede specificiteit: worden er niet teveel kinderen zonder taalproblemen opgespoord met behulp van het instrument? De nauwkeurigheid van een meting, de betrouwbaarheid is een onderdeel van een bruikbaar instrument. Als laatste is er de steekproefafhankelijkheid: geven verschillende metingen in verschillende populaties dezelfde uitkomsten met het gebruikte signaleringsinstrument?

Uiteindelijk moet de effectiviteit en het functioneren, het programma rond een signaleringsinstrument worden nagegaan.

Elk screeningsprogramma dient op drie doelen te worden geëvalueerd:

- Gezondheidswinst; Een effectievere behandeling bij ontdekking in een vroeg stadium, en daarmee late of ernstige gevolgen van de afwijking voorkomen.
- Minder ingrijpende behandeling mogelijk maken als gevolg van vroegtijdige detectie.
- Het vroegtijdig vaststellen van de afwijking kan onbegrip bij de ouders voorkomen en daarmee verstoring van de ouder- kind interactie.³³

4.2.1 Doeltreffendheid van een goed signaleringsinstrument

In het onderzoek *vroegtijdige onderkenning* wordt aangegeven dat elk screeningsprogramma in de jeugdgezondheidszorg op drie doelen moet worden geëvalueerd:

³² Deze *Position paper 'Europese dag van de logopedie'*, augustus 2005, Pag. 2.

³³ Uit: *Vroegtijdige onderkenning*, Pag. 6

- Effectievere behandeling mogelijk maken bij ontdekking in een vroeg stadium, en daarmee late of ernstige gevolgen van de afwijking voorkomen. Dit is gezondheidswinst
- Een minder ingrijpende behandeling mogelijk maken als gevolg van de vroegtijdige detectie
- Kan het vroegtijdig vaststellen van de afwijkingen bij ouders voorkomen en daarmee verstoring van de ouder-kind interactie

Een signaleringsinstrument is doeltreffend, wanneer grotere gezondheidseffecten bereikt zijn voor een groep gescreende kinderen dan zonder dat programma het geval was. Van belang is ook na te gaan of deze effecten in belangrijke mate opwegen tegen de inspanningen die kind, ouders, thuiszorgorganisaties en maatschappij maken (kosten- effectief!), en of er een beter alternatief is.³⁴

Belangrijke proceskenmerken die de effectiviteit (doeltreffendheid) van screening bepalen:

- Groot bereik
- Substantieel deel van de afwijkingen wordt opgespoord (sensitiviteit)
- Stoornissen vroegtijdig vastgesteld in goed behandelbare stadia
- Vroegtijdige behandeling is voor een belangrijk deel effectief, en effectiever dan latere behandeling
- Er worden relatief weinig kinderen gemist die daardoor nog later dan anders worden ontdekt³⁵

Het gaat bij de evaluatie van screening steeds om een viertal vragen:

- Worden afwijkingen eerder ontdekt?
- Is vroegtijdige ontdekking en behandeling gunstig voor kind en/of ouders?
- Is de verhouding tussen kosten en effecten acceptabel?
- Zijn aanpassingen in het programma wenselijk?³⁶

4.3 Het signaleringsinstrument in de praktijk

In deze paragraaf geef ik een korte beschrijving van de huidige praktijk in vier verschillende organisaties: De Stichting Opmaat, thuiszorgorganisatie RDB Valent, thuiszorg Eindhoven, thuiszorg Groningen en thuiszorg Nieuwe Waterweg Noord.

4.3.1 Thuiszorg Stichting Opmaat

Momenteel wordt er bij de Stichting Opmaat volgens de richtlijn voor het uitvoeren van de JGZ- standaarden in het basistakenpakket gewerkt met het van Wiechenschema. De uitvoering wordt gedaan door de consultatiebureauarts en de jeugdverpleegkundige. Tijdens de standaardconsulten volgens schema wordt het van Wiechenschema (zie bijlage 2) gevolgd.

Er was bij de Stichting Opmaat al wel eens nagedacht over gebruik van onder andere de Lexilijst. Dit is een signaleringsinstrument dat in sommige andere

³⁴ Uit: *Vroegtijdige onderkenning*, Pag. 6,7.

³⁵ Uit: *Vroegtijdige onderkenning*, Pag. 7, tabel 2.2

³⁶ Uit: *Vroegtijdige onderkenning*, Pag. 7.

organisaties gebruikt wordt. Bij Opmaat is dit nu geen optie, en wel om meerdere redenen. De contactmomenten zoals afgesproken bij Opmaat sluiten in de eerste plaats niet aan bij de contactmomenten die de Lexilijst voorschrijft. Bij navraag aan de stafarts werd aangegeven dat het gebruik van een valide taal- spraakinstrument hoog op de agenda staat. De organisatie is in de tweede plaats in afwachting van de implementatie van een landelijk te implementeren instrument wat aangegeven gaat worden door het RIVM. Staatssecretaris Ross zal een uitspraak doen n.a.v. een vergelijkend onderzoek uitgevoerd door TNO, waarin verschillende methoden van screenen worden vergeleken. Op basis van het onderzoek zal uiteindelijk de méést effectieve test worden gekozen als landelijk uniforme test. Naar alle waarschijnlijkheid zal het landelijk te implementeren instrument een afgeleide zijn van het al ontwikkelde VTO taal- spraak ontwikkeling, aldus de stafarts van Opmaat. Het originele instrument als zodanig neemt volgens deze organisatie teveel tijd in beslag. Het programma is, volgens vooraf vastgestelde contactmomenten, nu niet in te passen.

4.3.2 Thuiszorgorganisatie Valent RDB

Bij de thuiszorgorganisatie Valent RDB wordt vandaag de dag gewerkt met het van Wiechenschema (zie Bijlage 2) en de Groninger Minimum Spreeknormen (zie Bijlage 3). De uitvoering wordt gedaan door de consultatiebureauarts en de jeugdverpleegkundige. Tijdens de uniforme contactmomenten wordt de taalontwikkeling gemonitord door gebruik te maken van het van Wiechenschema en de Groninger Minimum Spreeknormen. Bij een onvoldoende score wordt doorverwezen naar de logopedist die éénmaal per maand spreekuur houdt op de locatie. De logopedist geeft eenmalig advies en verwijst ouders zonodig door voor (pré)logopedische behandeling. De logopedist verzorgt deskundigheidsbevordering voor de JGZ-medewerkers. Dit betreft het adviseren ter preventie van spraak- taal achterstand en het vroegtijdig signaleren van mogelijke achterstand. Valent RDB start op de locatie Lisse binnenkort met het project 'Hoe eerder hoe beter'. Dit project wordt gefinancierd door een extra toelage van de gemeente die de signalering van taal- spraakstoornissen prioriteit geeft. Ook heeft de organisatie geld gekregen vanuit een prijsvraag georganiseerd door het C&A concern. Zij opende haar 1000^{ste} vestiging en onderstreepte dit door een geldbedrag te geven aan een maatschappelijk relevant project. 'Hoe eerder hoe beter' is bedoeld als 'pilot' om de organisatie en de werkwijze in de toekomst te verbeteren.

Organisatie en werkwijze volgens 'Hoe eerder hoe beter'³⁷:

- Tijdens de uniforme contactmomenten op de zuigelingen en peuterleeftijd wordt middels het van Wiechenschema en met behulp van de minimum spreeknormen spraak- taalontwikkeling gemonitord.
- Is deze onvoldoende, dan volgt een gesprek met een consult arts (verwijzing KNO-arts)
- Met adviezen en een evidence- based screeningsinstrument (SNEL) worden de kinderen, zoals gebruikelijk bij taalachterstand, tijdens een kort consult opnieuw gezien.

³⁷ RDB Valent Basistakenpakket M4.1.1. en M5.1.1.

- Indien de uitslag van de SNEL onvoldoende is, de taalproductie nog onvoldoende op gang is gekomen, worden ouder(s) en kind doorverwezen naar de logopediste (van GGD Hollands midden), die éénmaal per maand spreekuur houdt op de locatie (laagdrempelig).
- Logopedist geeft laagdrempelig advies en verwijst ouders zonodig voor (pre)logopedische behandeling naar de plaatselijke logopedist voor eventuele verdere behandeling of indien wenselijk naar het Molenspreekuur in het LUMC (Leids Universitair Medisch Centrum).
- Logopedist verzorgt deskundigheidsbevordering voor JGZ medewerkers betreffende adviseren ter preventie van spraak- taalachterstand en het vroegtijdig signaleren van mogelijke achterstand d.m.v. casuïstiekbespreking van de verwezen kinderen

De spraak- taal interventie is opgenomen in het maatwerkdeel.

4.3.3 Thuiszorg (ZuidZorg) Eindhoven

Bij deze thuiszorgorganisatie is vanaf juli 2004 een samenwerkingsverband met het consultatiebureau en Sint Marie. Sint Marie is een orthopedagogisch expertise- en kenniscentrum voor onderzoek en behandeling van kinderen vanaf twee jaar die problemen hebben met de communicatie. Er wordt éénmaal in de week een spraak- en taalspreekuur gehouden op het consultatiebureau. Dit spreekuur heeft tot doel kinderen met een (dreigende) achterstand of stoornis in de taal- of spraakontwikkeling zo vroeg mogelijk op te sporen en nader te omschrijven. Daarnaast willen zij gericht advies geven om de spraak- en taalontwikkeling verder te stimuleren. De kans op succes wordt immers groter als spraak- of taalproblemen al op jonge leeftijd worden onderkend en behandeld. De veronderstelling is dat een spreekuur op het consultatiebureau laagdrempelig is en dat ouders daar ook snel heen willen.

Doorverwijzing vindt plaats als een kind bij het van Wiechenonderzoek in de sectie communicatie uitvalt en als één of meerdere alarmsignalen aanwezig zijn. Deze alarmsignalen zijn gebaseerd op gegevens uit de literatuur over de normale spraak- taalontwikkeling. Indien bij een kind één of meer alarmsignalen zijn, behoort het kind tot de zwakste 5 à 10 procent voor wat de spraak- taalontwikkeling betreft. Een andere voorwaarde om naar het spraak- taal spreekuur op het consultatiebureau te kunnen verwijzen, is wanneer het nog niet duidelijk is waardoor deze achterstand in spraak- taalontwikkeling ontstaat. Zo zal een kind met langdurige otitis media en onvoldoende (CAPAS) gehoortesten en een achterblijvende spraak- taalontwikkeling niet naar het spreekuur, maar naar de KNO-arts of naar het audiologisch centrum verwezen worden. Ook kinderen bij wie een algemene retardatie vermoed wordt, komen niet op het spraak- taalspreekuur terecht.

Wanneer een kind naar het spreekuur verwezen wordt, vult het consultatiebureau-team een aanmeldingsformulier in en aan de ouders wordt gevraagd een N-CDI (Nederlandse Communication Developmental Inventory, zie bijlage 7) lijst in te vullen. Dit zijn leeftijdspecifieke, gevalideerde screeningslijsten waarop ouders kunnen aangeven welke woorden hun kind al begrijpt en/of zegt.

Het consult op het spraak- taalspreekuur bestaat uit twee bezoeken.

Bij het eerste bezoek neemt de logopediste een anamnese af en doet enkele korte taaltesten, waaronder het VTO- taalscreeningsinstrument. Ook vindt er een spelmoment plaats waarvan video- en geluidsopnamen worden gemaakt om de spontane taal en spraak van het kind te kunnen beoordelen. Bij het tweede bezoek bespreekt de logopediste samen met de ouders de resultaten van de taaltesten en de uitwerking van de bandopnamen. Hierna vindt een adviesgesprek plaats over de hulp die het kind nodig heeft en wordt een plan over de mogelijke vervolgstappen gemaakt. De uitkomst van het onderzoek en de adviezen worden teruggekoppeld naar de consultatiebureauarts.

Deze samenwerking tussen het consultatiebureau en het kenniscentrum Sint Marie is een pilot en recent geëvalueerd. Er is bij 11 kinderen onderzoek gedaan en advies uitgebracht. Enkele belangrijke uitkomsten zijn:

- Naar het spraak- taalspreekuur wordt alleen de doelgroep verwezen: dat zijn kinderen van wie niet duidelijk is wat de reden is van de achterblijvende spraak- taalontwikkeling.
- De aangemelde kinderen worden steeds jonger. Dit is ook het geval bij de kinderen die op de wachtlijst staan. Dit is de bedoeling: zo vroeg mogelijk gericht verwijzen en hulp inzetten.
- De verwijzingen en samenwerking verlopen goed.
- Bijna geen van de ouders van de verwezen kinderen had zorgen over de spraak- taalontwikkeling van hun kind, terwijl slechts bij een enkel kind doorverwijzing naar logopedie of nader onderzoek niet nodig was.
- Het spraak- taalspreekuur wordt door de ouders als laagdrempelig ervaren.

Een tevredenheidsonderzoek bij ouders en medewerkers is momenteel in voorbereiding.

4.3.4 Thuiszorg Groningen

De thuiszorg Groningen heeft richtlijnen, waar screening en de eerste fase diagnostiek enerzijds en de verwijzing van kinderen met een mogelijke spraak- taalstoornis anderzijds aan moeten voldoen.³⁸ Het protocol is hierna integraal overgenomen. Het is een pilot sinds september 2003 om als volgt te werken. Voordien werkte de organisatie met het van Wiechenschema en de Groningen Minimum Spreeknormen.

Voor de screening van spraak- taalachterstanden wordt SNEL gebruikt. Er wordt gescreend op 2, 3 en 3,9-jarige leeftijd. De screening wordt afgenomen op het consultatiebureau door een lid van het consultatiebureau team. Tijdens het consult wordt de ouder vragen gesteld over de taalontwikkeling van het kind en wordt SNEL door de consultatiebureauarts ingevuld.

Na het consult worden de resultaten van SNEL ingevuld op de kaart 'resultaten SNEL' en toegevoegd aan het dossier van het kind. Dit gebeurt in tweevoud. Een exemplaar van de resultaten is bedoeld voor het dossier van het kind, een exemplaar wordt meegegeven aan het kind wanneer het doorverwezen wordt voor een eerste en/of tweede fase diagnostiek.

³⁸ Else Ruizeveld de Winter, *Vroegsignalering van spraak- en taalachterstanden in de provincie Groningen, Protocol*, Januari 2005.

Doorverwijzing naar de eerste fase diagnostiek hangt af van de mate waarin de taalontwikkeling van het kind afwijkt van de normale taalontwikkeling, gezien de leeftijd van het kind. Voor de afnamen van SNEL houdt dit in dat we spreken van een normale taalontwikkeling wanneer de SNEL- score groter is dan het 10^e percentiel. Van een matige taalachterstand wordt gesproken wanneer de SNEL- score gelijk is aan het 10^e percentiel en van een ernstige taalachterstand wanneer de SNEL- score kleiner is dan het 10^e percentiel. Zie de volgende tabel:

Taalachterstand op 2 jarige leeftijd	Verwijzen naar logopedist
Vallend binnen de norm (>10 ^e percentiel)	Nee
Matig (10 ^e percentiel)	Nee (2;6 jaar consult mogelijk)
Ernstig (<10 ^e percentiel)	Ja
Taalachterstand op 3 jarige leeftijd	Verwijzen naar logopedist
Vallend binnen de norm (>10 ^e percentiel)	Nee
Matig (10 ^e percentiel)	Ja
Ernstig (<10 ^e percentiel)	Ja
Taalachterstand op 3;9 jarige leeftijd	Verwijzen naar logopedist
Vallend binnen de norm (>10 ^e percentiel)	Nee
Matig (10 ^e percentiel)	Ja
Ernstig (<10 ^e percentiel)	Ja

Verwijzing naar GGD- logopedist voor eerste fase diagnostiek. SD=standaard deviatie

Tweejarige kinderen

Kinderen met een matige taalachterstand (-1 tot -2 SD) krijgen een aantekening in hun dossier. Van deze kinderen wordt de taalontwikkeling zo nodig gestimuleerd en ze krijgen een consult op indicatie op 2;6 jarige leeftijd met behulp van SNEL. Kinderen met een ernstige taalachterstand (<-2 SD) worden doorverwezen naar de GGD- logopedist voor eerste fase diagnostiek.

Driejarige kinderen

Kinderen met een matige en ernstige taalachterstand (-1 tot -2 SD & < -2 SD) worden doorverwezen naar de logopedist voor eerste fase diagnostiek.

3.9 jarige kinderen

Op 3.9 jarige leeftijd worden alle kinderen gescreend behalve die kinderen die al in het verwijzingstraject zitten. De verwijzing op deze leeftijd is gelijk aan die van de driejarige kinderen.

Eerste fase diagnostiek

De eerste fase diagnostiek wordt verzorgd door de GGD logopedisten middels afname van de Taalstandaard. Afname van de Taalstandaard gebeurt alleen op basis van een indicatie van het consultatiebureauteam. Na de afname van de Taalstandaard worden de resultaten ingevuld op het formulier 'resultaten Taalstandaard'. Dit formulier moet in drievoud ingevuld worden. Een exemplaar is bedoeld voor de GGD logopedist, een exemplaar voor het dossier van het kind op

het consultatiebureau en een exemplaar indien het kind doorverwezen wordt naar een multidisciplinair team voor tweede fase diagnostiek. Wanneer de uitslag van de Taalstandaard duidt op een taalontwikkeling die valt binnen de norm *duidelijke evidentie voor normaal* of die matige achterstand (*mogelijke evidentie voor probleem*) vertoont, vindt er terugkoppeling naar de ouder en kindzorg 0-4 plaats. Bij een matige taalachterstand is het bovendien wenselijk dat de taalontwikkeling gestimuleerd wordt. Bij een evident voorprobleem vindt er overleg plaats tussen het consultatiebureauteam en de GGD logopedist en wordt de huisarts verzocht om verwijzing naar Multidisciplinaire diagnostiek. Zie de volgende tabel:

Taalachterstand op 2 jarige leeftijd	Verwijzen naar Multidisciplinair team
Vallend binnen de norm (<i>Evidentie geen probleem</i>)	Nee
Matig (<i>Mogelijke evidentie probleem</i>)	Nee (2;6 jaar op consult)
Ernstig (<i>Duidelijke evidentie probleem</i>)	Ja
Taalachterstand op 3 jarige leeftijd	Verwijzen naar Multidisciplinair team
Vallend binnen de norm (<i>Evidentie geen probleem</i>)	Nee
Matig (<i>Mogelijke evidentie probleem</i>)	Nee
Ernstig (<i>Duidelijke evidentie probleem</i>)	Ja
Taalachterstand op 3;9 jarige leeftijd	Verwijzen naar Multidisciplinair team
Vallend binnen de norm (<i>Evidentie geen probleem</i>)	Nee
Matig (<i>Mogelijke evidentie probleem</i>)	Nee
Ernstig (<i>Duidelijke evidentie probleem</i>)	Ja

Verwijzing naar multidisciplinaire diagnostiek voor tweede fase diagnostiek

Multidisciplinaire diagnostiek

Multidisciplinaire diagnostiek (tweede fase diagnostiek) gebeurt alleen op indicatie van het consultatiebureau team/GGD logopedist en de huisarts. Bij verwijzing naar Multidisciplinaire diagnostiek moet een dossier van het kind meegegeven worden met daarin de resultaten van SNEL en de Taalstandaard.

4.3.5 Thuiszorg Nieuwe Waterweg Noord

Deze organisatie heeft een aantal jaren geleden, na aanbeveling van een stuurgroep in de organisatie, de Lexilijst geïntroduceerd binnen de ouder en kindzorg. Er was ontevredenheid over de tot dan toe gehanteerde werkwijze. Men gebruikte het van Wiechenschema. Het van Wiechenschema gaf volgens de organisatie onvoldoende zicht op de taal- spraakontwikkeling en de mogelijke achterstand. De Lexilijst blijkt in de praktijk een zeer bruikbaar en inzichtelijk instrument te zijn.

Er is bij de thuiszorgorganisatie een plan van aanpak en een protocol opgesteld om de taal- spraakstoornissen tijdig te onderkennen. Het protocol is als volgt:

Gebruik van Lexilijsten op het consultatiebureau Nieuwe Waterweg Noord

Doel: Het tijdig onderkennen van spraakachterstand, zodat een kind tijdig kan worden doorverwezen naar een voorziening voor VVE (Voor- en Vroegschoolse Educatie, peuterplus) en/of verder onderzoek en behandeling.

Doelgroep: Kinderen die voor het 2- jaar consult worden opgeroepen krijgen een Lexilijst thuis gestuurd.

- Bij telefonische oproep vertelt de assistente de ouders over de Lexilijst en stuurt deze vervolgens naar de ouders met het verzoek om bij de volgende afspraak de ingevulde lijst mee te nemen.
- Bij schriftelijke oproep wordt de Lexilijst samen met een begeleidend briefje, waarop de afspraak voor het consultatiebureau is ingevuld, naar de ouders gestuurd.

Consultatiebureaubezoek:

- De assistent vraagt de ouder naar de lijst en kijkt of deze al is opgesteld. Zo niet, dan vraagt ze de ouder(s) dit in de eventuele wachttijd alsnog te doen.
- Tijdens het 2- jaar consult bespreekt de consultatiebureauarts de Lexilijst met de ouders.
- Heeft de ouder de Lexilijst vergeten in te vullen of mee te nemen?
 - Kind maakt twee- woordzinnen en kent veel woorden: geen actie.
 - Kind praat weinig: alsnog de Lexilijst vragen in te vullen en een kort indicatieconsult plannen na 2-4 weken.

Verwijzing:

- Bij verwijzing naar de huisarts i.v.m. taal- spraak, zo mogelijk een kopie van de Lexilijst meesturen t.b.v. logopedist en huisarts.

Kinderen ouder dan 2 jaar:

- Bij twijfel aan spraakontwikkeling op indicatie bij oudere kinderen de Lexilijst meegeven en een kort indicatieconsult na 2-4 weken plannen.

Evaluatie:

- 6 tot 9 maanden na de implementatie vond evaluatie op de volgende punten plaats:
 - Levert de werkwijze een verbeterde onderkenning van de spraakproblemen op?
 - Levert de werkwijze een betere begeleiding van kinderen op: vroegere behandeling en/of plaatsing op VVE- voorziening?
- Welk percentage van de lijsten komt terug?
- Hoe groot is de tijdsinvestering per discipline?
- Hoe reageren de ouders?
- Welk effect is er bij allochtone kinderen?
- Hoe groot is de tijdsinvestering en wat zijn de kosten?

Kosten:

- Lexilijsten met enveloppe, briefje en postzegel (ook bij telefonische oproep).
- Extra tijd consultatiebureauassistenten en consultatiebureauarts.

18 maanden: de wijkverpleegkundige geeft aan in het dossier als de Nederlandse Lexilijst niet zinvol is bij een 2- jarig consult. Dit is het geval als:

- Geen van de ouders, verzorgers of grotere kinderen in het gezin Nederlands spreekt.
- Moeder niet op Nederlandse les of inburgeringcursus zit met kinderopvang.
- Geen opstapje, spel aan huis of dergelijks is.
- Het kind niet op een kinderdagverblijf is.

De Nederlands Lexilijst is dan niet erg zinvol. Dit is wel een aanleiding om het belang van het leren van de Nederlandse taal voor de schoolleeftijd te bespreken.

Taak van de consultatiebureauassistent:

- Plannen van het 2- jaar consult liever enkele weken voor dan na de tweede verjaardag.
- Bij telefonisch oproepen:
 - Tenminste twee van tevoren oproepen.
 - Tijd/dag van de afspraak geven.
 - Vertellen over de Lexilijst (lijst van woorden die het kind kan zeggen) en dat deze per post toegezonden wordt.
 - Lexilijst op de post doen met een begeleidend briefje, waarop tijd datum van de afspraak zijn ingevuld.
- Bij schriftelijk oproepen:
 - Tenminste twee weken van tevoren. De Lexilijst met het begeleidend briefje, met afspraak opsturen.
- Op het consultatiebureau nagaan of de lijst is meegenomen en opgeteld. Niet opgeteld, dan de ouders vragen dit alsnog te doen als in de wachtruimte zitten.

Taak van de consultatiebureau arts:

- Bekijken van de Lexilijst bij het consult rondom 2 jaar.
- Zonodig navragen of het kind de aangekruiste woorden in het Nederlands of in een andere taal zegt.
- Indien nog niet gebeurt aangekruiste woorden optellen (bij nieuwe lijsten worden ook de aangekruiste zinnestjes opgeteld en meegeteld).
- Nagaan of het kind voldoet aan de norm.
- Uitleg geven aan de ouder over de betekenis van de uitslag en het eventuele vervolg.
- Bij een onvoldoende score kind verwijsbrief voor VVE meegeven en zonodig extra consult afspreken om de verdere spraak- taalontwikkeling te volgen.

Verwijzen voor VVE of bij verdenking op andere problemen die de spraakontwikkeling beïnvloeden naar de huisarts:

Achtergrondinfo:

- Met 1.10 jaar zegt 80% van alle kinderen twee woordzinnen, dit geldt voor 83% van de Nederlandse gezonde kinderen.
- Met 2.1 jaar zegt 86% van alle kinderen twee woordzinnen, dit geldt voor 88% van de Nederlandse gezonde kinderen.
- Met 2.3 jaar zegt ongeveer 95% van de kinderen twee woordzinnen volgens het SMOCK- onderzoek.

Verwijzen voor VVE of peuterplus bij een score van:

- 1.9 jaar: 6 woorden of minder
- 1.10 jaar: 18 woorden of minder
- 1.11 jaar: 30 woorden of minder
- 2.0 jaar: 40 woorden of minder
- 2.1 jaar: 50 woorden of minder
- 2.2 jaar: 60 woorden of minder
- 2.3 jaar: 80 woorden of minder
- Ouder dan 2.3 jaar: geen twee woordzinnen

Wanneer een kind afwijkt van deze norm of andere problematiek heeft, die de spraak- taalontwikkeling beïnvloedt (KNO- problemen, ontwikkelingsachterstand) , moet de jeugdverpleegkundige of de consultatiebureauarts naar de huisarts verwijzen.³⁹

³⁹ Informatie overgenomen uit: *Protocol taal- spraakontwikkeling Nieuwe Waterweg Noord.*

5. De actuele signaleringsinstrumenten

5.1 Inleiding

De in hoofdstuk 4 genoemde signaleringsinstrumenten heb ik in het nu volgende hoofdstuk uitgewerkt. De weergave van de signaleringsinstrumenten geef ik zonder waardeoordeel.

5.1.1 Het van Wiechenschema

In het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg wordt het volgen van de ontwikkeling van kinderen tot een van de belangrijkste standaardactiviteiten van de JGZ gerekend. Voor de leeftijdsgroep 0-4 jaar wordt daarvoor sinds decennia het van Wiechenonderzoek gebruikt. De resultaten ervan worden vastgelegd in het van Wiechenschema (zie bijlage 2) dat onderdeel is van het dossier JGZ.

Het van Wiechenschema is gebaseerd op de vijf ontwikkelingsvelden die het model van Gesell aangeeft⁴⁰. Gesell heeft een model ontworpen dat de ontwikkeling van een individueel kind inzichtelijk maakt en kan vergelijken met die van leeftijdgenoten. Een model is altijd een min of meer kunstmatige, schematische weergave. Het model van Gesell vormt daarop geen uitzondering. Meerdere kenmerken passen in de verschillende ontwikkelingsvelden. In de praktijk blijkt deze indeling goed te voldoen. De vijf ontwikkelingsvelden van Gesell zijn:

- Grove motoriek: van hoofdbalans tot lopen
- Fijne motoriek: van kijken tot grijpen
- Adaptatie: toegepaste motoriek
- Taal en spraak: communicatie (verbaal en non-verbaal)
- Persoonlijk en sociaal gedrag: eigenaard en mens worden tussen de mensen.

In het van Wiechenschema is vanwege de overlapping gekozen voor een grovere indeling in drie secties:

- Fijne motoriek, adaptatie, persoonlijkheid en sociaal gedrag
- Communicatie
- Grove motoriek

Ook na deze reductie is er nog overlap. Zo zijn persoonlijkheid en sociaal gedrag aspecten van ontwikkeling die nauw samenhangen met communicatie en motoriek. In de overzichten van bijlage 1 is te zien op welke ontwikkelingsvelden ieder kenmerk betrekking heeft, naast de hoofdindeling in velden.

Het van Wiechenonderzoek kent items voor het testen van respectievelijk het taalgebruik, taalinhoud en taalniveau. Voor het opsporen van kinderen met een achterstand in de Nederlandse taal wordt op het consultatiebureau gebruikt gemaakt van deze taalitems. De voorbeelden uit de zuigelingen en peuterperiode zijn:

Taalgebruik, het communicatieve aspect van taal:

⁴⁰ Overzicht overgenomen uit: L. de Angulo M.S. e.a., *Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg. Het van Wiechenonderzoek*, Assen 2005, Hfst. 3, Pag. 21ev.

- reageert op toespreken (1 maand)
- lacht terug (2 maanden)
- maakt geluiden terug (3 maanden)
- zwaait 'dag', 'dag' (12 maanden)

Taalinhoud, het cognitieve aspect van taal, het kennen van de betekenis van uitingen van anderen en van het kind zelf:

- begrijpt enkele dagelijks gebruikte zinnen (15 maanden)
- wijst zes lichaamsdelen aan bij de pop (2 jaar)
- wijst vijf plaatjes aan in een boek (2,5 jaar)

Taalvorm, het grammaticale aspect, de plaatsing van de juiste klanken in de juiste woorden, via één-woordzinnen en twee-woordzinnen naar meer-woordzinnen.

- zegt baba, dada, gaga (9 maanden)
- zegt drie 'losse' woorden (1,5, jaar)
- zegt zinnen van twee woorden (2 jaar)

Onderzoek naar de effectiviteit van het van Wiechenonderzoek heeft tot nu toe in Nederland maar mondjesmaat plaats gevonden. Op het consultatiebureau, wat door ongeveer 85% van de ouders wordt bezocht, wordt de taalontwikkeling gevolgd door het van Wiechenschema. Via deze weg worden geen duidelijke aanwijzingen gevonden dat aldus veel taalstoornissen vroegtijdig worden vastgesteld, laat staan wat de gevolgen van vroegtijdige detectie zijn. Het van Wiechenschema is geen signaleringsinstrument volgens het VTO onderzoek.⁴¹

5.1.2 Groninger Minimum Spreeknormen

Gebaseerd op de normering GMS (Groninger Minimum Spreeknormen) van Prof. Dr. S.M. Goorhuis-Brouwer, aangevuld met de door organisaties voor jeugdgezondheidszorg zelf ontwikkelde protocollen en richtlijnen, is een taalnormeringslijst aangelegd (zie bijlage 3). De GMS worden vanaf één jaar gehanteerd en zijn bruikbaar tot het vijfde jaar. Bij de GMS worden aangegeven welke spraak- taalprestaties op welke leeftijd aanwezig moeten zijn. De mijlpalen zijn gebaseerd op de taalontwikkeling van het kind. Voor een aantal leeftijden zijn criteria vastgesteld waaraan de taalproductie moet voldoen (Goorhuis-Brouwer 1985). De GMS richten zich uitsluitend op de taalproductie en niet op het begrip van taal. Kinderen moeten voldoen aan deze voorgestelde taalnormering waarin de minimumspreeknorm (van Goorhuis) is opgenomen. In het TNO-rapport *Kwaliteit van Leven*⁴² wordt een beschrijving gegeven van de bruikbaarheid van de GMS. De conclusie van de test is hoopgevend. Maar tegelijkertijd wordt aangegeven dat nader onderzoek naar de testeigenschappen van de GMS nodig is.

⁴¹ *Vroegtijdige onderkenning*, Pag. 2

⁴² C.P.B van der ploeg, C.J. Lanting, P.H. Verkerk, *Kwaliteit van Leven, Signalering van spraak/taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen*, TNO- Rapport KvL/JPB/2005.067 Leiden April 2005, Pag. 17.

5.1.3 Lexilijst

De Lexilijst is in 1995 naar model van de *Language Development Survey* (LDS)⁴³, een uit Amerika afkomstige checklist voor de taalverwerving, ontwikkeld.

Deze LDS is opgesteld met als doel kinderen met een taalachterstand op te sporen. De test kan in ongeveer 10 minuten door de ouders worden ingevuld en kost de onderzoeker bijna geen tijd. De specificiteit en de sensitiviteit van de LDS is zeer hoog. In de leeftijd van gemiddeld 24,7 maanden was de sensitiviteit 91%, hetgeen inhoudt dat bijna alle kinderen die een taalachterstand hadden met dit instrument werden opgespoord. De specificiteit was 87%, hetgeen aangeeft dat 87% van de kinderen zonder taalachterstand een voldoende behaalden op dit instrument. De predictieve validiteit, dus de mate waarin de lijst een goede voorspeller is voor de taalontwikkeling bij een hogere leeftijd werd ook onderzocht (Klee et al. 1998). De Lexilijst is geen Nederlandse vertaling van de Amerikaanse lijst maar een oorspronkelijke Nederlandse versie, ontwikkeld door Schlichting, Van Eldik, Lutje Spelberg, Van der Meulen en Van der Meulen.

De Lexilijst Nederlands (zie Bijlage 4) is een lijst met woorden en zinnen die in de taal van jonge Nederlandse kinderen voorkomen. De lijst is bedoeld om bij kinderen van 15-27 maanden na te gaan of zij zich ontwikkelen overeenkomstig leeftijdgenootjes op het gebied van de taalverwerving. Dit doet de lijst door ouders te laten aangeven welke woorden en zinnen het kind zegt. Er zijn twee gelijkwaardige versies van de Lexilijst: A en B. Per instrument zijn er per maand normen ontwikkeld. Er zijn normtabellen berekend over jongens en meisjes tezamen, en normtabellen apart voor jongens en voor meisjes. De Lexilijst Nederlands staat open voor allen die bekend zijn met het zorgvuldig omgaan met gegevens en het nauwkeurig vaststellen van resultaten uit normtabellen. Hierbij wordt gedacht aan, verpleegkundigen, jeugdartsen, logopedisten en peuterspeelzaalleidsters.

De lijst kan als screeningsinstrument ingezet worden om te onderzoeken of de taalontwikkeling normaal verloopt, maar kan ook dienen als diagnostisch instrument voor de actieve woordenschat. Het meten van de taalontwikkeling in deze leeftijdsperiode kan in principe op drie wijzen geschieden:

- Het afnemen van een test
- Het uitvoeren van een observatie door de testleider
- Rapportage door de ouders

Het afnemen van een test is om praktische redenen vaak niet haalbaar en ook niet altijd wenselijk. Observatie door de testleider zal vaak een beperkt beeld van de taalontwikkeling van het kind opleveren. Rapportage door de ouders is de derde mogelijkheid en recente onderzoeksgegevens laten zien dat het mogelijk is op een dergelijke manier betrouwbare gegevens te verkrijgen, mits men de ouders de juiste vragen stelt. Van deze laatste methode, de ouderrapportage, maakt de Lexilijst gebruik. In de Lexilijst wordt de productieve woordenschat gemeten doordat ouders op een lijst aankruisen welke woordjes en zinnen hun kind spontaan zegt. De woordenschatproductie op zich is een goede maatgever voor de algehele taalontwikkeling. Uit onderzoek blijkt dat de taalproductie zoals gemeten met de Lexilijst in hoge mate overeenkomt met de taalontwikkeling in zijn totaliteit. Het is dan

⁴³ J.E.P.T. Schlichting en H.C. Lutje Spelberg, *Taalscreening bij kinderen van 15-27 maanden met de Lexilijst*, JGZ – nr. 3 – juni 2003, Pag. 49-53.

ook mogelijk de Lexilijst als indicatief instrument voor de algehele taalontwikkeling te gebruiken. De pragmatiek, de sociale kant, van de taalontwikkeling wordt niet getest door de uitvoering met de Lexilijst.

De lijst als zodanig kan als vroegsignalering worden ingezet. Er wordt uitgegaan van twee vormen, A en B. Beide vormen bevatten 263 woorden en elf korte zinnen. Het is nuttig om te beschikken over twee vergelijkbare lijsten om één ervan als hertest te kunnen gebruiken. De woorden zijn geordend in vijftien categorieën, zoals Spel (bijvoorbeeld aai en kiekeboe), Dingen Doen (bijvoorbeeld kijken en kruipen) en Kleding (bijvoorbeeld broek en pyjama). De ruwe score wordt berekend door het aantal items dat door de ouders is aangekruist, op te tellen. Ouders vinden het over het algemeen leuk om de Lexilijst in te vullen. Het gebeurt meestal goed. Het stimuleert hen om met taal bezig te zijn. De ouders voeren deze berekening meestal zelf uit. De maximale ruwe score is 274 op beide lijsten. Door middel van een normtabel kan men de ruwe score omzetten in standaardscores, lexiquotiënten genaamd. Dit kost minder dan een minuut tijd. Bij de oudere versie van de Lexilijst (1995) is een validiteitsonderzoek gedaan. Daaruit is gebleken dat de betrouwbaarheid van de Lexilijst Nederlands uitstekend is.

De Lexilijst is door zijn vorm bij uitstek geschikt voor screeningsonderzoek, omdat het instrument weinig arbeidsintensief is voor de arts of de verpleegkundige die de informatie verzamelt. Voorts is het instrument geschikt voor de diagnostiek van de woordenschatontwikkeling in het kader van logopedisch onderzoek. Daarnaast is het instrument ook goed bruikbaar in het kader van het vervolgonderzoek bij uitval op een ander instrument.

5.1.4 SNEL

SNEL⁴⁴ (Spraa- en taal Normen Eerste Lijns gezondheidszorg, zie Bijlage 5) is een signaleringsinstrument dat is bedoeld voor de opsporing van taalproblemen bij kinderen van 1 tot 6 jaar. Op basis hiervan kunnen kinderen worden doorgestuurd voor verdere diagnostiek. Het instrument omvat een vragenlijst bestaande uit 14 gesloten vragen aan ouders/verzorgers. De vragen gaan over mijlpalen in de taalontwikkeling (Maakt uw kind al zinnetjes van 2 woorden, bijv. "koekje eten?"). Het instrument is gebaseerd op mijlpalen in de taalontwikkeling voor kinderen van 12 tot 72 maanden. Er wordt zowel naar taalbegrip als taalproductie gevraagd.

Afhankelijk van het wel of niet behalen van mijlpalen op bepaalde leeftijden kan een mogelijk taalprobleem gesignaleerd worden. De vragenlijst wordt bij ouders afgenomen. Doordat ouders de vragen eenduidig kunnen beantwoorden is het bruikbaar in de Eerste Lijn van de Gezondheidszorg. Speciale training in de taalontwikkeling is hierbij niet noodzakelijk. SNEL test zowel de taalperceptie als de productie van taal. De test voldoet aan de leeftijdsseis (1-4 jaar), hij is goed genormeerd en gevalideerd en houdt rekening met de interindividuele variatie in de taalontwikkeling. Een score voor de taalontwikkeling kan verkregen worden door het aankruisen van "ja" of "nee", waarbij een optelling van het aantal keren "ja" de uiteindelijke score bepaalt. Op basis van normtabellen kan dan worden bekeken of de score past bij een goede, twijfelachtige of vertraagde taalontwikkeling.

⁴⁴ Luinge, Margreet Roelien, *The language-screening instrument SNEL*, Dissertatie Universiteit Groningen, 2005

Uitgangspunt voor de ontwikkeling van SNEL was dat de taalontwikkeling in fasen verloopt en kan worden beschreven op basis van (universele) mijlpalen; alsmede dat op basis van vertraging in de verwerving van dergelijke mijlpalen mogelijke taalproblemen gesignaleerd kunnen worden.

Uit de resultaten bleek dat de samenhang tussen SNEL en de uitgebreide taaltest voor taalproductie goed was, dat de sensitiviteit en specificiteit van SNEL voor het 10e percentiel respectievelijk 0.94 en 0.83 waren, en dat de accuraatheid om taalproblemen op te sporen 0.94 was. Verder blijkt dat de snelle afname van SNEL mogelijk is (ca. 3 minuten), en dat de vragen gemakkelijk te beantwoorden zijn (gesloten vragen). Tevens blijkt het mogelijk om de taalontwikkeling van kinderen uit verschillende delen van Nederland te meten. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of SNEL ook gebruikt kan worden voor de opsporing van taalproblemen in andere talen.

5.1.5 VTO- taalsignaleringsinstrument

De Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind (NSDSK) heeft een aantal jaren geleden een VTO-taalinstrument (zie Bijlage 6) ontwikkeld. Het VTO-taalsignaleringsinstrument heeft als doel om, binnen de jeugdgezondheidszorg, taalstoornissen op 2-jarige leeftijd te onderkennen. Het instrument is bedoeld voor kinderen van 23-29 maanden. Het instrument kan worden afgenomen bij alle kinderen die op 2-jarige leeftijd het consultatiebureau of de logopedist bezoeken zodat taalproblemen vroegtijdig onderkend worden. Het instrument bestaat uit vragen aan de ouder en aan het kind en wordt op het consultatiebureau afgenomen. In het instrument komt de taalproductie, de interactie en het taalbegrip aan de orde. Er worden items bij de ouder en bij het kind nagevraagd. De afnameduur is ongeveer 5 minuten. Het instrument kan worden gebruikt door consultatiebureauartsen of jeugdverpleegkundigen en logopedisten. Bij een onvoldoende score wordt het kind doorverwezen voor onderzoek door een spraak-taalteam op een audiologisch centrum.

Om na te gaan in hoeverre het wenselijk is dat het VTO-taalsignaleringsinstrument zou kunnen worden opgenomen in het bestaande pakket van jeugdgezondheidsvoorzieningen is in de periode 1995-2000, in samenwerking met het Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam (EMCR) en gefinancierd door het College voor Zorgverzekeraars (CvZ), een onderzoek ('effectenstudie') uitgevoerd.⁴⁵

De effecten en kosten van het VTO- taalscreening zijn op het consultatiebureau onderzocht. In totaal betrof het ruim 10.000 kinderen, die willekeurig verdeeld werden over een studiegroep, waarin de screening met behulp van het VTO-taalscreeningsinstrument plaatsvond, en een controlegroep. In deze laatste groep werd de tot nog toe gebruikelijke werkwijze, het van Wiechenschema, voor signalering van taalproblemen bij peuters toegepast. De resultaten lieten zien dat het merendeel van de taalontwikkelingsstoornissen, die zich openbaren op de leeftijd van 1,5-3 jaar, werden opgespoord wanneer het VTO-taalsignaleringsinstrument werd gebruikt. In de studiegroep werden meer kinderen met taalontwikkelingsstoornissen opgespoord dan in de controlegroep. Het

⁴⁵ H.J. de Koning red. e.a., *Vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar*.

afnamemoment rond 24 maanden bleek geschikt te zijn voor de opsporing en doorverwijzing van kinderen met taalontwikkelingsproblemen.

In 2005 is een follow-upstudie⁴⁶ afgerond waarbij is nagegaan of de mate van diagnosevervroeging (en het startmoment van de behandeling) winst heeft opgeleverd ten aanzien van de taalontwikkeling, het schoolfunctioneren en de schoolcarrière op 7-8 jarige leeftijd. Als het eindrapport gereed is, zal het *College voor zorgverzekeringen* de staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) adviseren inzake de effectiviteit en bruikbaarheid van het VTO-taalscreeningsinstrument in de jeugdgezondheidszorg.⁴⁷

Aldus het onderzoek zal vroegtijdige screening van kinderen op taalachterstand het aantal leerlingen in speciaal onderwijs drastisch verlagen. Dertig procent minder kinderen kunnen naar het speciaal onderwijs, wanneer zij op tweejarige leeftijd op het consultatiebureau worden gescreend of behandeld voor een taalachterstand. Wel blijven zij, eenmaal in het regulier onderwijs, vaker zitten.

5.1.6 N-CDI's.

De N-CDI's⁴⁸ zijn lijsten om de mate van communicatieve ontwikkeling te meten. De oudervragenlijsten zijn beschikbaar in 26 verschillende talen. Er zijn verschillende lijsten, 6 in totaal, die de communicatievaardigheid testen. Er zijn de volledige N-CDI's waarbij bijvoorbeeld op de testlijst van 8-16 maanden ook de non-verbale expressie wordt meegenomen in de test. Op de volledige N-CDI's worden de woordenschat: begrip en productie, en aspecten van grammaticale ontwikkeling getest. Een voorbeeld van grammaticale ontwikkeling is: twee schoen/ twee schoenen.

Bij de verkorte N-CDI's worden evenals bij de volledige N-CDI's het woordenschatbegrip en de woordenschatproductie getest. Er zijn 4 verkorte N-CDI lijsten. Eén voor 8-16 maanden, een A en een B lijst voor 16-30 maanden en een test geschikt voor 30-37 maanden. Op deze laatste lijst, N-CDI 3 van 30-37 maanden, worden ook de taalkennis en het taalgebruik getest. Een voorbeeld daarvan is de vraag naar het gebruik van het woord 'omdat' door het kind. En ook de vraag naar de betekenis die een kind kan geven aan een woord.

Op de lijsten, die door ouders thuis kunnen worden ingevuld, geven ouders aan wat hun kind al kan. Bij iedere afzonderlijke lijst dient een bepaalde score behaald te worden. De eindscore geeft aan of het taalniveau van het kind conform zijn of haar leeftijd is. De oudervragenlijst is bedoeld om een eerste indruk te krijgen van de taalmogelijkheden van een kind. De lijsten kunnen ook mondeling afgenomen worden via een interview met de ouders. De N-CDI's kunnen worden gebruikt door: kinderartsen, huisartsen, KNO-artsen, (jeugd)verpleegkundigen, pedagogen, psychologen, kleuterleidsters, logopedisten en audiologen.

Professor dr. Inge Zink, werkzaam op de katholieke Universiteit te Leuven geeft vanwege het 50 jarig jubileum van de NSDSK, tijdens een presentatie: taalevaluatie

⁴⁶ H.M.E. van Agt, H.J. de Konong, Erasmus MC, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, *Vroegtijdige onderkenning taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar, 8 jaar follow-up studie, Eindrapport-samenvatting*, Rotterdam 2005.

⁴⁷ Uit: *Taal- en spraakontwikkeling bij peuters*, Hfst. 3.5.

⁴⁸ Uit: I. Zink en M. Lejaegere, *N-CDI's: lijsten voor communicatieve ontwikkeling. Aanpassing en hernormering van de MacArthur CDI's*. Leuven 2001

bij een communicatief niveau tussen 0-3 jaar, een samenvatting van het gebruik van de N-CDI's:

- Taalevaluatie bij jonge kinderen is zinvol
- Instrumenten moeten aangepast zijn op het vlak van inhoud, afname en vorm
- Communicatieve gebaren zijn belangrijk op jonge leeftijd
- Afhankelijk van de leeftijd kan men kiezen voor een van de N-CDI lijsten
- De lijsten zijn ook bruikbaar bij ouderen kinderen met een communicatief niveau tussen de 0-3 jaar
- Er wordt gewerkt aan een versie van de CDI's voor Nederlandse gebarentaal⁴⁹

⁴⁹ Van: www.nsdsk.nl/jubileum.html

6. De rol van de verpleegkundige

6.1 Inleiding

In dit gedeelte van het werkstuk geef ik een beschrijving van het Basistakenpakket⁵⁰ en het Beroepsprofiel van de verpleegkundige⁵¹. Het gaat om twee onmisbare elementen in de huidige jeugdgezondheidszorg. In het laatste gedeelte, punt 6.4, geef ik een beschrijving van de actuele rol van de verpleegkundige. Ten eerste is dat een praktische uitwerking. Daarop volgt een uitwerking in het licht van het Basistakenpakket en het beroepsprofiel van de verpleegkundige.

6.2. Het Basistakenpakket

Per 1 Januari 2003 is met de invoering van de *Wet Collectieve Preventie Volksgezondheidszorg* (WCPV), de integrale jeugdgezondheidszorg onder gemeentelijke regie geplaatst. We kunnen spreken van een belangrijke ontwikkeling van de jeugdgezondheidszorg.

Het Basistakenpakket, een dragende factor in de jeugdgezondheidszorg, biedt een wezenlijke bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg. Het pakket is een onmisbare voorwaarde voor de realisatie van een integrale jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Het pakket is onderverdeeld in een uniform deel en een maatwerkdeel. Deze onderverdeling maakt een einde aan ongewenste verschillen in de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, en biedt ruimte voor een variatie op lokaal niveau. De inhoud van het basistakenpakket zal geactualiseerd worden naar gelang er resultaten zijn bij nieuwe ontwikkelingen in de jeugdgezondheidszorg.⁵²

Het Basistakenpakket heeft als doel: uniformiteit in heel Nederland. Ook moet het waarborgen bieden voor kwaliteit. Op lokaal niveau moet er door het basistakenpakket meer samenhang komen in het aanbod van de jeugdgezondheidszorg.

Het basistakenpakket is gedifferentieerd naar een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniforme deel bestaat uit activiteiten die volgens protocol aan alle kinderen en jongeren op een bepaalde leeftijd worden aangeboden. In deze protocollen wordt rekening gehouden met een mogelijke specifieke zorgbehoefte van kinderen/jongeren. Het ingaan op deze zorgbehoefte is geen onderwerp van gemeentelijke besluitvorming.

Die verantwoordelijkheid hebben gemeenten wel voor het maatwerkdeel. Gemeenten moeten daarin het zorgaanbod afstemmen op de zorgbehoeften van groepen kinderen en op de gezondheidssituatie van de kinderen in de gemeentelijke regio. Die gezondheidssituatie wordt in beeld gebracht bij de monitoring van de jeugd in het uniforme deel van het Basistakenpakket.⁵³

⁵⁰ Ministerie van volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. Den Haag, Maart 2002

⁵¹ E. Leistra e.a., *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, Maarsen 2001.

⁵² Samenvatting van het Voorwoord uit het: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*.

⁵³ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 6

Het Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg bestaat uit zes productgroepen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn:

1. Monitoring en signalering
2. Inschatten zorgbehoeften
3. Screeningen en vaccinaties
4. Voorlichting, advies, instructie en begeleiding
5. Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen
6. Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking

Per productgroep zijn een aantal producten beschreven. Deze producten zijn ingedeeld in een uniform of een maatwerkdeel. Het Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg is tot op het niveau van de productgroepen wettelijk verankerd in de WCPV.

De afzonderlijke producten zijn als uitwerking van de WCPV vastgelegd in een *Algemene Maatregel van Bestuur* (AMvB). Door de producten niet in de wettekst zelf op te nemen kunnen deze zonodig geactualiseerd worden, zonder dat bij elke inhoudelijke wijzigingen van een product de wet behoeft te worden aangepast. Elk product bestaat uit activiteiten die in beginsel in protocollen, standaarden en collegiale afspraken worden beschreven.⁵⁴

De uitvoering van het Basistakenpakket is in handen van de Thuiszorg en de GGD-en, maar de regie daarover ligt bij de gemeenten. Daarvoor is gekozen omdat gemeenten bij uitstek het lokale gezondheidsbeleid kunnen toespitsen op de specifieke gezondheids situatie en zorgbehoeften van kinderen en jongeren in de eigen gemeente. Ook kunnen gemeenten rekening houden met het aanbod dat er op lokaal of regionaal niveau al is. Daarbij is van belang dat gemeenten zorg dragen voor goede afstemming en dat overlap en hiaten worden voorkomen of opgelost. Hoe de regie precies vorm krijgt, kan per gemeenten verschillen en is afhankelijk van de specifieke situatie in een regio. Bij de uitvoering zullen veel verschillende partijen regelmatig met elkaar om de tafel zitten en maatregelen nemen, bijvoorbeeld: de gemeente, het buurtwerk, peuterspeelzalen, scholen, thuiszorgorganisaties en GGD-en.⁵⁵

De gevolgen van het Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg voor de praktijk:

- Het uniform deel van het Basistakenpakket moet in heel Nederland aan alle kinderen op dezelfde wijze worden aangeboden.
- Extra aandacht per regio voor kinderen die tot een risicogroep behoren.
- De gemeente zal beleid vaststellen en maatregelen nemen wat betreft het maatwerkdeel.
- Zorgverleners in het veld moeten hun vaardigheden op het gebied van samenwerking en overleg ontwikkelen en zich verder professionaliseren.⁵⁶

De invoering van het Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg en het versterken van de gemeentelijke regie zullen uiteindelijk leiden tot een integraal beleid voor jeugdgezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen van 0-19 jaar. De thuiszorgorganisaties en de GGD- en gaan - in het kader van de samenhang in de

⁵⁴ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 6.

⁵⁵ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 7.

⁵⁶ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 8.

JGZ en optimale zorg voor kinderen en jongeren - nauwer samenwerken en mogelijk één geheel vormen.

De invoering van het Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg is géén afsluiting van een intensieve periode van overwegen, onderzoeken en besluiten. Het is vooral een belangrijke tussenstap in het totale proces richting samenhangende, integrale preventieve zorg voor kinderen en jeugdigen van 0-19 jaar. Zo krijgen zij een goede basis voor een lang, gezond en zelfstandig leven.⁵⁷

6.3 Het Beroepsprofiel van de verpleegkundige

In het *Beroepsprofiel van de verpleegkundige* is de gemeenschappelijke kern van de verpleegkundige beroepsuitoefening omschreven, die van toepassing is op alle werkvelden. Door maatschappelijke, technologische, demografische, economische en politieke ontwikkelingen wordt van de verpleegkundige beroepsbeoefenaar gevraagd dat zij zich voortdurend aanpast aan een steeds veranderende omgeving. In het beroepsprofiel worden de ontwikkelingen aan de hand van drie invalshoeken beschreven, die van de zorgvrager, de zorgaanbieder en de beroepsinhoud.

De zorgvrager:

Er is mede door de *Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst* (WGBO) en de *Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector* (WKCZ) een emancipatieproces voor de zorgvrager op gang gekomen. Deze wetten hebben het doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verhogen en de rechten van de zorgvrager te beschermen. Door onder meer het proces van de individualisering in de maatschappij wordt van de verpleegkundige gevraagd dat zij uitgaat van de individuele vraag van de zorgvrager, en de toepassing van haar kennis en vaardigheden in verschillende situaties. De zorgvrager kan niet los worden gezien van zijn context: zijn sociale netwerk en fysieke, met name een veilige en gezonde, omgeving. Er is een voortdurende wisselwerking. De verpleegkundige zal dus de zorgverlening in de context in beeld houden.

De zorgaanbieder:

De traditionele grenzen tussen de verschillende werkvelden en zorginstellingen staan steeds meer ter discussie. Dit heeft zowel organisatorische als inhoudelijke gevolgen voor de beroepsuitoefening van de verpleegkundige. Er komt meer nadruk op de coördinatie van zorg en op de samenwerking met collega's in andere instellingen en met andere disciplines. Doordat de opvattingen over organisatiestructuur, management en beleid veranderen worden de verantwoordelijkheden vaak lager in de instelling gelegd en meer verspreid over alle werkers in een instelling. De verpleegkundige krijgt naast de zorginhoudelijke verantwoordelijkheden, meer verantwoordelijkheid voor beleidsmatige en beheersmatige aspecten van de organisatorische eenheid.

Door de toenemende aandacht voor een kwalitatief verantwoorde, doelmatige en betaalbare zorg komt men tot herverdeling van taken. Dit betreft de taakverdeling tussen verschillende disciplines, tussen artsen en verpleegkundigen, als ook de taakverdeling binnen één discipline, die van de verpleegkundigen. De *Wet BIG*

⁵⁷ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 9.

bevordert dat taken tussen de verschillende disciplines worden bewaakt en afgebakend. Beschrijving van de kern van het beroep, de taken en de competenties van de verpleegkundigen, biedt eveneens duidelijkheid tegenover andere disciplines.

De beroepsinhoud:

De kwaliteit van zorg krijgt steeds meer aandacht. Deze aandacht voor zorg komt met name tot uitdrukking in de toenemende gerichtheid op de zorgvrager. Het streven naar optimale kwaliteit betreft zowel het professionele handelen als de toegankelijkheid, de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de voorzieningen. Om de beroepuitoefening inzichtelijker te maken is er een toenemende belangstelling voor methodisering en protocollering van de verpleegkundige zorgverlening. Er is een ontwikkeling op het gebied van de labeling van verpleegkundige diagnoses, interventies en resultaten van de zorgverlening.

In het Beroepsprofiel van de verpleegkundige wordt de gemeenschappelijke doelstelling van de gezondheidszorg als volgt weergegeven:

- Het bevorderen en instandhouden van de gezondheid
- Het voorkomen van ziekte en handicap
- Het bijdragen aan genezing en herstel van ziekte
- Het verlichten van lijden en ongemak

De verpleegkundige ondersteunt en beïnvloedt beroepmatig de vermogens van de zorgvrager, bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen.

Verplegen verwijst zowel naar 'het hoe' als naar 'het wat' van de taken die zij uitvoert. Om de verpleegkundige zorg op een doelgerichte, systematische manier uit te voeren hanteert de verpleegkundige het verpleegproces. Binnen dit proces worden opeenvolgende stappen genomen. Dit zijn: vaststellen, plannen, uitvoeren en evalueren van zorg. Ook wel de Plan-Do-Check-Act cirkel genoemd. De verpleegkundige maakt gebruik van richtlijnen, protocollen en standaardprocedures. Ook maakt de verpleegkundige gebruik van (verplegings-) wetenschappelijke kennis en inzichten. Deze zijn gebaseerd op een voortdurende wisselwerking tussen ervaringen, tradities en gewoonten uit de praktijk en de theoretische reflecties hierop. De World Health Organization definieert gezondheid als *een toestand van volledig lichamelijk, psychische en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek*.

Deze definitie bevat zowel gezondheids- als welzijnsaspecten. De verpleegkundige richt zich op die welzijnsaspecten die een relatie hebben met ziekte of stoornis, ook wel bestaansproblemen genoemd.

De verpleegkundige zal uitgaan van de draagkracht en de draaglast van de zorgvrager. Het Balansmodel van Bakker werkt deze visie op verplegen uit. Het beroepsprofiel van de verpleegkundige geeft een schematische weergave, opgenomen in Bijlage 11, van de taakgebieden en de kerntaken van de verpleegkundige.⁵⁸

⁵⁸ Uittreksel van: E. Leistra e.a., *Het Beroepsprofiel van de verpleegkundige*.

6.4 Actuele rol van de jeugdverpleegkundige

De actuele rol van de verpleegkundige heb ik achtereenvolgens praktisch uitgewerkt, en in het licht geplaatst van het Basistakenpakket en het Beroepsprofiel van de verpleegkundige.

6.4.1 De preventie en signalering bij taal- spraak ontwikkeling

Een jeugdverpleegkundige, werkzaam op het consultatiebureau, heeft volgens vastgesteld schema contact met het kind en de ouders. Tijdens het consult komt, in ieder geval door gebruik van het van Wiechenschema, de taal- spraak ontwikkeling aan de orde. Benoemd kan worden dat een kind gebaat is bij een taalstimulerende omgeving. Dit is een rustige omgeving, waar het kind kan luisteren naar wat er gezegd wordt en waarin de taal niet 'verdrinkt' in de achtergrondgeluiden, zoals een (luidspreker) box die boven de (kinder) box hangt of een radio die de hele dag aanstaat. Als primaire preventie van taal- spraak achterstand kunnen voor de eigen sociale omgeving de volgende stimulerende preventieve adviezen worden gegeven:

- Stimuleer taalontwikkeling bij baby's van 0-12 maanden:
 - Luister en reageer wanneer je kind zich uit door middel van lichaamstaal, geluiden en woorden.
 - Geef je kind de tijd om te reageren, dan krijg je altijd reactie. Onthoud dat jonge kinderen langzamer reageren.
 - Probeer te begrijpen wat je kind duidelijk wil maken, dat is beter dan net te doen of u het snapt.
 - Vertel je kind steeds wat je aan het doen bent. Benoem de dingen om je heen. Houd je zinnen kort en eenvoudig. Dat begrijpt je kind.
 - Gebruik onderwerpen die het kind interesseren en waar het mee bezig is.
 - Doe spelletjes waarbij je om beurten reageert, zoals kiekeboe en rollen met de bal, rijmpjes zoals 'Naar bed, naar bed, zei Duimelot'. Speel met boekjes van stof of plastic.
 - Ontwikkel een voorleesritueel.
 - Zing liedjes met je kind en vertel eenvoudige rijmpjes en versjes. Je kind geniet en leert daarvan.
 - Voor een goede taalontwikkeling is het van belang dat baby's leren eten van een lepel, drinken uit een beker en dat het gebruik van een fopspeen wordt afgeschaft.
- Stimuleer taalontwikkeling bij kinderen van 1-2 jaar:
 - Kijk naar gebaren en lichaamstaal van je kind.
 - Luister naar de woorden van je kind.
 - Laat je kind merken dat je het fijn vindt als het iets probeert te zeggen.
 - Probeer altijd te begrijpen wat je kind bedoelt.
 - Herhaal op de goede manier wat je kind zegt. Bijvoorbeeld: je kind zegt: 'tietui' en jij zegt: 'goed zo, een vliegtuig'.
 - Praat veel met je kind in korte zinnen, stel eenvoudige vragen en geef opdrachtjes aan je kind, bijvoorbeeld 'Ga je jas ophalen'.
 - Blader samen met het kind door een plaatjesboek en benoem wat jullie zien.

- Lees samen met je kind, liefst op een vast tijdstip (bedtijd).
- Wijs samen plaatjes aan in een boek of tijdschrift en praat erover. Bijvoorbeeld: 'Waar is de appel? Goed zo! Dat is een lekkere appel zeg'.
- Vertel steeds wat je aan het doen bent en benoem voorwerpen: 'even in de pan roeren'.
- Geef je kind de tijd om te reageren. Praten met je kind is vooral leuk en gezellig.

➤ Stimuleer taalontwikkeling bij kinderen van 2-3 jaar:

- Praat over een onderwerp en neem de tijd om te luisteren en te antwoorden. Breid het gesprek uit door informatie over het onderwerp toe te voegen.
- Speel spelletjes met beurtwisseling, bijvoorbeeld: 'Wat hoor ik?', legpuzzels, spelletjes met kleuren, plaatlotto, memorie, rijmpjes.
- Lees regelmatig met je kind: Benoem en beschrijf plaatjes. Leg plaatjes uit als het een boek bekijkt.
- Herhaal woorden en zinnen, dat biedt het kind veiligheid om te oefenen.
- Het is goed om een dagelijks ritueel te hebben, bijvoorbeeld even lezen en zingen voor het naar bed gaan.

➤ Stimuleer taalontwikkeling bij kinderen van 3-4 jaar:

- Gebruik een speciaal dagelijks moment om met je kind in gesprek te gaan.
- Stel niet alleen vragen maar vertel zelf ook wat je hebt gedaan.
- Geef je kind de gelegenheid om te spelen met leeftijdgenootjes.
- Speel spelletjes die bij de leeftijd van je kind passen.
- Geef je kind passende taken om zelfstandigheid te ontwikkelen.
- Lees veel met je kind en laat het kind helpen om het verhaal samen met jou te vertellen.
- Zeg opzegversjes, rijmpjes en liedjes.

➤ Tips voor het voeren van gesprekken met jonge kinderen en het spelenderwijs leren van woorden:

- Vertel het kind waar je mee bezig bent.
- Geef je peuter de gelegenheid om zelf te praten.
- Probeer een reactie uit te lokken door een stilte of een prikkelende opmerking.
- Stel regelmatig open vragen.
- Neem je kind serieus en praat over wat je kind bedoelt.
- Reageer positief op de uitingen van je kind, ook al is de uitleg niet correct.
- Probeer een echt gesprek op gang te brengen.
- Leer je peuter woorden die passen bij wat er op dat moment gebeurt.
- Gebruik voorwerpen en plaatjes, gebruik gebaren en doe iets voor.
- Kinderen zijn graag actief en willen meehelpen, maak hier gebruik van.
- Speel (taal) spelletjes met je kind, zing liedjes en zeg rijmpjes op.
- Lees een prentenboek meerdere keren voor.

6.4.2 De rol van de verpleegkundige in het licht van het Basistakenpakket

Het Basistakenpakket heeft een opzet die wanneer het over het traceren van taal-spraak problematiek gaat, mogelijkheden biedt. De preventieve gezondheidszorg voor elk in Nederland woonachtig kind is omschreven. De verschillende productgroepen geven een schematisch overzicht van een totaalpakket dat wordt aangeboden om het kind in zijn geheel te kunnen volgen.

Productgroep 1 vertegenwoordigt monitoring en signalering. Het gaat hierbij om het systematisch volgen van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van een kind. Er worden factoren gemeten die de gezondheid bevorderen en bedreigen. Doel is een niet normaal verlopende ontwikkeling tijdig te signaleren en op basis daarvan te interveniëren. Bij product U1.1.4 wordt ondermeer de spraak- en taalontwikkeling beschreven. Feit is dat er wel een signaleringsmethode voor de opsporing van spraak- taalontwikkelingsstoornissen is ontwikkeld, maar dat deze nog niet landelijk is geïmplementeerd. Hierdoor wordt vooralsnog teruggevallen op het van Wiechenonderzoek.⁵⁹ Ook zijn de beschreven gedrag en sociale- en fysieke milieuaspecten van belang voor een gezond taal aanbod.⁶⁰

Productgroep 2 vertegenwoordigt het inschatten van zorgbehoefte. In welke mate kunnen de ouders de opvoeding van het kind aan? De stimulans die ouders kunnen hebben ten aanzien van de taal- spraakontwikkeling komt onder druk te staan wanneer er een grotere draaglast dan draagkracht is. U2.2.1 geeft een toelichting op het bepalen van risicogroepen.⁶¹ Onder U2.1.2. wordt het inschatten van voorlichtingsbehoefte benoemd. Als jeugdverpleegkundige is het een taak om preventieve voorlichting te geven over de taalontwikkeling van een kind.⁶²

Productgroep 3 vertegenwoordigt de screening en vaccinatie. Bekende voorbeelden zijn het de vaccinaties aangeboden volgens het Rijks Vaccinatie Programma en de zogenoemde 'hielprik en gehoor en visus screening. Minder bekend maar toch ook genoemd wordt de screening op spraak- en taalstoornissen. Aangegeven wordt dat er voor kleuters een landelijk gebruikte standaard is. Voor peuters zijn er wel ontwikkelde, maar nog niet landelijk geïmplementeerde screeningsmethoden. Veelal wordt nu gebruik gemaakt van het van Wiechenschema. U 3.1.1.7.⁶³

Productgroep 4 vertegenwoordigt de voorlichting, advies instructie en begeleiding. Er wordt ouders ondersteuning geboden bij het opvoeden en bij het bevorderen van gezond gedrag van hun kind.

Productgroep 5 vertegenwoordigt het beïnvloeden van gezondheidsbedreiging.⁶⁴ De omgevingsfactoren, die de gezondheid van een kind bedreigen, worden onderzocht. Ouders die moeite hebben met opvoeden en/of structureel verwaarlozen, zullen in de regel ook moeite hebben met het aanbieden van een gezond taalaanbod.

Productgroep 5 wordt in het Basistakenpakket in het maatwerkdeel gepresenteerd.⁶⁵

Productgroep 6 vertegenwoordigt het zorgsysteem, de netwerken, het overleg en de samenwerking. Het draait om de partijen die de zorg- en hulpverlening voor kinderen

⁵⁹ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 20.

⁶⁰ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 23,24 en 25.

⁶¹ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 27 en 29.

⁶² Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 27.

⁶³ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag.30 en 31.

⁶⁴ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag.14.

⁶⁵ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 39 en 40.

organiseren.⁶⁶ Het aanleggen van een dossier geeft overzicht op de te geven zorg. Dit geldt ook ten aanzien van de taal- spraakontwikkeling.

6.4.3 De rol van de verpleegkundige in het licht van het Beroepsprofiel

Met de beschreven taakgebieden, die zijn terug te vinden in de schematische weergave, (opgenomen in bijlage 11), is de rol van de verpleegkundige ten aanzien van de spraak- taalontwikkeling in kaart gebracht. In het beroepsprofiel worden aan de kerntaken van de verpleegkundige competenties verbonden.⁶⁷ Ik benoem een aantal competenties die relevant zijn voor de taal- spraakontwikkeling.

A 2.3 De verpleegkundige kan zich een totaalbeeld vormen van de situatie van de zorgvrager en kan nagaan welke (risico-)factoren van invloed kunnen zijn op de situatie van de zorgvrager. De situatie waarvan de verpleegkundige zich een totaalbeeld moet kunnen vormen, kan variëren van minder complex tot zeer complex.

Ad A 2.3 Hierbij valt te denken aan een voor een kind risicovol opvoedingsklimaat waardoor een normale taal- spraakontwikkeling in gevaar wordt gebracht. Zie ook punt 2.4. Een verpleegkundige dient bij de reguliere consulten alert te zijn op dergelijke risico's.

B 1.1 De verpleegkundige kan een verpleegplan opstellen en zorgt ervoor dat dit deel uitmaakt van het dossier van de zorgvrager.

B 2.1 De verpleegkundige kan de keuze voor bepaalde interventies beargumenteren. Dit loopt uiteen van het kiezen van interventies waarbij ze gebruik kan maken van (standaard)procedures tot het kiezen van alternatieve interventies volgens nieuwe procedures.

Ad B 1.1 Het opstellen en regisseren van een plan rondom de zorg van een kind met mogelijke spraak- taalstoornissen is onmisbaar voor een goed overzicht.

Ad B 2.1 Een verpleegkundige moet met het inschatten van zorg rondom het kind met spraak- taalproblemen goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden van te bieden zorg.

C 0.7 De verpleegkundige kan knelpunten in de fysische omgeving, in het sociale netwerk en op het gebied van de levensbeschouwing van de zorgvrager hanteren. Dit loopt uiteen van het signaleren tot het nemen van initiatieven om de knelpunten op te lossen.

C 1.4 De verpleegkundige kan gezondheidsbedreigende factoren signaleren en hierop adequaat reageren.

Ad C 0.7 en C 1.4 Het gaat om het vermogen van de verpleegkundige om risicofactoren rondom het kind met taalontwikkeling te signaleren.

C 5.2 De verpleegkundige kan advies en instructie geven. Dit kan variëren van het adviseren over praktische zaken zoals hulpverleningsmogelijkheden en hulpmiddelen tot het geven van instructies die moeten leiden tot gedragsverandering, zoals opvoedingsondersteuning.

C 6.2 De verpleegkundige kan gezondheidsvoorlichting geven. Dit kan variëren van het geven van informatie tot het geven van informatie gericht op gedragsverandering en de bestendinging daarvan.

⁶⁶ Uit: *Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*, Pag. 11-14.

⁶⁷ Uit: *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*, Pag. 23 en verder.

Ad C 5.2 en C 6.2 Tijdens de consulten is het de taak van de verpleegkundige (preventieve) voorlichting te geven aan ouders omtrent de spraak- taalontwikkeling van een kind.

D 3 De verpleegkundige kan tussentijdse veranderingen signaleren en op basis hiervan het verpleegplan bijstellen.

Ad D 3 Het is mogelijk dat een waarneming omtrent de spraak- taalontwikkeling in een ander daglicht komt te staan wanneer zich problematiek voordoet die de ontwikkeling kan beïnvloeden, bijvoorbeeld een kind die bij een gestoorde spraak- taalontwikkeling oorproblemen blijkt te hebben. Voordat er interventies op de spraak- taalproblematiek worden genomen zal er geïntervenieerd moet worden op de oorproblematiek.

E 1.1 De verpleegkundige is in staat te leren uit bij- en nascholingsprogramma's en themabijeenkomsten. Ze kan participeren in intercollegiale bijeenkomsten.

Ad E 1.1 Een jeugdverpleegkundige dient op de hoogte te zijn van een normale spraak- taalontwikkeling, en bereid zijn zich te verdiepen in deze materie om eventuele afwijking beter te kunnen signaleren. Punt 2.2

F 3.3 De verpleegkundige kan fungeren als contactpersoon tussen relevante disciplines en instellingen.

Ad F 3.3 Wanneer een andere deskundigheid geraadpleegd moet worden n.a.v. de spraak- taalontwikkeling van het kind is de jeugdverpleegkundige een 'spil' in de coördinatie van de zorg.

7. Discussie en aanbevelingen

7.1 Inleiding

Discussiepunten en aanbevelingen vormen samen het sluitstuk van de scriptie. In het onderdeel Discussie vat ik de inhoud van de vorige hoofdstukken puntsgewijs samen en geef ik mijn mening. In de paragraaf aanbevelingen doe ik op het micro-, meso- en macroniveau suggesties voor de praktijk.

7.2 Discussie

Mijn probleemstelling in het eerste hoofdstuk luidt:

*Hoe kunnen taal- spraakproblemen bij jonge kinderen beter gesignaleerd worden, zodat de hulpverlening aan deze kinderen verbeterd kan worden?
Wat kan de bijdrage zijn van de jeugdverpleegkundige, naast de eventuele bijdrage die de consultatiebureauarts levert?*

Hierbij stel ik, op grond van hetgeen onderzocht is, dat het volgende aan de orde is:

- De producten van het Basistakenpakket bieden de mogelijkheid om de gangbare taalactiviteiten systematisch te kunnen volgen. Dit vind ik een goede ontwikkeling. Het signaleren van spraak- taalproblemen is opgenomen in het maatwerkdeel van het Basistakenpakket. De inhoud van het maatwerkdeel wordt ingevuld door het lokale gemeentelijke bestuur. Het is de vraag of de invulling van het maatwerkdeel van het Basistakenpakket hierdoor niet te veel afhankelijk is van het beschikbare budget van een gemeente. Door deze constructie worden de thuiszorgorganisaties gedwongen te lobbyen om het benodigde geld binnen te halen. Dit veroorzaakt regionaal verschillende keuzen over het al dan niet gebruik van een spraak- taalsignaleringsinstrument. Het werkt bovendien verschillen in voorkeur voor het ene of andere signaleringsinstrument in de hand. Deze verschillen blijven tenzij het signaleren van spraak- taalproblemen opgenomen wordt in het uniforme deel van het basistakenpakket. Dan is namelijk de financiering losgekoppeld van de inzichten van de plaatselijke overheden.
- Zowel de arts als de verpleegkundige dienen te beschikken over basiskennis van de normale en de afwijkende taalontwikkeling. Het van Wiechenschema, opgenomen in het kinddossier, gaat uit van de wisselende contacten die het kind heeft met de verschillende disciplines op het consultatiebureau en veronderstelt deze basiskennis. Het is zowel voor de jeugdverpleegkundige als de consultatiebureauarts van belang om onderscheid te kunnen maken tussen een specifieke stoornis en een niet- specifiek stoornis. Op dit moment (zie hoofdstuk 2) is niet duidelijk wie er verantwoordelijk is voor de diagnose van een taal- spraakstoornis. Ik vind dat de MGZ-verpleegkundige, op basis van de 5 rollen, vastgelegd in het kernprofiel (zie Bijlage 10), in staat is om met een spraak- taalsignaleringsinstrument te werken.

- Het model van Lalonde en het Balansmodel van Bakker helpen de spraak-taalproblematiek helder in beeld te krijgen. In het model van Lalonde gaat het om de preventie. Met behulp van de determinanten kan worden vastgesteld of een kind mogelijk risico loopt op de spraak- taalontwikkeling en welke preventieve maatregelen kunnen worden genomen om stoornissen op dit gebied te voorkomen. Bij het Balansmodel van Bakker, waarbij men zicht krijgt op het evenwicht van draagkracht en draaglast van de betrokkene, wordt het kind en de mogelijkheid tot spraak- taalontwikkeling in een bredere context geplaatst. Het werken met deze modellen komt in de alledaagse praktijk in het gedrang. De jeugdverpleegkundige gaat mijns inziens te vaak af op een 'pluis' of 'niet-pluis' gevoel, terwijl de beschikbare modellen goede instrumenten zijn om de problemen in kaart te brengen. Gezien de verstrekende gevolgen van een onvoldoende spraak- taalontwikkeling is het belangrijk de mogelijkheden om preventief te werken te benutten.
- Het lijkt vanzelfsprekend om taal- spraakontwikkeling en mogelijke stoornissen vroegtijdig te volgen en op te sporen. Uit het onderzoek *Vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar* van de Erasmus Universiteit blijkt, dat een vroege opsporing van spraak- taal problematiek de prognose voor het kind verbeterd. In de praktijk lijkt de inzet van een valide signaleringsinstrument echter niet vanzelfsprekend. De voorbeelden van de thuiszorgorganisaties die gegeven zijn, zijn illustratief voor de praktijkverschillen in het land. Het is om deze reden goed dat staatssecretaris Ross opdracht aan TNO gegeven heeft om te onderzoeken welk instrument valide is en het best bruikbaar in de ouder- en kindzorg. Vermoedelijk zal daar in het najaar 2006 een uitspraak over worden gedaan. Ik ondersteun vanuit mijn onderzoek het streven naar uniformiteit en een verplichting voor een consultatiebureauteam om met een vastgesteld signaleringsinstrument te werken.
- De beschrijving van de verschillende actuele spraak-taalsignaleringsinstrumenten (zie hoofdstuk 5) lijkt een 'schoonheidswedstrijd' op te leveren, een soort wildgroei waarbij partijen hun eigen instrument promoten. Een grootschalig onderzoek van de Erasmus Universiteit, in samenwerking met de NSDSK, is tot nu toe het enige dat de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een specifiek taalscreeningsinstrument, namelijk het VTO, heeft onderzocht. Dit is in feite de enige manier om uitspraken te doen over de effectiviteit die 'evidence based' is. De verschillende signaleringsinstrumenten zouden onderling gelijke kansen hebben wanneer er een eenduidig onderzoek gedaan wordt. Het Basistakenpakket en het Beroepsprofiel van de verpleegkundige zijn, mede vanwege de professionalisering en profilering van het beroep, opgesteld. Zij geven een beschrijving van de gezondheidszorg in de beste zin van het woord. Het doel van het Basistakenpakket is om een bijdrage te leveren aan een verbetering van de gezondheid van de jeugd. Het moet leiden tot uniformiteit in heel Nederland en waarborgen bieden voor kwaliteit. Bovendien moet er meer samenhang komen in het aanbod van de jeugdgezondheidszorg op lokaal niveau. Het is een nobel streven. In het basistakenpakket Produktgroep 3: screeningen en vaccinaties, wordt onder U3.1.1.7 Spraak- en taalstoornissen

aangegeven. Er is voor kleuters een landelijk gebruikte standaard screeningsmethode ontwikkeld. Voor peuters is er wel een screeningsmethode maar deze wordt voorsnog niet geïmplementeerd, aldus weergegeven in het Basistakenpakket. Op basis van de gegevens dat de prevalentie van taalontwikkelingsstoornissen op 2- jarig leeftijd 5% is lijkt het mij zinnvoller om rond deze leeftijd een screening te verrichten en te interveniëren dan te wachten tot de het kind de kleuterleeftijd bereikt. Het is immers van belang om kinderen met een vertraagde en/of afwijkende spraak-taalontwikkeling zo vroeg mogelijk op te sporen om ook in een vroeg stadium passende hulp te bieden. Een vroege opsporing verbeterd de prognose voor het kind.

- De praktijkvoorbeelden, zoals beschreven in hoofdstuk 4, zijn illustratief voor de kloof die de theorie van de praktijk scheidt. Organisaties lijken hun eigen beslissingen te nemen en daarmee uniformiteit in heel Nederland uit het oog te verliezen. Dit wordt mede gevoed door de al dan niet beschikbare financiële middelen op gemeentelijk niveau. De competenties, zoals uitgewerkt in het Beroepsprofiel, geven aan dat een jeugdverpleegkundige in staat is om een signaleringsinstrument te hanteren. Daarmee is er geen discussie of een signaleringsinstrument uitgevoerd zal worden door de jeugdverpleegkundige. De consultatiebureauarts blijft wel eindverantwoordelijk bij nodige interventies.

7.3 Aanbevelingen

Macroniveau

- Staatssecretaris Ross zal met de uitkomst van de opdracht, gegeven aan TNO om een onderzoek te doen naar een valide en bruikbaar instrument, de daad bij het woord moeten voegen.
- Het screenen van peuters dient opgenomen te worden in het uniforme deel van het Basistakenpakket en niet te blijven in het maatwerkdeel. De landelijke uniformiteit is in het uniforme deel gewaarborgd.

Mesoniveau

- De thuiszorgorganisaties dienen hun medewerkers scholing aan te bieden om hun zicht op spraak- taalontwikkeling te vergroten.
- Het gebruik van een signaleringsinstrument moet op de werkvloer worden geïmplementeerd.
- De organisatie zal de mogelijkheid voor de jeugdverpleegkundige om preventie toe te passen, moeten faciliteren en daar relevante tijd voor geven.
- Aan te bevelen is, uitwisseling van deskundigheid en ervaring van de afzonderlijke thuiszorgorganisaties op het gebied van de spraak-taalontwikkeling. Zo verrijkt men elkaar en houdt men niet alleen het belang van de eigen organisatie in het oog.
- De implementatie van een signaleringsinstrument heeft gevolgen voor samenwerking op het niveau van de zorg. Ik pleit voor het vormen van een toegankelijk netwerk van instanties die betrokken worden bij de zorg van een

kind met spraak- taalproblemen. Een goed voorbeeld is het taal-spraakspreekuur van de Thuiszorg ZuidZorg Eindhoven, zie par. 4.3.3.

- Thuiszorgorganisaties beveel ik aan samenwerking met de GGD te zoeken, dit om continuïteit van zorg te waarborgen.

Microniveau

- Een jeugdverpleegkundige zal niet meer intuïtief moeten handelen, maar gebruik moeten maken van een spraak- taalsignaleringsinstrument.
- Het is aan te bevelen dat de verpleegkundigen zich beter profileren, met name door zich te professionaliseren. Zij kunnen daarbij gebruik maken van de 5 rollen van de verpleegkundige, uitgewerkt in het kernprofiel: Zorgverlener, Regisseur, Coach/Adviseur, Beroepsbeoefenaar en Ontwerper. Het zijn rollen die ook in het kader van de spraak- taalontwikkeling inzetbaar zijn.
- De jeugdverpleegkundige dient zicht te hebben op de mogelijkheden van andere disciplines buiten de eigen organisatie om. Ik noem als voorbeeld de deskundigheid van de logopedist.
- Een kind groeit op in een brede context: gezin, crèche en peuterspeelzaal, sociaal milieu. De jeugdverpleegkundige kan spraak- taalproblemen niet los van deze context duiden en zal zich daar vooral op richten.

Bijlage 7 Indeling van de kenmerken naar velden van ontwikkeling 0-15 maanden

Leeftijd	Grove motoriek	Fijne motoriek
4 weken 1 mnd	52. Beweegt armen evenveel 53. Beweegt benen evenveel 54. Blijft hangen bij optillen onder de oksels 55. Reacties bij optrekken tot zit 56. Helt kin even van onderlaag	
8 weken 2 mnd	52. 53. 54. 55.	
13 weken 3 mnd	52. 53. 54. 55. 57. Helt in buikligging hoofd op tot 45°	3. Handen af en toe open
26 weken 6 mnd	52. 53. 54. 55. 58. Kijkt rond met 90° geheven hoofd 59. Benen gebogen of trappelen bij verticaal zwaaien	-----6. Pakt in rug- -----
39 weken 9 mnd	52. 53. 54. 60. Rolt zich van rug naar buik en omgekeerd (M) 61. Kan hoofd goed ophouden in zit 62. Zit op billen met gestrekte benen	-----7. Pakt blokje -----8. Houdt blokje -----
52 weken 12 mnd	52. 53. 54. 63. Zit stabiel los 64. Kruipt vooruit, buik op de grond (M) 65. Trekt zich op tot staan (M)	10. Pakt propje
65 weken	66. Kruipt vooruit, buik vrij van de grond (M) 67. Loopt langs (M)	11. Doet blokje in / -----

Bijlage 1: Indeling volgens ontwikkelingsmodel van Gesell

Adaptatie	Persoonlijkheid en sociaal gedrag	Communicatie
1. Ogen fixeren	29. Reageert op	toespreken (M)
2. Volgt met ogen en hoofd 30° ← 0° → 30°	30. Lacht terug	(M)
4. Kijkt naar	eigen handen (M) 31. Maakt	geluiden terug (M)
5. Speelt met ligging voorwerp binnen bereik	handen middenvoor	32. Maakt gevarieerde geluiden (M)
over vast, pakt er nog een in andere hand -----9. Speelt met beide voeten (M)		33. Zegt "dada-baba of gaga" (M)
met duim en wijsvinger	35. Reageert op 36. Zwaait "dag,	34. Brabbelt bij zijn spel (M) mondeling verzoek (M) dag" (M)
uit doos -----	-----12. Speelt 38. Begrijpt	"geven en nemen" (M) 37. Zegt 2 "geluidswoorden" met begrip (M) enkele dagelijks gebruikte zinnen (M)

Indeling van de kenmerken naar velden van ontwikkeling 15 maanden - 4½ jaar

Leeftijd	Grove motoriek	Fijne motoriek	Adaptatie	Persoonlijkheid en sociaal gedrag	Communicatie
65 weken	66. Kruipt vooruit, buik vrij van de grond (M) 67. Loopt langs (M)	11. Doet blokje in/ ←	/uit doos -----	-----12. Speelt "geven 38. Begrijpt	en nemen" (M) 37. Zegt 2 "geluidswoorden" met begrip (M) enkele dagelijks gebruikte zinnen (M)
1½ jaar	68. Loopt los / loopt goed los / loopt soepel 69. Gooit bal zonder om te vallen ←	13. Stapelt 2 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	blokje -----→	14. Gaat op onderzoek uit (M) 40. Begrijpt	39. Zegt 3 "woorden" (M) spelopdrachjes (M)
2 jaar	68. Raapt vanuit hurkzit iets op 70. Raapt vanuit hurkzit iets op ←	15. Stapelt 3 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx -----	blokje -----→	16. Doet anderen na (M) 42. Wijst 6	41. Zegt "zinnen" van 2 woorden (M) lichaamsdelen aan bij pop (M)
2½ jaar	68. Schopt bal weg 71. Schopt bal weg 72. Kan in zit soepel roteren ←	17. Stapelt 6 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx 18. Plaatst ronde -----	blokje vorm in stoof -----	43. Noemt 19. Trekt kledingstuk uit (M)	zichzelf "mij" of "ik" (M) 44. Wijst 5 plaatjes aan in boek (M)
3 jaar	68. Fietst (op driewieler) (M) 73. Fietst (op driewieler) (M) -----	20. Bouwt 21. Plaatst 3 22. Tekent -----	vrachtauto na vormen in stoof verticale lijn na -----	-----→ -----→ -----→	45. Zegt "zinnen" van 3 of meer woorden (M) 46. Is versiaanbaar voor bekenden (M)
3½ jaar	68. Springt met beide voeten tegelijk 74. Springt met beide voeten tegelijk ←	23. Bouwt 24. Plaatst 4 -----	brug na vormen in stoof -----	47. Praat 48. Stelt vragen 25. Trekt eigen kledingstuk aan (M) -----→	spontaan over gebeurtenissen thuis/ speelzaal (M) naar "wie", "wat", "waar", "hoe" (M)
4 jaar	68. Tekent 75. Tekent -----	26. Tekent 27. Houdt potlood -----	cirkel na met vingers vast -----	50. Stelt vragen -----→	49. Is goed versiaanbaar voor onderzoeker naar "hoeveel", "wanneer", "waarom" (M)
4½ jaar	68. Kan minstens 5 seconden op één been staan 75. Kan minstens 5 seconden op één been staan	28. Tekent -----	kruis na -----	-----→	51. Begrijpt analogieën en tegenstellingen (M)

Bijlage 2: Het van Wiechenschema

13 Van Wiechen Ontwikkelingsonderzoek 0 - 12 (15) mnd.

Gedragstoestand:

- 0 = Kind is wakker en alert
1 = Kind maakt een vermoeide indruk
2 = Kind is huiltig
3 = Kind huilt door
4 = Anders: beschrijf onder opmerkingen

Notatiesysteem:

- In de betreffende kolom altijd de kalenderleeftijd vermelden, ook bij prematuren.
- Voor elk onderzoek nieuwe kolom gebruiken. Na 3 en na 6 mnd kolom voor extra consulten.
- Resultaat noteren met + of -; bij twijfel -.
- Rechts en links, waar aangegeven, afzonderlijk noteren.
- Zo veel mogelijk zelf observeren; kenmerken met (M) zonodig op mededeling van de ouder; bij positief resultaat M noteren.
- * Kenmerken herhalen

Naam:

Geboorte datum:

Zwangerschapsduur: weken

Algemeen	4 wkn 1 mnd	8 wkn 2 mnd	13 wkn 3 mnd		26 wkn 6 mnd		39 wkn 9 mnd	52 wkn 12 mnd	65 wkn 15 mnd	Opmerkingen
Leeftijd										
Gedragstoestand										
	R L	R L	R L	R L	R L	R L	R L	R L	R L	
Fijne motoriek/Adaptatie/Persoonlijkheid en Sociaal Gedrag										
1. Ogen fixeren										
2. Volgt met ogen en hoofd 30° ← 0° → 30°										
3. Handen af en toe open										
4. Kijkt naar eigen handen (M)										
5. Speelt met handen middenvoor										
6. Pakt in rugligging voorwerp binnen bereik										
7. Pakt blokje over										
8. Houdt blokje vast, pakt er nog een in andere hand										
9. Speelt met beide voeten (M)										
10. Pakt propje met duim en wijsvinger										
11. Doet blokje in/uit doos										
12. Speelt "geven en nemen" (M)										
Communicatie	1 mnd	2 mnd	3 mnd		6 mnd		9 mnd	12 mnd	15 mnd	
28. Reageert op toespreken (M)										
29. Lacht terug (M)										(1 ^e keer:wk)
30. Maakt geluiden terug (M)										
31. Maakt gevarieerde geluiden (M)										
32. Reageert op roepen bij naam (M)										
33. Zegt "dada-baba of gaga" (M)										
34. Brabbelt bij zijn spel (M)										
35. Reageert op mondeling verzoek (M)										
36. Zwaait "dag, dag" (M)										
37. Zegt 2 "geluidswaarden" met begrip (M)										
38. Begrijpt enkele dagelijks gebruikte zinnen (M)										
Grove Motoriek	1 mnd	2 mnd	3 mnd		6 mnd		9 mnd	12 mnd	15 mnd	
51 ^o . Beweegt armen evenveel										
52 ^o . Beweegt benen evenveel										
53 ^o . Blijft hangen bij optillen onder de oksels										
54 ^o . Reacties bij optrekken tot zit										
55. Heft kin even van onderlaag										
56. Heft in buikligging hoofd tot 45°										
57. Kijkt rond met 90° geheven hoofd										
58. Benen gebogen of trappelen bij verticaal zwaaien										
59. Rolt zich om van rug naar buik en omgekeerd (M)										
60. Kan hoofd goed ophouden in zit										
61. Zit op billen met gestrekte benen										
62. Zit stabiel los										
63. Kruipt vooruit, buik op de grond (M)										
64. Trekt zich op tot staan (M)										
65. Kruipt, buik vrij van de grond (M)										
66. Loopt langs (M)										

Copyright Van Gorcum & Comp. BV 1996

M

18 Van Wiechen Ontwikkelingsonderzoek 15 - 48 mnd.

Gedragstoestand:
 0 = Kind is wakker en alert
 1 = Kind maakt een vermoeide indruk
 2 = Kind is huilerig
 3 = Kind huilt door
 4 = Anders; beschrijf onder opmerkingen

Interactie:
 0 = Kind is coöperatief
 1 = Kind is terughoudend en moet gestimuleerd worden
 2 = Kind is verlegen of terughoudend zonder actief verzet
 3 = Kind verzet zich actief
 4 = Anders; beschrijf onder opmerkingen

Notatiesysteem:
 • In de betreffende kolom altijd de kalenderleeftijd vermelden, ook bij prematuren.
 • Voor elk onderzoek nieuwe kolom gebruiken. Na 1½ jr kolom voor extra consulten.
 • Resultaat noteren met + of -; bij twijfel -.
 • Rechts en links, waar aangegeven, afzonderlijk noteren.
 • Zo veel mogelijk zelf observeren; kenmerken met (M) zonodig op mededeling van de ouder; bij positief resultaat M noteren.

Naam:

Geboorte datum:

Zwangerschapsduur: weken

Algemeen	15 mnd	1½ jr	2 jr	2½ jr	3 jr	3½ jr	4 jr	Opmerkingen
Leeftijd								
Gedragstoestand								
Interactie								
	R L	R L	R L	R L	R L	R L	R L	
Fijne motoriek/Adaptatie/Persoonlijkheid en Sociaal Gedrag								
11. Doet blokje in/ uit doos								
12. Speelt "geven en nemen" (M)								
13. Stapelt 2 blokjes								
14. Gaat op onderzoek uit (M)								
15. Stapelt 3 blokjes								
16. Doet anderen na (M)								
17. Stapelt 6 blokjes								
18. Plaatst ronde vorm in stoof								
19. Trekt kledingstuk uit (M)								
20. Bouwt vrachtauto na								
21. Plaatst 3 vormen in stoof								
22. Tekent verticale lijn na								
23. Bouwt brug na								
24. Plaatst 4 vormen in stoof								
25. Trekt eigen kledingstuk aan (M)								
26. Houdt potlood met vingers vast								
27. Tekent cirkel na								
Communicatie	15 mnd	1½ jr	2 jr	2½ jr	3 jr	3½ jr	4 jr	
37. Zegt 2 "geluidswoorden" met begrip (M)								
38. Begrijpt enkele dagelijks gebruikte zinnen (M)								
39. Zegt 3 "woorden" (M)								
40. Begrijpt spelopdrachten (M)								
41. Zegt "zinnen" van 2 woorden (M)								
42. Wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop (M)								
43. Noemt zichzelf bij eigen naam of "ik" (M)								
44. Wijst 5 plaatjes aan in boek								
45. Zegt "zinnen" van 3 of meer woorden (M)								
46. Is verstaanbaar voor bekenden (M)								
47. Praat spontaan over gebeurtenissen thuis/speelzaal (M)								
48. Stelt vragen naar "wie", "wat", "waar", "hoe" (M)								
49. Is goed verstaanbaar voor onderzoeker								
50. Stelt vragen naar "hoeveel", "wanneer", "waarom" (M)								
Grove Motoriek	15 mnd	1½ jr	2 jr	2½ jr	3 jr	3½ jr	4 jr	
65. Kruipt, buik vrij van de grond (M)								
66. Loopt langs (M)								
67. Loopt los								(1 ^e keer:mnd)
68. Gooit bal zonder om te vallen								
69. Raapt vanuit hurkzit iets op								
70. Loopt goed los								
71. Schopt bal weg								
72. Kan in zit soepel roteren								
73. Loopt soepel								
74. Fietst (op driewieler) (M)								
75. Springt met beide voeten tegelijk								

Copyright Van Gorcum & Comp. BV 1996 M

Bijlage 3: De taalnormeringslijst van Goorhuis (GMS)

Taalnormering:

Leeftijd	norm
3 maanden:	Maakt geluiden terug; Maakt zelf geluiden
6 maanden:	Maakt gevarieerde geluiden, d.w.z. het uitbreiden van het brabbelen in klanken en toonhoogte; Het van Wiechen item: reageert op roepen bij naam wordt wel gevraagd en gescoord. Item ongeschikt voor verdere beoordeling.
9 maanden:	Zegt gaga, baba Begint klanken te imiteren: Er treedt een toename in het brabbelen op; geen toename of vermindering van het brabbelen is afwijkend.
12 maanden:	Brabbelt in zijn spel; Brabbelt veel 9duidelijkmeer dan bij 9 maanden) en gevarieerd; Zegt papa, mama, anna, baba, klanken met herhaling, maar ongericht; Orale en nasale klanken zijn aanwezig; Klanken lijken verstaanbaar voor ouders (de moedertaal wordt herkenbaar); Reageert op mondeling verzoek (waar is mama, waar is de klok, tiktak).
14 maanden:	Begrijpt dagelijks gebruikte zinnen; Zegt naast papa en mama, gericht enkele vaste klanken met een betekenis; Zegt eerste woordjes 9 een lettergreep of herhaling van een lettergreep).
18 maanden:	Naast papa, mama en namen nog 3-5 woordjes; Woordopbouw is nog onvolledig; Orale en nasale klanken; Het praten wordt langer in tijdsduur; Voert enkelvoudige, eenvoudige opdrachten uit; Kent een aantal dierengeluiden.
2 jaar	Zegt minimaal 50, normaal ongeveer 100 losse woordjes, vaak alleen woorden van één lettergreep; Begin 2 woordzinnen, woordopbouw hoeft niet volledig te zijn; Onvolledige woordvorm; Voert 2 opdrachten na elkaar uit (haal je schoenen uit de gang) Nasale klanken; Wijst lichaamsdelen aan; Onomatopoeie gebruik zoals dierengeluiden voor het dier) Wijst 3 plaatjes aan (Ieporelloboek Bruna)
2,5 jaar	Kent zijn/haar naam;

	Benoemt zichzelf met ik of de eigen naam; Wijst 5 plaatjes aan (Ieporello boek Bruna); Benoemt 3 plaatjes (idem); Kindertaal mag ook (onomatopee gebruik) Maakt zinnen van 2-3 woordjes (mag in telegramstijl zijn); Gebruikt voltooide deelwoorden (maakt, daan).
3 jaar	Zegt zinnen van 3 woorden of meer (3 woorden per zin is het minimum); Zingt een liedje (meestal is het een deuntje in kleine terts); Is voor bekenden en onderzoeker grotendeels te verstaan; Andere kinderen kunnen het kind verstaan of mee communiceren; Er is nog weinig grammatica (telegramstijl mag ook nog); Nasaliteit is verdwenen; Medeklinkerverbindingen zijn aanwezig (klok, zwaan); Grote vooruitgang in spraak/taal en stemgeluid t.o.v. 2 jaar.
3,5 jaar	Praat zelf over gebeurtenissen Vraagt wie, wat, waar; Praat eenvoudige enkelvoudige zinnen; Stotteren > 6 weken in dezelfde mate mag niet (SLS stotteringslijst); Hakkelen mag wel, speciaal de vorm waarbij in wisselende mate gehakkeld wordt.
4 jaar	Benoemt de kleuren of telt 1 tot en met 5; Vertelt wat je mee moet nemen bij logeren, vakantie; Kent een aantal voorzetsels; Is voor 90% verstaanbaar voor vreemden; Meervoudsvormen en vervoegingen mogen nog onjuist zijn; Vraagt waarom, wanneer, hoeveel; Stotteren > 6 weken mag niet; Hakkelen en/ of haperen is aanvaardbaar (hakkelen mag meer dan een half jaar aanwezig zijn).

Bijlage 4: De Lexilijst

LEXILIJST NEDERLANDS

A

Lexiquotiënten:

Jongens

Meisjes

Algemeen

J.E.P.T. Schlichting en H.C. Iutje Spelberg

Ingevuld door de ouders van (voornaam en achternaam)

Geboortedatum Leeftijd: jaar en maanden Jongen / Meisje

Welke woorden zegt uw kind al? Wilt u deze woorden aankruisen? Het gaat erom dat uw kind de woorden zelf kan zeggen en dat ze niet voorgezegd zijn. Ook woorden die niet goed gezegd worden tellen mee. Als u maar begrijpt wat uw kind bedoelt. Dus: 'sape' mag worden aangekruist bij 'slapen', 'visie' mag worden aangekruist bij 'televisie'. Lang niet alle woorden die uw kind zegt, staan op deze lijst!

Spel

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ aai | ☐ boem | ☐ één twee | ☐ hoepetee |
| ☐ boe | ☐ toet | ☐ broem | ☐ kukeleku |

Allerlei dingen

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ kusje | ☐ puzzel | ☐ spel(letje) | ☐ kleur |
| ☐ bril | ☐ tik | ☐ krant | ☐ knikker |
| ☐ bal | ☐ paraplu | ☐ eentje | ☐ krijtje |
| ☐ tas | ☐ papier | ☐ ring | ☐ barbie |

Hoe is het?

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| ☐ mooi | ☐ donker | ☐ blauw | ☐ dood |
| ☐ lekker | ☐ groot | ☐ vast | ☐ zwart |
| ☐ nat | ☐ leuk | ☐ veel | ☐ anders |
| ☐ kapot | ☐ goed | ☐ nieuw | ☐ lang |
| ☐ klaar | ☐ schoon | ☐ andere | ☐ raar |
| ☐ open | ☐ jarig | ☐ groen | ☐ makkelijk |

Kleding

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ broek | ☐ das/sjaal | ☐ slabbetje | ☐ ketting |
| ☐ jas | ☐ pyjama | ☐ hoed | ☐ pantoffel(s) |

Buiten

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ regen | ☐ glijbaan | ☐ hek | ☐ ziekenhuis |
| ☐ maan | ☐ sneeuw | ☐ stap | ☐ torenklok |
| ☐ huis | ☐ schommel | ☐ boodschappen | ☐ brand |

Dieren

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ poes | ☐ vogel | ☐ leeuw | ☐ duif |
| ☐ koe | ☐ konijn | ☐ vlieg | ☐ poot |
| ☐ vis | ☐ muis | ☐ papegaai | ☐ lam(metje) |
| ☐ beer | ☐ varken | ☐ uil | ☐ snavel |

Dingen doen

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ vallen | ☐ zoeken | ☐ wil(len) | ☐ zetten |
| ☐ zitten | ☐ draaien | ☐ vliegen | ☐ zijn |
| ☐ hap/pen | ☐ aandoen | ☐ kruipen | (bv. ze zijn weg) |
| ☐ kijken | ☐ stappen | ☐ opstaan | ☐ nemen |
| ☐ poepen | ☐ werken | ☐ afdoen | ☐ weggrijden |
| ☐ spelen | ☐ bijten | ☐ blijven | ☐ houden |
| ☐ pakken | ☐ puzzelen | ☐ leggen | ☐ kan/kunnen |
| ☐ lezen | ☐ halen | ☐ vinden | ☐ weet |
| ☐ poetsen | ☐ kopen | (na zoeken) | ☐ hoort |
| ☐ maken | ☐ gaan | ☐ past | (bv. die hoort hier) |

LEXILIJST NEDERLANDS - A (vervolg)

Thuis

- | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ bad | ☐ telefoon | ☐ bord | ☐ pot | ☐ radio |
| ☐ klok | ☐ douche | ☐ mes | ☐ prullebak | ☐ kachel |
| ☐ lamp | ☐ tafel | ☐ kast | ☐ deken | ☐ mand |
| ☐ deur | ☐ keuken | ☐ kamer | ☐ koelkast | ☐ hoek |

Eten en drinken

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ appel | ☐ pap | ☐ toetje | ☐ kiwi | ☐ chocolade |
| ☐ kaas | ☐ melk | ☐ vlees | ☐ boterham | ☐ limonade |
| ☐ snoepje | ☐ thee | ☐ suiker | ☐ peer | ☐ hagelslag |

Kleine woordjes

- | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ die | ☐ ik | ☐ jij/je | ☐ jou(w) | ☐ zoveel |
| ☐ uit | ☐ een | ☐ bijna | ☐ heleboel | ☐ het |
| (bv. jas uit) | (bv. een auto) | ☐ wat? | ☐ allemaal | (bv. het is ...) |
| ☐ aan | ☐ nog | ☐ en | ☐ voor | ☐ helemaal |
| ☐ twee | ☐ dit | ☐ heel | (bv. voor jou) | ☐ daarom |
| ☐ ook | ☐ dat | ☐ heel | ☐ hij/ie | ☐ zijn |
| ☐ zo | ☐ zelf | (bv. heel groot) | ☐ maar | (bv. zijn tas) |
| ☐ niet | ☐ mijn | ☐ waar? | (bv. kom maar) | ☐ misschien |
| ☐ mij | ☐ wel | ☐ van | ☐ met | ☐ ze |
| ☐ deze | (bv. kan wel) | ☐ de | ☐ toch | (bv. ze zijn weg) |

Voertuigen

- | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ auto | ☐ bus | ☐ brommer | ☐ wagen(tje) |
| ☐ fiets | ☐ vrachtauto | ☐ helikopter | ☐ ziekenauto |

Plaats en tijd

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| ☐ buiten | ☐ op/daarop | ☐ morgen | ☐ al |
| ☐ weg | ☐ binnen | ☐ weer (nogmaals) | ☐ dan |
| ☐ mee | ☐ beneden | ☐ naar (-toe) | ☐ andersom |
| | | | ☐ toen |

Lichaamsdelen

- | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ neus | ☐ oor | ☐ mond | ☐ hoofd | ☐ navel |
| | ☐ haar | ☐ hand | ☐ tand | ☐ schoot |

Mensen

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ oma | ☐ meisje | ☐ (me)vrouw | ☐ politie |
| ☐ papa | ☐ eigen naam | ☐ kabouter | ☐ dokter |
| | | | ☐ moeder |

Gezegden en uitroepen

- | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ ja | ☐ hoera | ☐ pijn | ☐ ho |
| ☐ au | ☐ hai/hoi | ☐ alstublieft | ☐ amen |
| ☐ bah | ☐ hallo | ☐ dank | ☐ welterusten |
| | | | ☐ pang |

Zinnetjes

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ mag niet | ☐ goed zo | ☐ kom maar | |
| ☐ jas aan | ☐ nog een | ☐ nog een keer | ☐ wat is dat |
| ☐ nog keer | ☐ kijk eens | ☐ zelf doen | ☐ op zijn kop |

Welke talen worden bij u thuis gesproken?

.....

Totaal aangekruist
op deze bladzijde

Maakt u zich wel eens zorgen over de taalontwikkeling van uw kind?

.....

Totaal aangekruist
op andere bladzijde

Maakt u zich wel eens zorgen over het gehoor van uw kind?

.....

Totaal aangekruist
voorkant + achterkant

Bijlage 5: SNEL

SNEL

Instapregel: 1 tot 3 jr → vanaf vraag 1,
3 tot 6 jr. → vanaf vraag 7, 7 en 8 "nee" → terug naar 1.
Afbreekregel: stoppen na 2x nee.

NAAM:

LEEFTIJD:

vragen	24 mnd 2;0 jr	36 mnd 3;0 jr	45 mnd 3;9 jr
Vragen voor kinderen van 12 (1;0jr) tot 72 (6;0jr) maanden	ja=1 nee=0	ja=1 nee=0	ja=1 nee=0
1. Begrijpt uw kind opdrachten van 2 woorden? (vb. jas aan, ga zitten)			
2. Kan uw kind 1 of meer lichaamsdelen aanwijzen (vb. waar zit je neus?)			
3. Zegt uw kind ongeveer 10 woordjes in totaal?			
4. Begrijpt uw kind zinnen van 3 woorden (vb. op de stoel, in de tuin)			
5. Kan uw kind twee woordjes combineren zoals 'papa boek' of 'kijk poes'?			
6. Kan uw kind zinnen van 3 woorden maken? (vb. popje muts ophelven, auto in garage)			
7. Zet uw kind 3 tot 4 woorden achterelkaar (vb. ik koekje wil hebben, wij gaan ook zinge)			
8. Kunt u ongeveer de helft van de spraak van uw kind verstaan?			
9. Vertelt uw kind weleens spontaan een verhaaltje? (vb. over wat uw kind die dag heeft gedaan)			
10. Kan uw kind een verhaaltje navertellen bij een aantal plaatjes?			
11. Kunt u ongeveer driekwart van de spraak van uw kind verstaan?			
12. Maakt uw kind ook hele lange zinnen? (vb. Als ik later groot ben, dan wil ik graag kok worden)			
13. Kunt u bijna alles van de spraak van uw kind verstaan?			
14. Praat uw kind als een volwassene qua taalgebruik vindt u?			
SNEL SCORE			

normering				
Leeftijd kind	Leeftijd in jaren	Leeftijd in maanden	SNEL SCORE	SNEL NORM
	1;4 - 1;5	12-17		-
	1;6 - 1;7	18-19		1
	1;8-1;9	20-21		2
	1;10-2;0	22-24		3
	2;1-2;2	25-26		4
	2;3-2;5	27-29		5
	2;6-2;8	30-32		6
	2;9-3;0	33-36		7
	3;1-3;5	37-41		8
	3;6-3;10	42-46		9
	3;11-4;6	47-54		10
	4;7-5;4	55-64		11
	5;5 en ouder	65		12

SNEL SCORE > norm	(vallend binnen de norm)	In orde, leeftijdsadequaat
SNEL SCORE = norm	(matige achterstand)	Verwijzen leeftijdsafhankelijk (zoz)
SNEL SCORE < norm	(ernstige achterstand)	Verwijzen (zoz)

Bijlage 6: VTO-taalsignaleringsinstrument

VTO-taal signaleringsinstrument 24 maanden (23-29)

24.1 Woorden

Om te beginnen gaat het over de woordjes van
Als u aan gisteren denkt:

	zinnetje (2 of meer woorden)	woord of naam	noemt bij geluid of duidt aan bv. br=auto bam=boerham okke=oma	papa mama	aanwijzen*) met geluid zonder geluid	aanwijzen*) duidt**)
a) Hoe noemt _____ mensen uit zijn/haar omgeving?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Wat zegt _____ als _____ iets wil eten of drinken?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Wat zegt _____ als _____ met speelgoed wil spelen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*) Wanneer ouder 'aanwijzen' als antwoord geeft, vraag dan: 'maakt _____ bij het aanwijzen ook een geluidje?'

**) Bij 'duidt dat niet aan' op alle vragen: 'maakt _____ geluidjes?'
☐ ja, welke? _____ ☐ nee

24.2 Spelen

Deze vraag gaat over samen spelen met uw kind.
Als u terugdenkt aan de afgelopen week:

- a) Hoe vaak spelen u en uw kind samen, schat u?
- ☐ nooit (ga naar vraag c)
☐ af en toe
☐ vaak
- b) Wat spelen jullie het liefste samen?
- _____

c) Speelt _____ graag in zijn/haar eentje?

- ☐ ja, wat speelt _____ dan het liefst?
☐ nee, speelt _____ graag met andere kinderen? ☐ ja
☐ nee

24.3 Lichaamsdelen

(Pak het poppetje en zeg):

'Kijk eens, hier komt een kindje aanlopen':

	goed	fout	weigert *) thuis goed	weigert *) thuis fout	weigert *) ouder weet niet of kind het thuis goed zou doen
a) Waar zijn zijn/haar oogjes (ogen)?	☐	☐	☐	☐	☐
b) Waar is zijn/haar mond?	☐	☐	☐	☐	☐
c) Waar is zijn/haar buik?	☐	☐	☐	☐	☐
d) Waar is zijn/haar voet?	☐	☐	☐	☐	☐
e) Waar is zijn/haar haar?	☐	☐	☐	☐	☐
f) Waar is zijn/haar hand?	☐	☐	☐	☐	☐

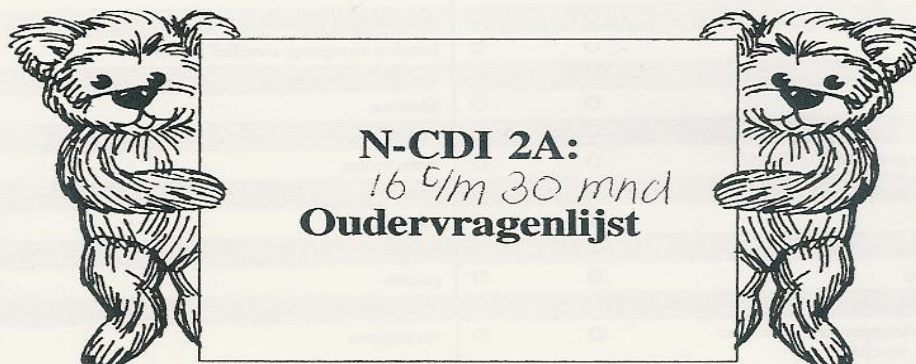
*) Wanneer het kind op het cb weigert, vraag dan aan de ouder: 'Zou _____ het thuis wel doen, denkt u?'

Bijlage 7: N-CDI

N-CDIs Korte vormen

Bijlage 4

Naam van het kind Geslacht
Geboortedatum Datum



Hieronder staat een lijst met mogelijke woorden van jonge kinderen. Maak het bolletje in de eerste kolom (Begrijpen) zwart als uw kind dit woord begrijpt, maar nog niet zelf zegt. Maak het bolletje in de tweede kolom (Zeggen) zwart als uw kind dit woord zelf zegt. Als uw kind een woord anders uitspreekt (bv. 'raf' voor 'giraf' of 'getti' voor 'spaghetti'), dan mag u toch het bolletje in de tweede kolom zwart maken. Als u of uw kind een ander woord voor bepaalde woorden gebruikt, bv. 'boke' of 'stutje' of 'ham ham' voor 'boterham', dan mag u toch het bolletje bij het woord in de lijst zwart maken als uw kind dat ander woord begrijpt en/of zelf zegt. Deze lijst is eigenlijk een verzameling woorden die afkomstig is van verschillende kinderen; wees niet ongerust als uw kind er maar enkele van kent op dit moment.

	Begrijpen	Zeggen		Begrijpen	Zeggen
beh beh (schaap)	☐	☐	kaas	☐	☐
beu/boe/mcu/moeh (koe)	☐	☐	kroketjes/gebakken aardappeltjes	☐	☐
ie-aa ie-aa (ezel)	☐	☐	rijst	☐	☐
oh ooh (verbazing)	☐	☐	spaghetti	☐	☐
vroem/broem (auto)	☐	☐	vlees	☐	☐
tjoek(e) tjoek (trein)	☐	☐	kous/sok	☐	☐
egel	☐	☐	luier/pamper	☐	☐
ezel	☐	☐	muts	☐	☐
haan	☐	☐	rijs*	☐	☐
hond(je)	☐	☐	T-shirt	☐	☐
koe	☐	☐	zwembroek/zwempak/badpak*	☐	☐
leeuw	☐	☐	borst	☐	☐
olifant	☐	☐	hand	☐	☐
papegaai	☐	☐	lippen	☐	☐
pingum/Pingu	☐	☐	nens	☐	☐
slang	☐	☐	bord	☐	☐
vlinder	☐	☐	camera/fototoestel	☐	☐
zebra	☐	☐	deken/dekbed	☐	☐
auto	☐	☐	pot	☐	☐
fiets	☐	☐	rommel	☐	☐
vrachtwagen/camion/vrachtauto	☐	☐	tandenborstel	☐	☐
ballon	☐	☐	washandje*	☐	☐
kleurpotloden	☐	☐	zakdoek(papier)	☐	☐
boter	☐	☐	kachel/open haard*	☐	☐

	Begrijpen	Zeggen		Begrijpen	Zeggen
cake	☐	☐	koelkast/frigo/ijskast/diepvries	☐	☐
frietten/frietjes	☐	☐	slaapkamer	☐	☐
tafel	☐	☐	zwart	☐	☐
wasmachine	☐	☐	botsen	☐	☐
ladder	☐	☐	haasten/zich spoeden	☐	☐
stok	☐	☐	houden van/graag zien/lief vinden	☐	☐
wolk	☐	☐	inschenken/gieten	☐	☐
bakker	☐	☐	kietelen	☐	☐
buiten	☐	☐	knuffelen	☐	☐
crèche/kinderdagverblijf*	☐	☐	laten vallen	☐	☐
mevrouw	☐	☐	likken	☐	☐
opa*	☐	☐	luisteren	☐	☐
vriend/vriendin	☐	☐	maken	☐	☐
dada doen/daag	☐	☐	passen	☐	☐
dank u/dank u wel	☐	☐	schilderen/verven	☐	☐
handjes draaien/klappen in de handjes/ stampen met de voetjes	☐	☐	verstopen	☐	☐
in bad gaan	☐	☐	zitten	☐	☐
ja	☐	☐	zwaaien/wuiven	☐	☐
kiekeboe/piep!	☐	☐	later/straks	☐	☐
middageten	☐	☐	voor	☐	☐
nee	☐	☐	ik	☐	☐
rondraaien	☐	☐	wat	☐	☐
slaapwel/goede nacht/welterusten/ slaap lekker	☐	☐	aan	☐	☐
sst (zwijgen)/stil zijn	☐	☐	beneden	☐	☐
droog	☐	☐	in/binnen(in)	☐	☐
koud	☐	☐	uit	☐	☐
moeilijk	☐	☐	ander(e)	☐	☐
nieuw	☐	☐	een	☐	☐
slecht	☐	☐	ook	☐	☐
stout	☐	☐	ik wil...	☐	☐
vlug/snel	☐	☐	moet (bv. ik moet...)	☐	☐
warm/heet	☐	☐	niet doen	☐	☐

* of het woord door u gebruikt

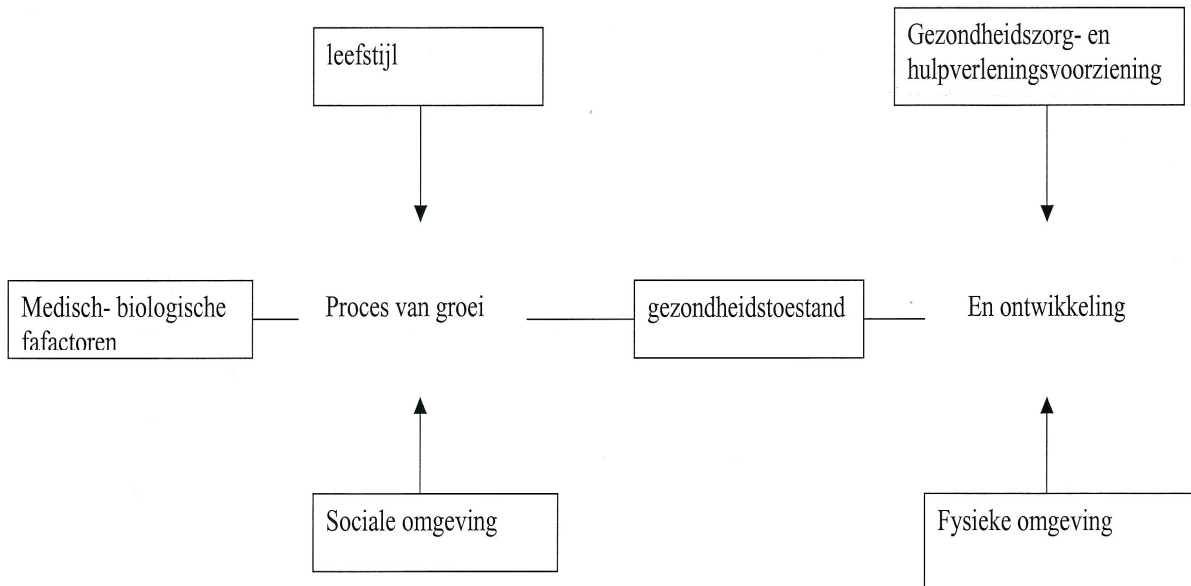
Bedankt voor uw medewerking!

In te vullen door de onderzoeker:

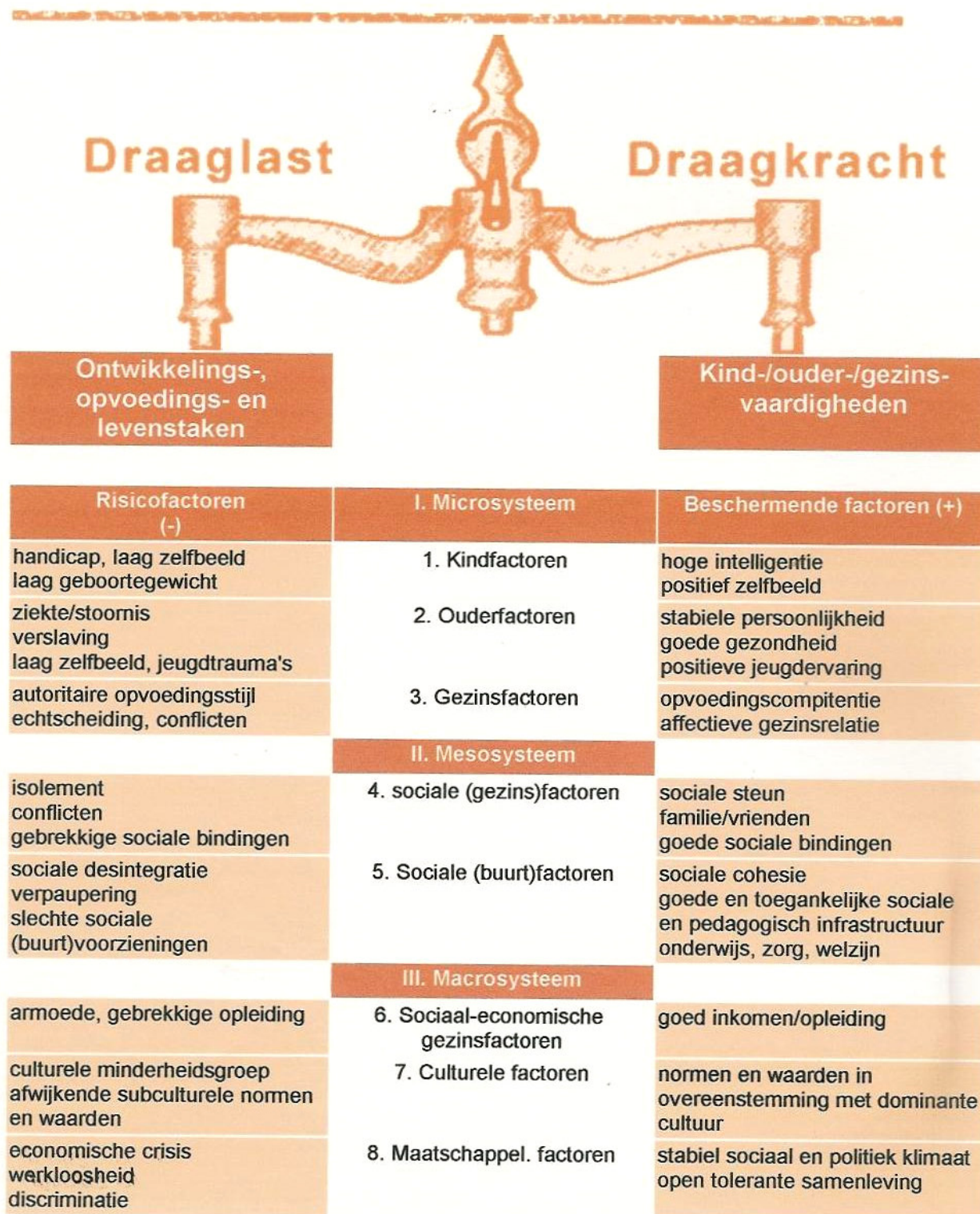
N-CDI 2A: Samenvatting			
	Ruwe score	Percentielscore	Taalleeftijd
Woordenschatbegrip	.../112		
Woordenschatproductie	.../112		
Opmerkingen			

Bijlage 8: Model van Lalonde

Model van Lalonde



Bijlage 9: Het Balansmodel van Bakker



Bijlage 10: Kernprofiel van de MGZ verpleegkundige

EEN MGZ-VERPLEEGKUNDIGE IS EEN MAATSCHAPPELIJK BETROKKEN, PROFESSIONELE HBO-OPGELEIDE VERPLEEGKUNDIGE OP KWALIFICATIE NIVEAU 5, WERKZAAM IN DE MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG DIE IN STAAT IS OM:

Rol: Zorgverlener

1. Zowel preventief te werken ter voorkoming van gezondheidsproblemen, (gezondheidsbevordering, instandhouding) alsook reeds bestaande gezondheidsproblemen te hanteren gericht op herstel, revalidatie en verlichting, ter ondersteuning van de zelfzorg en de autonomie van de cliënt
2. Zowel latente als manifeste, hoogcomplexere gezondheidsproblemen zelfstandig te herkennen en integraal te analyseren binnen de context van de Maatschappelijke Gezondheidszorg
3. De daaruit voortvloeiende zorgbehoeften vast te stellen en, met inachtneming van de eigen verantwoordelijkheid en autonomie van de cliënt/ de doelgroep, deze zorgbehoeften, in samenwerking met de cliënt/ doelgroep te vertalen naar een plan van aanpak/ verpleegkundige interventies
4. De binnen het totale zorgproces noodzakelijke verpleegkundige interventies zelfstandig uit te voeren binnen de grenzen van de eigen beroepsverantwoordelijkheid en -aansprakelijkheid;
5. Hulpverlenings- en samenwerkingrelaties aan te kunnen gaan, te onderhouden en af te ronden, uitgaande van de leef-, woon- en werksituatie van de cliënt en uitgaande van de normen- en waardenpatronen van een grote diversiteit van cliënten en doelgroepen

Rol: Regisseur

6. Het totaal van het complexe zorgproces betreffende de cliënt / doelgroep te coördineren, de continuïteit te bewaken en de kwaliteit van het totale zorgproces te waarborgen.

VANUIT DE EIGEN VERPLEEGKUNDIGE BEROEPSUITOEFENING IN DE DIRECTE ZORGVERLENING IS DE MGZ-VERPLEEGKUNDIGE IN STAAT OM:

Rol: Coach en adviseur

7. Ondersteuning te bieden aan (toekomstige) collega's, andere zorgverleners (zowel formele als informele) en instellingen

Rol: Beroepsbeoefenaar

8. Actuele maatschappelijke ontwikkelingen te herkennen en de invloed op de zorgbehoeften van cliënten/ doelgroepen te analyseren en in de verpleegkundige beroepsuitoefening daarop proactief te anticiperen
9. Een proactieve bijdrage te leveren aan de optimalisering van de kwaliteit van de verpleegkundige beroepsuitoefening van MGZ-verpleegkundigen.

Rol: Ontwerper

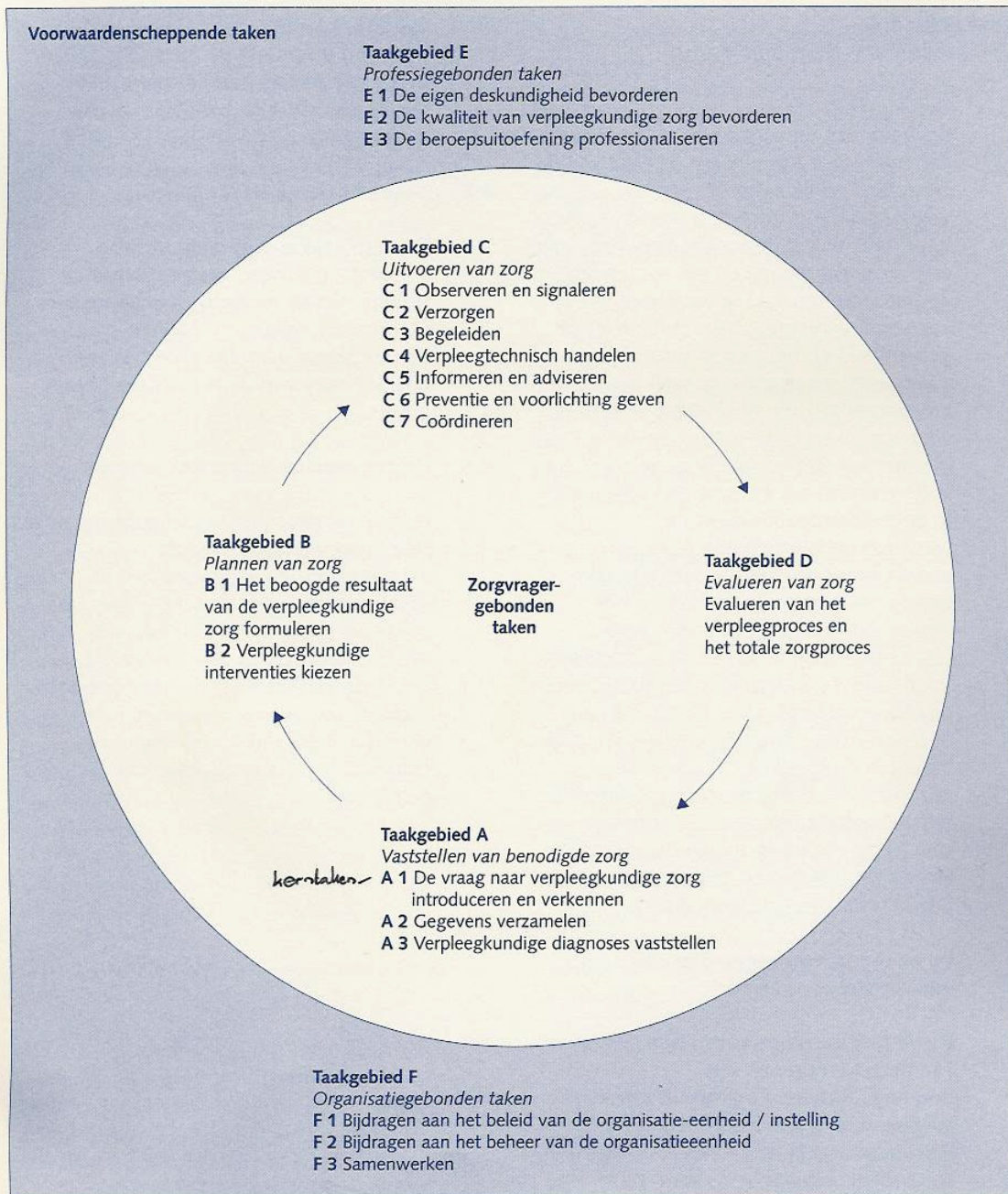
10. Een proactieve bijdrage te leveren aan de optimalisering van de kwaliteit van de Maatschappelijke Gezondheidszorg.

BIJ HAAR FUNCTIONEREN OP **ALLE NIVEAUS EN IN ALLE ROLLEN** IS DE MGZ-VERPLEEGKUNDIGE IN STAAT OM :

11. Haar verpleegkundige interventies en stellingnames te onderbouwen en te beargumenteren, daarbij gebruik makend van relevante verpleegkundige, verplegingswetenschappelijke, medische en sociaal-wetenschappelijke onderzoeksresultaten, theorieën, visies, modellen en concepten
12. Gebruik te maken van methodische, communicatieve en verpleegtechnische vaardigheden

13. Mono- en multidisciplinair en multisectoraal te kunnen samenwerken met alle andere relevante actoren in het zorgproces.
14. Zelfstandig, maatschappelijk betrokken, vraaggericht, innovatief, creatief, pro-actief en flexibel te handelen en te voldoen aan de eisen van doelmatigheid en veiligheid die de (Maatschappelijke) Gezondheidszorg in de 21^e eeuw vereist.
15. In de verpleegkundige beroepsuitoefening zowel op micro-, meso- als macroniveau, een attitude te tonen, die getuigt van respect, empathie, coöperatie, vraaggerichtheid, informatiebereidheid en verantwoordingsbereidheid (zie Beroepsprofiel/ Begrippenkader kwaliteit van Zorg NRV)
16. Te reflecteren op het eigen handelen en daarmee zelf richting te geven aan de eigen beroepsontwikkeling

Bijlage 11: Beroepsprofiel van de verpleegkundige



Figuur 4.1 De taakgebieden en kerntaken van de verpleegkundige.

Bronnenlijst

Op alfabetische volgorde van de auteurs worden de gebruikte bronnen weergegeven.

Boeken

L. de Angulo M.S. e.a.
Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg, Het van Wiechenonderzoek,
Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV,
Assen, 2005.

Boot/Knaapen,
De Nederlandse Gezondheidszorg,
zesde druk,
Uitgeverij Spectrum,
Utrecht, 1996.

L. van den Dungen en M. Verboog,
Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen,
Uitgeverij Dick Coutinho,
Bussem, 1993.

Marianne Frederiksson,
Het boek Kaïn,
Uitgeverij de Geus,
Breda 2004.

S.M. Goorhuis-Brouwer,
Gesprekspartners?Taalontwikkelingsstoornissen al pedagogisch probleem, een verkenning,
Uitgeverij Acco,
Amersfoort/Leuven,1988.

S.M. Goorhuis-Brouwer en A.M. Schaerlaekens,
Handboek taalontwikkeling, taalpathologie en taaltherapie bij Nederlandssprekende kinderen,
Uitgeverij De Tijdstroom,
Utrecht, 1994.

M. Kijlstra e.a.,
Kwetsbaar jong, Een quick scan van de kansen op achterstand van kinderen van 0-4 jaar in risicosituaties,
Uitgeverij SWP,
2005.

R. Kohnstamm,
Kleine ontwikkelingspsychologie deel 1, Het jonge kind,
Uitgeverij Bohn Stafleu Van Lochem,
Houten/Diegem 2002.

E. Leistra, S. Liefhebber, M. Geomini, H. Mens,
Beroepsprofiel van de verpleegkundige,
Eerste druk,
Uitgeverij Elsevier gezondheidszorg,
Maarsen, 2001

W. van der Westen,
Goed geschreven,
Uitgeverij Coutinho,
Bussum, 2002.

P.B. Schuil e.a.
Nederlands leerboek Jeugdgezondheidszorg Deel A Organisatie.
Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV,
Assen, 2000.

P.B. Schuil e.a.
Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg Deel B Inhoud.
Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV,
Assen, 2000.

I. Zink en M. Lejaegere,
N-CDI's: lijsten voor communicatieve ontwikkeling. Aanpassing en hernormering van de MacArthur CDI's.
Uitgeverij ACCO,
Leuven, 2001.

Onderzoeksrapporten

H. J. de Koning, J.G. de Ridder, H. M. E. van Agt, H.A. ter stege, I.J. Korfage,
J.J. Polder, C.M.M. Reep, G.J. van der Lem, P.J.. van der Maas,
Vroegtijdige onderkenning van taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar,
Rapportnr.: MGZ.00.0034,
Rotterdam 2000.

H.M.E. van Agt, H.J. de Koning, Erasmus MC, Afdeling Maatschappelijke
Gezondheidszorg,
Vroegtijdige onderkenning taalontwikkelingsstoornissen 0-3 jaar,
8 jaar follow-up studie, Eindrapport-samenvatting,
Rotterdam 2005.

C.P.B van der ploeg, C.J. Lanting, P.H. Verkerk,
Kwaliteit van Leven,
Signalering van spraak/taalontwikkelingsstoornissen bij kinderen,
TNO- Rapport KvL/JPB/2005.067,
Leiden April 2005.

J.E.P.T. Schlichting en H.C. Lutje Spelberg,
Lexilijst Nederlands. Een instrument om de taalontwikkeling te onderzoeken bij
Nederlandstalige kinderen van 15-27 maanden in het kader van vroegtijdige
onderkenning,
Swets & Zeitlinger B.V., artikelnummer:03/3626.00,
Lisse 2002.

A.A. Schuller, R.J.F. Burgmeijer, N.S. Dijkstra, R. Juttmann, F.J.M. van Leerdam,
H. Raat, S.P. Verloove-Vanhorick, R.A. Hirasing,
De jeugdgezondheidszorg, Activiteiten onderbouwd,
TNO-Rapport PG/JGD/2004.239.
Leiden 2004

Nota's

Van brabbelen tot spreken, Richtlijnen voor een gewenste aanpak van taalactiviteiten
in de JGZ voor 0-4 jarigen,
LVT,
Bunnik, Augustus 2002.

Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar,
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Den Haag,
Maart 2002.

Advies bij Handboek Eenheid van taal,
Voorstellen voor vervolg & Aanbevelingen voor kwaliteitsverbetering,
Platform Jeugdgezondheidszorg,
11 februari 2005.

Richtlijn Handboek Eenheid van taal,
Platform Jeugdgezondheidszorg,
11 februari 2005.

Artikelen

Ellen Gerrits, Jan Brokx, Eveline Rozier
Vroegtijdige interventie na neonatale gehoorscreening, Het effect op de
taalontwikkeling.
Logopedie en foniatrie, nummer 10, 2005.

Dr. Kino Jansonius-Schultheiss,
Mijlpalen in de spraak- en taalontwikkeling: het belang van vroegtijdige onderkenning van spraak- en taalproblemen,

Mw. T.J. Klimp
Vroegsignalering van spraak- en taalachterstanden in de provincie Groningen,
JGZ-Symposium 'Van preventie naar kwaliteit, van waarden naar daden', 2005.

Papers

Else Ruizeveld de Winter,
Vroegsignalering van spraak- en taalachterstanden in de provincie Groningen,
Protocol,
Januari 2005.

Jenta Sluijmers,
Position paper 'Europese dag van de logopedie',
Augustus 2005.

H.A. van der Stege,
Taal- spraakontwikkeling bij peuters,
Nederlandse Stichting voor Dove en Slechthorende Kinderen. (NSDSK)
Augustus 2005.

Reader studievoordigheden, Opdracht 10 Handleiding tekstverwerking voor MGZ,
Uitvoeringsregeling afstudeerwerkstuk MGZ, Bijlage 18,
2003.

Internetadressen

www.nvvs.nl
www.nsdsk.nl
www.kindentaal.nl
www.ggdkennisnet.nl
www.z-org.nl
www.fenac.nl