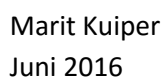


Het gebruik van het Nederlandse Communication Function Classification System bij kinderen, in de therapeutische peutergroep van revalidatiecentrum X, tussen 2 en 4 jaar zonder cerebrale parese.



Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'Classificatie van communicatie in de kinderrevalidatie'. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding logopedie. Van februari tot mei 2016 heb ik aan deze scriptie gewerkt. Het onderzoek is uitgevoerd op de kinderafdeling van revalidatiecentrum X.

Het vinden van een onderwerp voor deze scriptie was een lastige opgave. Maar uiteindelijk heeft de zoektocht naar dit onderwerp geleid en is de scriptie met veel plezier en een beetje moeite gerealiseerd. Dit was niet gelukt zonder de begeleiding van mijn scriptiebegeleider, S. Pleijsier-van Daal en hogeschooldocenten, xxx en xxx. Dank voor jullie feedback en begeleiding in het proces.

Mijn dank gaat uit naar mijn stagebegeleiders, T. Ernest en D. Dongelmans, voor het geven van feedback op de conceptversies en de begeleiding bij het realiseren en organiseren van het onderzoek. Ook bedank ik de ouders van de kinderen in de onderzoeksgroep voor hun medewerking en de logopedisten voor hun deelname aan de focusgroep. Zonder hen was het onderzoek niet mogelijk geweest.

Tot slot wens ik u veel leesplezier toe.

Marit Kuiper

Leiden, juni 2016

Samenvatting

Inleiding	Bij revalidatiecentrum X op de kinderafdeling wordt het Nederlandse Communication Function Classification System (CFCS-NL) gebruikt om het communicatieniveau van kinderen met een cerebrale parese (CP) in kaart te brengen op activiteiten en participatieniveau. Er is voor kinderen zonder CP nog geen bruikbaar middel om het communicatieniveau in kaart te brengen. Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen of het CFCS-NL bruikbaar is voor kinderen tussen de 2 en 4 jaar op de therapeutische peutergroep met andere aandoeningen dan een CP. Tevens is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend van het CFCS-NL en wordt inzicht verkregen in de factoren die invloed hebben op eventuele verschillen in beoordeling.
Methode	In dit onderzoek zijn vier kinderen door vijf logopedisten beoordeeld met het CFCS-NL en een aanvullende vragenlijst. De logopedisten hebben de kinderen door middel van video-opnames beoordeeld. Ook de ouders van de kinderen hebben het CFCS-NL voor hun kind ingevuld. Met deze gegevens is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend. Daarnaast is kwalitatieve data verzameld door middel van een focusgroep. De vragen die centraal stonden waren: • Is het CFCS-NL bruikbaar voor deze doelgroep? • Wat zijn oorzaken van (eventuele) verschillen in beoordeling? • Hoe zou het CFCS-NL aangepast kunnen zodat het toepasbaar is voor kinderen van 2 tot 4 jaar in de kinderrevalidatie?
Resultaten	Het is gebleken dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen logopedisten redelijk is. De logopedisten van revalidatiecentrum X zijn van mening dat het CFCS-NL bij deze doelgroep gebruikt kan worden. Wel moeten er aanpassingen aan het CFCS-NL worden gedaan. Logopedisten vullen het CFCS-NL niet altijd vanuit hetzelfde uitgangspunt in. Door comorbiditeit wordt het invullen bemoeilijkt.
Conclusie	Uit de resultaten is gebleken dat het CFCS-NL gebruikt kan worden bij kinderen in de kinderrevalidatie tussen 2 en 4 jaar en dat de logopedisten dit zinvol zouden vinden, mits er aanpassingen aan het CFCS-NL worden gedaan. Het begrip 'vertraagd' zou vervangen of weggelaten moeten worden, een extra niveau moet toegevoegd worden en er moet een aanvullende vraag komen naar de oorzaak van de communicatieproblemen. Daarnaast moeten er afspraken gemaakt worden vanuit welk uitgangspunt het CFCS-NL ingevuld wordt; op basis van het huidige communicatieniveau of rekening houdend met de leeftijd van het kind. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het CFCS-NL is redelijk. Het betrekken van ouders verhoogt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Inhoud

Personalia	5
Inleiding	6
Communication Function Classification System	6
International Classification of Function, Disability and Health (ICF)	7
Communicatie	8
Doelen van CFCS-NL	8
Gebruik van CFCS-NL	8
Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	9
Probleemanalyse	9
Methode	11
Onderzoeksmethode.....	11
Dataverzameling en meetinstrumenten	11
Onderzoekspopulatie	12
Procedure en gegevensanalyse	13
Resultaten	15
Kwantitatieve resultaten	15
Kwalitatieve resultaten	17
Discussie	20
Conclusie	22
Aanbevelingen	23
Literatuur	25
Bijlage	27

Personalia

Gegevens onderzoeker (student)

Naam: Marit Kuiper

Adres: xxx

Telefoonnummer: xxx

Email: xxx

Gegevens opdrachtgever

Instelling: revalidatiecentrum X

Adres: xxx

Opdrachtgever 1

Naam: T. Ernest

Functie: logopedist

Email: xxx

Opdrachtgever 2

Naam: D. Dongelmans

Functie: logopedist

Email: xxx

Gegevens onderwijsinstelling

Onderwijsinstelling: Hogeschool Rotterdam

Adres: Rochussenstraat 198, 3015 EK Rotterdam,

Opleiding: Logopedie

Scriptiebegeleider: S. Pleijsier-van Daal

Email: xxx

Inleiding

Kinderrevalidatie is een specialisatie binnen de geneeskunde gericht op kinderen met een lichamelijke beperking die in hun ontwikkeling worden geremd als gevolg van een ziekte, een aangeboren aandoening of een verworven aandoening (Mulders, Meihuizen-de Regt, & De Moor, 2003).

Op de kinderafdeling van revalidatiecentrum X wordt gewerkt met therapeutische peutergroepen (TPG). Een therapeutische peutergroep is een vorm van interdisciplinaire revalidatiedagbehandeling voor kinderen tot 4 jaar oud, gericht op versnelling van de ontwikkeling op tenminste motorisch gebied (Revalidatiecentrum X, persoonlijke communicatie, 2010). Indicatiecriteria voor deelname aan de TPG zijn opgenomen in bijlage 1. Een groot deel van deze kinderen heeft logopedische behandeling voor spraak- en taalproblemen en/of eet- en drinkproblemen. De meest voorkomende aandoening bij deze kinderen is cerebrale parese (CP). Becher, Gorter en Vermeulen (2003) definiëren CP als volgt:

Een groep blijvende aandoeningen van de ontwikkeling van houding en beweging, die beperkingen in activiteiten veroorzaakt en die toegeschreven wordt aan niet-progressieve verstoringen die optreden in de zich ontwikkelende hersenen van een foetus of baby. De houdings- en bewegingsstoornissen bij CP worden vaak vergezeld van stoornissen van sensoriek, secundaire stoornissen van het bewegingsapparaat, stoornissen van perceptie, cognitie, communicatie en gedrag, en van epilepsie. (p. 255)

De prevalentie van CP in Nederland is twee op de duizend levendgeborenen (Wichers, Odding, Stam, & Van Nieuwenhuizen, 2015). Het is één van de meest voorkomende oorzaken van lichamelijke beperkingen bij kinderen (Hutton, 2006). Van alle revaliderende kinderen in Nederland heeft de helft een CP (Faber, Mulders, & Van Tol-de Jager, 2014). Kinderen met CP ervaren problemen in de algehele ontwikkeling. De onafhankelijkheid, de mogelijkheid tot exploreren, spreken en leren worden beïnvloed (Jones, Morgan, Shelton & Thorogood, 2007).

Communication Function Classification System

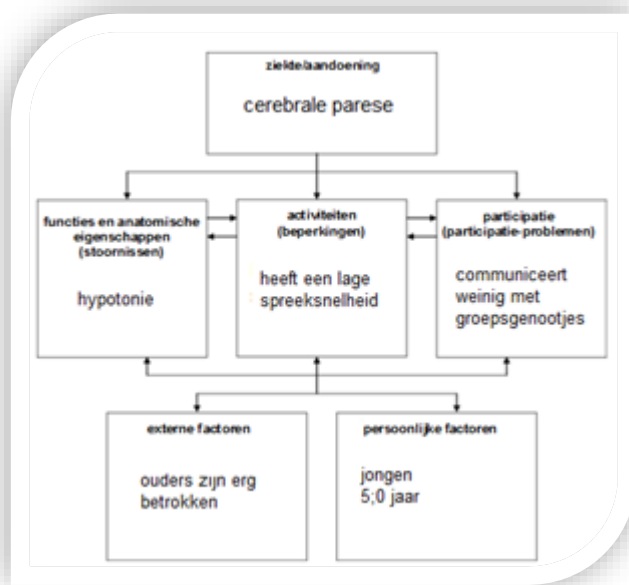
In 2015 heeft de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (NVR) een multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld om de zorg rondom kinderen met een spastische CP te optimaliseren. In deze richtlijn wordt aanbevolen om het communicatieniveau in kaart te brengen met het "Communication Function Classification System" (CFCS).

In 2008 is het CFCS ontwikkeld in Amerika en Canada en in 2009 is het vertaald naar het Nederlands (CFCS-NL). Het CFCS-NL (bijlage 2) is een schaal om de dagelijkse communicatie van een persoon met CP te classificeren (De Kleijn, Geytenbeek, & Gorter, 2012). Het CFCS-NL bestaat uit vijf niveaus die het communicatieniveau van een individu met CP beschrijven met bekende en onbekende communicatiepartners in dagelijkse situaties. Met behulp van een beslisboom kan het communicatieniveau bepaald worden.

International Classification of Function, Disability and Health (ICF)

Het ICF is een classificatie waarin het functioneren van een persoon wordt beschreven inclusief factoren die op dat functioneren van invloed zijn (RIVM, 2002). Het RIVM beschrijft de zes gebieden van het ICF als volgt:

1. Ziekte/aandoening: medische factoren
2. Functies: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme & Anatomische eigenschappen van het menselijk lichaam (vorm, aanwezigheid, e.d.)
3. Activiteiten: onderdelen van iemands handelen
4. Participatie: iemands deelname aan het maatschappelijk leven
5. Externe factoren: iemands fysieke en sociale omgeving
6. Persoonlijke factoren: iemands individuele achtergrond (leeftijd, geslacht, sociale status, culturele achtergrond, e.d.)



Figuur1. ICF schema. Aangepast van "Dialog - een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist" door A. Meulenberg-Brouwer, H. van der Pol-Top, en C. Kuiper, (2008).

In figuur 1 is een ingevuld ICF-schema te zien van een kind met een CP. Per begrip wordt een voorbeeld gegeven. Het bepalen van het communicatieniveau met behulp van het CFCS-NL gebeurt op het gebied van activiteiten en participatie zoals beschreven in het ICF. Ondanks dat het CFCS-NL geen diagnostisch instrument is, zorgt het voor een waardevolle aanvulling omdat de logopedische diagnostiek van kinderen met communicatieproblemen voornamelijk bestaat uit testinstrumenten op het niveau van functies en activiteiten.

Communicatie

Communicatie wordt door Pennington (2008) omschreven als het overbrengen van informatie van de ene naar de andere persoon. Communicatie is afhankelijk van beide gesprekspartners die een boodschap moeten kunnen zenden en ontvangen. Communicatie is niet alleen het zenden of ontvangen van een boodschap in gesproken taal. Het overbrengen van een boodschap kán door gesproken taal, maar tevens door geluiden, gezichtsexpressie, lichaamstaal en schrijven (Pennington, 2008). Daarnaast kan er gebruik gemaakt worden van ondersteunende en alternatieve communicatie. Hieronder valt het gebruik van gebaren, plaatjes, borden, boeken, wijzen en spraakcomputers (Himmelman 2006). Het CFCS-NL brengt de totale communicatie in kaart. Dit betekent dat ook het gebruik van deze ondersteunende en alternatieve communicatie meegenomen wordt.

Doelen van CFCS-NL

Het doel van het CFCS-NL is om de communicatie tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverleners en ouders te optimaliseren wat betreft de communicatiemogelijkheden van het kind (De Kleijn, Geytenbeek, Gorter, Vermeulen, Cooley Hickey, 2010). Een ander doel dat door De Kleijn et al. wordt beschreven is dat er op basis van het communicatieniveau van het kind doelen opgesteld kunnen worden om de communicatie op activiteiten- en participatieniveau te verbeteren. Tevens kan het communicatieniveau van het kind aangeven op welk niveau er met het kind gecommuniceerd kan worden. Zwart (2013) geeft aan dat naast het communicatieniveau dan óók het taalbegripsniveau vastgesteld moet worden.

Gebruik van CFCS-NL

De bruikbaarheid van een classificatiesysteem hangt af van de begrijpelijkheid en de helderheid van de instructies (Eliason et al., 2006). Het CFCS-NL moet niet alleen begrijpelijk zijn voor hulpverleners maar ook voor ouders omdat aanbevolen wordt samen met ouders het communicatieniveau van het kind te bepalen (NVR, 2015).

Om het CFCS-NL te kunnen begrijpen en gebruiken moeten eerst een aantal begrippen verduidelijkt worden. Deze begrippen worden beschreven volgens de omschrijving van De Klein et al. (2012)

Effectieve zender en ontvanger

Een effectieve zender en ontvanger is in staat snel en makkelijk te schakelen tussen een boodschap verzenden en begrijpen. Er is geen onderscheid gemaakt in het CFCS-NL tussen effectieve zender en ontvanger omdat effectieve communicatie afhangt van het snel kunnen schakelen tussen een effectieve zender en ontvanger zijn. De focus ligt op de communicatiemogelijkheden in zijn geheel (Cooley Hickey et al., z.j.).

Bekende en onbekende gesprekspartners

Onbekende gesprekspartners zijn vreemden of kennissen met wie zelden gecommuniceerd wordt. Bekende gesprekspartners zijn familie, hulpverleners en vrienden. Zij kunnen makkelijker met het kind communiceren door voorkennis en ervaring.

Conversatiesnelheid

Een comfortabele conversatiesnelheid heeft te maken met de snelheid en het gemak waarmee een persoon informatie begrijpt en overbrengt. Wanneer er sprake is van een prettige conversatiesnelheid vallen er weinig stiltes en zijn de pauzes tussen de wisselingen kort. De conversatiesnelheid van sprekers zonder communicatieproblemen varieert van 150 tot 250 woorden per minuut (Beukelman, & Mirenda, 2005).

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De Kleijn et al. (2010) hebben de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het CFCS-NL onderzocht bij Nederlandse kinderen met een CP. Een maat om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te berekenen is Cohen's kappa. Uit dit onderzoek bleek dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen twee professionals die bekend zijn met het kind kappa 0,69 is.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen ouders van een kind en een logopedist is kappa 0,63. Uit onderzoek van Cooley Hidecker et al. (2011) van het CFCS bij Amerikaanse en Canadese kinderen met CP bleek dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen professionals kappa 0,66 is en tussen ouder en professional kappa 0,49. De interpretaties van deze waarden zijn te lezen in tabel 1.

Tabel 1. Interpretatie van k.

K	Interpretatie
< 0,2	Slecht (k kan negatief zijn)
0,2 -< 0,4	Matig
0,4 -< 0,6	Redelijk
0,6 -< 0,8	Goed
0,8 -<1	Erg goed

Aangepast van "practical statistics for medical research" door D.G. Altman, (1991).

Probleemanalyse

De logopedisten van revalidatiecentrum X gebruiken het CFCS-NL om het communicatieniveau van kinderen van 2 tot 4 jaar met een CP in kaart te brengen. Binnen de kinderrevalidatie bestaan er naast CP diverse diagnosegroepen. Deze zijn onder te verdelen in aangeboren aandoeningen en verworven letsel. Voorbeelden van aangeboren aandoeningen zijn: spina bifida, developmental coordination disorder en spierziektes (Faber et al., 2014). Verworven letsel kan ontstaan door hersenletsel na een verkeersongeval, een amputatie of een dwarslaesie.

In Canada wordt het CFCS door logopedisten gebruikt in het Pre-school Speech and Language Program. Dit is een programma voor kinderen van 0 tot 5 jaar met spraak-taalachterstanden en communicatieproblemen. Deze kinderen krijgen logopedische behandeling voor verbetering van de communicatievaardigheden en om beginnende geletterdheid te stimuleren (Ontario Ministry of Children and Youth Services, 2013). De logopedisten daar gebruiken het CFCS bij alle kinderen en niet alleen bij kinderen met CP (Cunningham, Rosenbaum, & Hidecker, 2015).

Voor de logopedisten van revalidatiecentrum X is momenteel echter geen bruikbaar classificatiesysteem aanwezig om het communicatieniveau van de kinderen in de TPG zonder CP vast te stellen.

Als daadwerkelijk blijkt dat er geen problemen zijn bij het invullen van het CFCS-NL in dit onderzoek bij vier kinderen met diverse problematiek, kan er met voorzichtigheid van uitgegaan worden dat het classificeren van het communicatieniveau op activiteiten- en participatieniveau met het CFCS-NL bij kinderen zonder CP in andere logopedische settings mogelijk is.

Deze probleemanalyse leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Kan het Communication Function Classification System-NL (CFCS-NL) worden toegepast bij kinderen in de therapeutische peutergroep van revalidatiecentrum X met een leeftijd tussen 2 en 4 jaar zonder cerebrale parese om het communicatieniveau te bepalen en hoe is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het instrument tussen logopedisten en tussen logopedisten en ouders?

De onderzoeksvraag resulteert in een aantal deelvragen die beantwoord worden met kwalitatief onderzoek en kwantitatief onderzoek.

Met het kwantitatieve onderzoek worden de volgende deelvragen beantwoord:

- Ervaren de logopedisten van revalidatiecentrum X problemen bij het classificeren van de kinderen met het CFCS-NL? Zo ja, welke?
- Wat is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen de logopedisten van revalidatiecentrum X?
- Wat is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen de logopedisten en ouders?

Met het kwalitatieve onderzoek worden de volgende deelvragen beantwoord:

- Wat zijn oorzaken van eventuele verschillen in beoordeling tussen logopedisten?
- Is het CFCS-NL bruikbaar bij andere doelgroepen? Zo ja, welke aanpassingen aan het CFCS zouden nuttig blijken?

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen of het CFCS-NL bruikbaar is voor kinderen tussen de 2 en 4 jaar op de therapeutische peutergroep met andere aandoeningen dan een cerebrale parese. Tevens is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend van het CFCS-NL en wordt inzicht verkregen in de factoren die invloed hebben op eventuele verschillen in beoordeling.

Methode

Onderzoeksmethode

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is kwantitatief en kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Kwantitatief onderzoek is gericht op gegevens die in getallen zijn uit te drukken (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker- Van Doorn, & Rosendal, 2015). In dit onderzoek betreft dat de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid.

Kwalitatief onderzoek is gericht op het achterhalen van meningen, motivaties en behoeften (RIGHT, z.j.). Het kwalitatieve deel van het onderzoek bestond uit een focusgroep met logopedisten. Een focusgroep is een werkwijze waarbij een groep belanghebbenden discussieert over een vooraf bepaald onderwerp. Dit discussie wordt geleid door een gespreksleider. Het doel is om een beeld te verkrijgen van meningen of behoeften van de focusgroepleden (ProDemos, z.j.).

Dataverzameling en meetinstrumenten

Er zijn video-opnames gemaakt van vier kinderen. Per kind werden twee opnames gemaakt; één opname met de bekende communicatiepartner en één met de onbekende communicatiepartner. Op de opnames werd een deel van de tijd via spelmateriaal gecommuniceerd en het andere deel zonder spelmateriaal. Vijf logopedisten van de kinderafdeling van revalidatiecentrum X hebben voorafgaand aan de focusgroep individueel de opnames van drie kinderen bekeken en beoordeeld. In de focusgroep zijn vervolgens de opnames van het vierde kind bekeken en individueel beoordeeld door dezelfde vijf logopedisten. Vervolgens was er ruimte voor discussie.

Kwantitatief onderzoek

Aan de hand van deze opnames hebben vijf logopedisten van de kinderafdeling van revalidatiecentrum X een vragenlijst ingevuld (bijlage 3). Hierop werd ingevuld wat het communicatieniveau van het kind was, op welke manieren het kind communiceerde, hoe het kind beoordeeld is, of er twijfel is over de bruikbaarheid het CFCS-NL bij het kind en op welke afdelingen de logopedisten werkzaam zijn. Aan de ouders van de kinderen is ook een vragenlijst (bijlage 4) voorgelegd met de vraag om het communicatieniveau te bepalen en de communicatievormen aan te kruisen die het kind gebruikt.

Cunningham, Rosenbaum, & Cooley Hidecker (2011) stellen dat er twee manieren zijn om een kind te beoordelen met het CFCS; er kan gekeken worden naar het huidige communicatieniveau of er wordt ook rekening gehouden met de leeftijd van het kind. Dit kan voor verschillende scores zorgen. Daarom is de vraag voorgelegd vanuit welk uitgangspunt de logopedisten gescoord hebben. Een aantal logopedisten heeft geen recente werkervaring met kinderen van 2 tot 4 jaar. Om die reden is ook de vraag gesteld waar de logopedist werkzaam is. Zo konden de resultaten van de logopedisten die wel werkzaam zijn op de therapeutische peutergroep vergeleken worden met de logopedisten die daar niet werkzaam zijn. Een van de logopedisten is de behandelend logopedist van de kinderen. Er is besloten om deze logopedist wel mee te nemen in het onderzoek om ook de verschillen tussen beoordeling van een onbekende en bekende professional te kunnen bekijken.

De logopedisten hebben de kinderen beoordeeld aan de hand van een video-opname. Dit was een momentopname. Daarom zijn ook de ouders van de kinderen gevraagd het CFCS-NL in te vullen. Zo kan ook het verschil in beoordeling tussen ouders en professionals bekeken worden.

Wanneer de kinderen starten op de therapeutische peutergroep, wordt er door ouders een formulier getekend of er video-opnames van de kinderen gemaakt mogen worden door de behandelaars voor gebruik binnen revalidatiecentrum X. Er is nagegaan of de ouders hier toestemming voor gegeven hebben. Als ouders nog dit niet hadden gedaan, is een apart toestemmingsformulier ingevuld (bijlage 5). Aan alle ouders is een formulier meegegeven met uitleg over het onderzoek zodat zij op de hoogte waren van het doel en de werkwijze (bijlage 6).

Kwalitatief onderzoek

In de focusgroep werd de video van het vierde kind getoond. Vervolgens vulden alle logopedisten de vragenlijst in. Daarna lichtten de logopedisten hun score toe volgens het model: 'De Arena' (De Beuk, z.j.). Dit hield in dat de groep in subgroepjes opgedeeld werd en elke groep in een vooraf bepaalde volgorde aan bod kwam. Er is gekozen om het Arenamodel te gebruiken omdat een deel van de logopedisten het kind kent en het andere deel van de logopedisten het kind niet kent. Ook zijn er logopedisten die wel met kinderen van 2 tot 4 jaar werken en logopedisten die niet met kinderen van 2-4 jaar werken. In de volgende volgorde werden de toegekende scores toegelicht:

1. Logopedisten zonder ervaring met 2-4 jarigen;
2. Logopedisten met ervaring met 2-4 jarigen die het kind niet kennen;
3. Logopedisten werkzaam op de TPG die het kind kennen.

Dit is belangrijk omdat de logopedisten die het kind wel kennen de logopedisten die het kind niet kennen, zouden kunnen beïnvloeden. De focusgroep is gehouden aan de hand van een interviewprotocol (bijlage 7) voor focusgroepen (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2004).

Onderzoekspopulatie

Kinderen

De kinderen die geclassificeerd werden, voldeden aan een criteria.

Inclusiecriteria:

- Het kind gaat naar de therapeutische peutergroep van revalidatiecentrum X;
- Het kind is tussen de 2 en 4 jaar;
- Het kind heeft logopedische therapie voor spraak- en/of taalproblemen.

Exclusiecriteria:

- Het kind heeft een CP.

De kinderen werden geïnccludeerd of geëxcludeerd op basis van bovenstaande indicaties. Deze gegevens zijn verkregen uit de dossiers van de kinderen.

Er is gekozen voor kinderen met logopedische therapie voor spraak- en/of taalproblemen omdat er bij deze kinderen problemen zijn op het gebied van communicatie. Juist bij deze kinderen was het interessant om de verschillen in beoordeling van het communicatieniveau te onderzoeken.

Logopedisten

De logopedisten die het communicatieniveau van de kinderen met behulp van het CFCS-NL vastgesteld hebben, dienden werkzaam te zijn op de kinderafdeling van revalidatiecentrum X: op de therapeutische peutergroep of op (v)so De Piramide.

Ouders

Er hebben kinderen van meertalige ouders deelgenomen aan dit onderzoek. De ouders van deze kinderen dienden het Nederlands op een redelijk niveau te beheersen om het CFCS-NL in te kunnen vullen.

Procedure en gegevensanalyse

Kwantitatieve data

De kwantitatieve gegevens zijn in tabellen in Microsoft Word 2010 verwerkt en met het programma SPSS (Statistical Package for the Social Science) geanalyseerd. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is met de maat ICC (intraclass correlation coefficient) berekend. Er is hiervoor gekozen omdat met de ICC meerdere beoordelaars meegenomen kunnen worden in de berekening. Met kappa wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid alleen tussen twee beoordelaars berekend. Het doel van dit onderzoek was om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen alle logopedisten en tussen logopedist en ouders te berekenen. ICC is daarvoor de meest geschikte maat. Dit zal betekenen dat de uitkomsten minder goed vergeleken kunnen worden met de uitkomsten van het onderzoek van het CFCS-NL bij Nederlandse kinderen met CP.

Bij de ICC is gebruik gemaakt van het Two-Way Mixed model waarbij er van uitgegaan wordt dat er een vast aantal beoordelaars is die alle kinderen beoordelen. Er is gekozen voor absolute agreement omdat het bij de vijf niveaus van het CFCS-NL belangrijk is dat de logopedisten precies hetzelfde niveau bepalen per kind. Tussen de niveaus is veel verschil.

De ICC waarde wordt op vergelijkbare wijze als de kappa geïnterpreteerd:

< 0,2 slecht, 0,2 -< 0,4 matig, 0,4 -< 0,6 redelijk, 0,6 -< 0,8 goed, 0,8 -< erg goed

Een aantal factoren is van invloed op hoe de logopedisten de kinderen beoordeeld hebben (bijvoorbeeld: ervaring met peuters, beoordelen van het huidige communicatieniveau of rekening houden met de leeftijd van het kind). Het meenemen van deze factoren in de berekening van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met SPSS viel buiten het bereik van dit onderzoek. Deze factoren zijn beschrijvend toegelicht omdat ze een belangrijke rol spelen.

Kwalitatieve data

De kwalitatieve data is verwerkt volgens het stappenplan van Verhoef et al. (2015):

1. Het onderzoeksmateriaal wordt geordend en klaargemaakt voor de analyse;
2. Er wordt een globaal overzicht gemaakt van het onderzoeksmateriaal;
3. Gedetailleerde analyse vindt plaats in de vorm van een eerste ronde van coderen van de tekst;
4. Uitdieping van de gedetailleerde analyse door op zoek te gaan naar nieuwe betekenissen en verbanden die uit het onderzoeksmateriaal naar voren kunnen komen;
5. Zoeken van een passende vorm voor een betekenisvolle weergave van de resultaten;
6. Interpretatie van de analyse als geheel.

Er is een codeboom opgesteld. Aan de hand van de topics uit de codeboomfop zijn de resultaten beschreven.

Ethische aspecten

Het onderzoek is niet WMO-plichtig (Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek, z.j.). Alle verzamelde data is anoniem verwerkt. Door middel van een informed consent formulier (bijlage 8) zijn de deelnemende logopedisten hiervan op de hoogte gesteld. De ouders van de deelnemende kinderen zijn op de hoogte gesteld met een brief over het doel en de werkwijze van het onderzoek. Met een toestemmingsformulier hebben ouders toestemming gegeven voor de video opnames van de kinderen en het bekijken van deze opnames door de logopedisten van revalidatiecentrum X. Ouders en logopedisten gaven door middel van een handtekening toestemming aan de onderzoeker om de gegevens te gebruiken.

Resultaten

Kwantitatieve resultaten

Problemen bij het classificeren?

Op de vraag of de logopedisten het CFCS-NL zonder problemen in konden vullen voor de kinderen uit de onderzoeksgroep hebben de logopedisten in bijna alle gevallen 'ja' geantwoord. Een logopedist heeft bij één kind 'ja' ingevuld met de opmerking dat ze twijfelde of het CFCS-NL bruikbaar is voor dit kind. De andere logopedisten hebben bij alle kinderen 'ja' ingevuld. De logopedist die twijfelt heeft geen opmerkingen toegevoegd over de problemen die ze ervaart bij het classificeren.

Uitgangspunt bij het invullen

De logopedisten hebben beide manieren om het CFCS-NL in te vullen gebruikt. Er werd vaker gekeken naar het huidige communicatieniveau van het kind dan dat er rekening werd gehouden met de leeftijd van het kind (tabel 1). Per kind hebben logopedisten verschillende uitgangspunten gehanteerd. Opvallend was dat dit soms tot verschillende scores leidde en soms tot dezelfde. Andersom leverden hetzelfde uitgangspunt per kind ook verschillende scores op. Een oorzaak van verschil in beoordeling kan dus een ander uitgangspunt zijn.

Tabel 2: Uitgangspunt(UP) bij het invullen van het CFCS-NL en het ingevulde CFCS-niveau door logopedisten

	Logopedist 1		Logopedist 2		Logopedist 3		Logopedist 4		Logopedist 5	
	Up	Score	Up	Score	Up	Score	Up	Score	Up	Score
Kind A	Hcn	2	Hcn	2	Hcn	1	Hcn	1	Hcn	1
Kind B	Hcn	3	Hcn	2	Hcn	1	Hcn	3	Hcn	1
Kind C	Hcn	4	Hcn	3	Hcn	1	Nrl	4	Hcn	2
Kind D	Hcn	4	Nrl	4	Hcn	4	Nrl	4	Hcn	2

Toelichting: (Hcn = huidig communicatie niveau, Nrl = niveau rekeninghoudend met leeftijd)

Communicatievormen

Uit de resultaten van de vragenlijst kwam naar voren dat de logopedisten per kind andere aantallen gebruikte communicatievormen hadden aangekruist (tabel 2). Ouders hebben vaak evenveel of meer communicatievormen ingevuld dan de meeste logopedisten.

Tabel 3: gebruikte communicatievormen per kind ingevuld door logopedisten en ouders.

	Logopedist 1	Logopedist 2	Logopedist 3	Logopedist 4	Logopedist 5	Ouders
Kind A	1,2,3,4,5	1,3,4	1	1	1	1,2,3,4
Kind B	1,3	1,3	1	1	1	1,2,3,5
Kind C	1,2,3	1,2,3	1,2	1,2	1,2	1,2,3,4
Kind D	1,2,3,5	1,2,3,5	1,5	1,2,3,5	1,2	1,2,3

Toelichting: 1= spraak, 2 = geluiden, 3 = lichaamstaal, gedrag, kijken, mimiek, gebaren en of wijzen, 4 = gebaren (ondersteunende gebaren of gebarentaal) 5 = communicatieboek, aanwijskaarten/ bladen en of afbeeldingen 6 = communicatieapparaat, 7 = anders

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Uit de resultaten van het kwantitatieve deel van het onderzoek (tabel 4) blijkt dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid onder logopedisten 0,416 is. Dit betekent dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid redelijk is. Als daarbij ook de scores van ouders meegenomen worden is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hoger, namelijk 0,447. Ook deze score wordt geïnterpreteerd als redelijk.

Tabel 4. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het CFCS-NL en de significantie

	Interbeoordelaars betrouwbaarheid	Significantie (p)
Logopedisten	ICC 0,416	0,002
Logopedisten + ouders	ICC 0,447	0,000

Kwalitatieve resultaten

Het belang van een classificatiesysteem

Door een aantal logopedisten wordt aangegeven dat een classificatiesysteem voor de communicatie zinvol is om te gebruiken tijdens het logopedische behandeltraject. De reden die hiervoor gegeven wordt, is dat doelen voor de logopedische therapie geformuleerd en bijgesteld kunnen worden op basis van het vastgestelde communicatieniveau.

“Ik vind het fijn als je iets hebt waar je het aan op kunt hangen dat je daar ook je doelen aan op kunt hangen. Van nou he we zitten nu op 4. Het doel is dat we uiteindelijk op 3 of 2 of misschien wel op 1 komen. (Logopedist 3)

Logopedist 5 geeft aan dat hij een classificatiesysteem niet erg zinvol vindt. Voor hem zou een beschrijvende observatie van het kind voldoende zijn omdat dit concreter is. Daarbij vraagt hij zich af of het invullen van het CFCS-NL wel universeel kan worden.

“Ik vraag me af of het universeel wordt, want het is jouw interpretatie die misschien niet de mijne zou kunnen zijn. Terwijl als ik bijvoorbeeld als doel heb in dit geval bijvoorbeeld oogcontact of beurtgedrag of iets dergelijks. Dat is een heel concreet doel, maar als jij dat kind van mij overneemt, dan zie je of dat beurtgedrag gelukt is of niet.” (Logopedist 5)

Logopedist 2 vraagt zich af of je zonder het CFCS-NL wel rekening houdt met de communicatie met onbekende communicatiepartners in je doelen. Logopedist 3 beaamt dit en geeft aan dat zij merkt dat de problematiek zo complex is dat je de communicatie met onbekende communicatiepartners vaak achterwege laat in de doelen. Dat is de reden dat ze graag het CFCS-NL zou willen gebruiken.

“Als je het niet gebruikt hè, houd je er dan rekening met de communicatie tegen onbekende communicatiepartners als je je doelen opstelt?” (Logopedist 2)

“Dan ga je heel snel dan zijn er zoveel dingen aan de hand dat je dat snel laat zitten en daarom zou ik het heel fijn vinden.” (Logopedist 3)

Oorzaken van verschillen in beoordeling

De logopedisten benoemen dat het een verschil maakt in beoordeling vanuit welk uitgangspunt je het CFCS-NL invult. Er kan gekeken worden naar het huidige communicatieniveau of er wordt rekening gehouden met de leeftijd van het kind. Alle logopedisten geven aan het CFCS-NL niet altijd op dezelfde manier in te vullen.

Logopedist 2 en 5 hebben beide een andere score ingevuld bij het beoordelen van de opname tijdens de focusgroep. Logopedist 2 gaf het kind een 4 en logopedist 5 gaf het kind een 2. Het bleek dat ze op een andere manier naar het kind gekeken hadden. Dit zorgde voor verschillende scores.

“Want wat jij hebt van hij heeft eigenlijk de communicatie die hij nodig heeft voor zijn niveau. Die heeft die gewoon dus dat is prima. Dat is natuurlijk wel zo, maar als je gaat kijken naar zijn leeftijd, dacht ik weer van dan moet het een 4 zijn, vandaar.” (Logopedist 2)

Een factor die het bepalen van het communicatieniveau complex kan maken, zeker in de kinderrevalidatie, is comorbiditeit. Hoe de logopedisten de comorbiditeit meenemen in de beoordeling heeft invloed op het bepaalde communicatieniveau. Logopedist 5 geeft aan dat hij soms bij een kind wel communicatieproblemen ziet, maar dat dit geen talige problemen zijn.

In deze focusgroep konden ook verschillen in beoordeling ontstaan omdat de behandelend logopedist deelnam. Omdat de focusgroep vormgegeven werd volgens het Arenamodel, kwam de logopedist die het kind van de opname behandelt als laatste aan het woord. De andere logopedisten gaven aan dat de extra informatie over het kind hun beoordeling niet beïnvloedde.

Aanpassingen aan het CFCS-NL

Een voorwaarde die door de logopedisten wordt genoemd om het CFCS-NL effectief te kunnen gebruiken voor de doelgroep kinderen in de kinderrevalidatie is dat het inhoudelijk aangepast moet worden. Het communicatieniveau is volgens de logopedisten in de huidige vorm niet gemakkelijk te bepalen bij alle kinderen. Het is erg gericht op de specifieke problemen voorkomend bij CP. Logopedist 2 geeft aan dat de term vertraagd niet van toepassing is op kinderen zonder CP en dat daar een ander woord voor bedacht moet worden.

Logopedist 4 geeft aan dat ze bij niveau 4 mist dat het kind ook wisselend effectief kan zijn met onbekende communicatiepartners. Nu beschrijft niveau 4 dat het kind een wisselend effectieve zender of ontvanger is met bekende communicatiepartners.

“Ik miste trouwens bij niveau 4 de onbekende, (...) dat het ook bij onbekende wisselend effectief was. Die miste ik. Die heb je dus niet. (Logopedist 4)

Een oorzaak van verschillen in beoordeling was dat er vanuit verschillende uitgangspunten gekeken werd naar het kind. Logopedist 1 vindt het een waardevolle toevoeging om de vraag vanuit welk uitgangspunt er gekeken is op te nemen in het CFCS-NL.

“Ja, daarom denk ik dat het wel belangrijk is ook die toevoeging. (...) Van hoe zie je het. Hoe ben je tot dit niveau gekomen?” (Logopedist 1)

Om meer duidelijkheid te krijgen omtrent de comorbiditeit stelt logopedist 3 voor dat er bij het bepalen van het communicatieniveau een vraag toegevoegd kan worden. Op deze vraag zou ingevuld kunnen worden wat de oorzaak is of oorzaken zijn van de eventuele communicatieproblemen, bijvoorbeeld: articulatie, taalproblemen of visusproblemen.

Betrokkenheid ouders bij het invullen van het CFCS-NL

Een aantal logopedisten waren van mening dat, net zoals is aanbevolen in de richtlijn bij kinderen met CP, de ouders betrokken moeten worden bij het invullen van het CFCS-NL. De reden die hiervoor gegeven werd was dat er vergeleken kan worden wat de logopedist over het communicatieniveau denkt en wat iemand die het kind ook goed kent vindt. Logopedist 2 denkt hier anders over:

“Maar aan de andere kant. Kijken ouders het niet altijd door een roze bril? Dat is natuurlijk weer de andere kant. Die steken soms best wel hun kop in het zand. Die willen het niet zien.” (Logopedist 2)

Door logopedist 4 werd aangegeven dat zij nooit meegemaakt heeft dat ouders een hele andere score wilden toekennen dan de logopedist als ze het CFCS-NL samen invulden. Zij geeft aan dat het vaak redelijk overeenkomt. Logopedist 3 zou het prettig vinden dat ouders en logopedist apart het communicatieniveau bepalen en dat dit in het cliëntdossier wordt opgenomen.



“Maar soms denk ik wel eens ik zou het wel beide in willen vullen. Hoe ik het zie als therapeut en hoe ouders het zien. Dat je niet in overeenstemming hoeft te komen maar dat je beide hebt.”

(Logopedist 3)

Discussie

Proces

Voor dit onderzoek zijn kinderen en logopedisten van de kinderafdeling van revalidatiecentrum X benaderd. De onderzoeker is ook twee dagen per week aanwezig op de therapeutische peutergroepen. Hierdoor kende de onderzoeker de ouders van de kinderen wat er voor zorgde dat de drempel lager was om toestemming te geven voor het onderzoek.

Een ander voordeel was dat de logopedisten makkelijk bereikbaar waren omdat er frequent discipline-overleg plaatsvond. Dit onderzoek draagt bij aan het verbeteren van logopedisch handelen van de logopedisten in de instelling. Daarom was de motivatie van de logopedisten hoog om deel te nemen aan het onderzoek.

Tijdens de opnames die gemaakt werden van de kinderen met de onbekende voor het kind, was de behandelend logopedist aanwezig omdat het niet verantwoord was om het kind alleen met een onbekende en de filmende onderzoeker te laten. Hierdoor waren de kinderen vermoedelijk meer op hun gemak, wat invloed gehad kan hebben op de ingevulde scores.

De opnames van de kinderen waren momentopnames met een bekende en een onbekende communicatiepartner, waardoor de logopedisten geen compleet beeld konden krijgen van de communicatiemogelijkheden van het kind in meerdere situaties en met meerdere personen.

Een sterk punt is dat de vijf logopedisten die de opnames bekeken en gescoord hebben, ook deelnamen aan de focusgroep.

Er werd door de logopedisten aangegeven dat ze minder objectief konden beoordelen omdat ze drie opnames achter elkaar hebben bekeken. Dit zorgde ervoor dat ze de opnames met elkaar gingen vergelijken, wat de beoordeling beïnvloed kan hebben.

Een groter aantal logopedisten en kinderen zou de betrouwbaarheid van dit onderzoek vergroten. In vervolgonderzoek is het wenselijk om meerdere situaties van het kind te observeren waardoor er een zo compleet mogelijk beeld ontstaat.

Resultaten

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen logopedisten die gevonden is in dit onderzoek is redelijk. In vergelijking met de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid uit eerder onderzoek in Nederland en Amerika/Canada (De Kleijn et al., 2010; Cooley Hidecker et al., 2011) komt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid uit dit onderzoek lager uit. Een oorzaak kan zijn dat de berekeningen in die onderzoeken met Cohen's kappa uitgevoerd zijn, er slechts twee beoordelaars meegenomen konden worden in de berekening. In dit onderzoek zijn vijf beoordelaars meegenomen in de berekening met ICC. Deze resultaten moeten met voorzichtigheid vergeleken worden omdat er geen duidelijk bewijs is dat kappa en ICC zonder meer vergeleken kunnen worden.

Tevens een belangrijk aandachtspunt bij het interpreteren van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is dat er vooraf niet afgesproken is hoe het kind beoordeeld zou worden (wel of geen rekening houden met de leeftijd). Dit zorgt ervoor dat de logopedisten niet hetzelfde uitgangspunt hadden en daardoor anders hebben gescoord. De scores kunnen daarom niet zonder meer met elkaar vergeleken worden.

Om de oorzaken van de verschillen in beoordeling te achterhalen en hiermee de resultaten van het onderzoek sterker te maken, is er ook kwalitatief onderzoek gedaan.

Het is opvallend dat de logopedisten per kind andere aantallen gebruikte communicatievormen hebben aangekruist bij dezelfde opnames. Een oorzaak kan zijn dat ze weinig tijd hadden om de opnames te bekijken, waardoor er minder nauwkeurig bijgehouden is welke communicatievormen er voorkwamen.

Omdat het doel van het CFCS-NL is om een beeld van de totale communicatie te krijgen, is het zeer belangrijk dat alle gebruikte communicatievormen meegenomen worden in de beoordeling. Het feit dat sommige beoordelaars niet alle communicatievormen geobserveerd hebben, kan betekenen dat ze deze communicatievormen bewust of onbewust niet hebben meegenomen in de beoordeling. Tevens kunnen er andere interpretaties van de communicatievormen zijn.

Of de logopedisten veel of weinig ervaring met peuters hadden, is niet meegenomen in de analyse omdat de groep van logopedisten te klein was om hier onderscheid in te maken. Andere factoren, zoals het uitgangspunt bij het invullen, hebben te veel invloed op de interbeoordelaars- betrouwbaarheid om te kunnen beoordelen of de beoordelingsverschillen afhangen van de ervaring met peuters. In een vervolgonderzoek op grotere schaal is het belangrijk dat dit wel meegenomen wordt.

Het grootste deel van de logopedisten gaf aan dat ze het als prettig ervaren om het CFCS-NL samen met ouders in te vullen. Dit komt overeen met de richtlijn voor CP (NVR, 2015) waarin aanbevolen wordt om het CFCS-NL met ouders in te vullen.

In verband met de leeftijd van de kinderen werd naast het gesprekje met de bekende en onbekende ook via spelmateriaal gecommuniceerd. Dit zorgde ervoor dat de communicatie bij sommige kinderen een deel van de tijd gericht was op het materiaal en daardoor minder op de communicatiepartner.

Wegens comorbiditeit is het bepalen van het communicatieniveau bij sommige kinderen moeilijk. De logopedisten gaven aan dat er wel communicatieproblemen te zien zijn bij het kind, maar dat dit niet altijd (alleen) een talige oorzaak heeft. Als er veel andere problemen meespelen, is het communicatieniveau minder betrouwbaar.

Door de logopedisten werd aangegeven dat het uitgangspunt bij het beoordelen van het CFCS-NL verschil maakt in beoordeling. Uit de kwantitatieve data blijkt dat er verschillen en overeenkomsten in beoordeling zijn als hetzelfde uitgangspunt gebruikt wordt, maar ook als er een verschillend uitgangspunt gebruikt wordt, zijn er verschillen en overeenkomsten in beoordeling. Uit dit onderzoek is niet gebleken wat oorzaken hiervoor kunnen zijn. Een mogelijke oorzaak is dat het CFCS-NL niet specifiek genoeg is voor kinderen zonder CP. Ook individuele visies kunnen een rol spelen.

Conclusie

Met dit onderzoek is gepoogd de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden:

Kan het Communication Function Classification System-NL (CFCS-NL) toegepast worden bij kinderen van de therapeutische peutergroep van revalidatiecentrum X met een leeftijd tussen 2 en 4 jaar zonder cerebrale parese om het communicatieniveau te bepalen en hoe is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het instrument tussen logopedisten en tussen logopedisten en ouders?

Het is gebleken uit de resultaten dat het CFCS-NL gebruikt kan worden voor de onderzoeksdoelgroep, kinderen in de kinderrevalidatie tussen 2 en 4 jaar, mits er enige aanpassingen aan het CFCS-NL worden gedaan. De meerderheid van de logopedisten vindt het zinvol om het CFCS-NL ook bij kinderen zonder CP te gebruiken omdat er op basis van het communicatieniveau doelen geformuleerd kunnen worden en er rekening wordt gehouden met de communicatie met bekenden én onbekenden.

Gewenste aanpassingen aan het CFCS-NL genoemd door de logopedisten:

- Het begrip 'vertraagd' zou vervangen of weggelaten moeten worden;
- Een extra niveau moet toegevoegd worden: 'wisselend effectief met onbekende communicatiepartners;
- Toevoegen van een extra vraag waar ingevuld kan worden wat de oorzaak is of oorzaken zijn van de eventuele communicatieproblemen.
- Afspraken maken over vanuit welk uitgangspunt het CFCS-NL ingevuld moet worden; op basis van het huidige communicatieniveau of rekening houdend met de leeftijd van het kind.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is momenteel redelijk. Ouders moeten betrokken worden voor een zo compleet mogelijk beeld van het kind. Als de onderstaande aanpassingen toegepast worden, wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vergroot.

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor de stage-instelling

Om het CFCS-NL effectief in te kunnen zetten bij kinderen zonder CP is gebleken dat er enige aanpassingen gedaan moeten worden aan de inhoud, aanvullende vragen toegevoegd moeten worden en afspraken gemaakt moeten worden over de beoordeling.

Gebruik van het CFCS-NL

Maak afspraken met de alle logopedisten van de kinderafdeling (eventueel ook met de logopedisten van de andere locaties) over het uitgangspunt van beoordelen. Wordt er wel of geen rekening gehouden met de leeftijd van het kind. Als er geen keuze in gemaakt wordt, is het ook een optie om in het dossier bij het communicatieniveau te vermelden op welke manier er naar het kind gekeken is. Ondanks dat het verschillen in beoordeling niet voorkomt, zorgt het wel voor duidelijkheid.

Betrek ouders bij het beoordelen voor een compleet beeld van het kind. Ouders kennen hun kind in meer situaties dan de logopedist. Samen kan er besloten worden welk communicatieniveau het beste bij het kind past.

Aanpassingen aan het CFCS-NL

Vervang het begrip ‘vertraagd’ door een passender begrip voor kinderen zonder CP. Verwijder eventueel niveau 2 volledig uit het CFCS-NL bij het gebruik voor kinderen zonder CP.

Voeg het niveau ‘wisselend effectief met onbekende communicatiepartners’ toe. Nu is er alleen de mogelijkheid dat het kind wisselend effectief met onbekende communicatiepartners is of zelden effectief met bekende en onbekende communicatiepartners.

Voeg een vraag toe waar ingevuld kan worden wat de oorzaak is of oorzaken zijn van de eventuele communicatieproblemen. Bijvoorbeeld: articulatieproblemen, taalproblemen of visusproblemen. Dit zorgt voor meer duidelijkheid. Zeker bij kinderen waar comorbiditeit een rol speelt, is een beschrijving van de verschillende problemen een waardevolle aanvulling op het bepalen communicatieniveau.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek bij een grotere onderzoeksgroep is nodig om alle belangrijke factoren die de beoordeling beïnvloeden mee te kunnen nemen in die analyse. Daarbij is het belangrijk dat het kind in meer dan één situatie en met meerdere communicatiepartners bekeken wordt voor een zo compleet mogelijk beeld van het kind. Het is aan te raden om geen spelmateriaal te gebruiken omdat dit de aandacht van de communicatiepartner afhoudt. Daarbij moet wel de kanttekening geplaatst worden of het bij jonge kinderen een goed beeld geeft van de communicatiemogelijkheden als er geen spelmateriaal gebruikt wordt. Om te voorkomen dat de beoordelaars de kinderen met elkaar gaan vergelijken, moeten de kinderen niet kort na elkaar beoordeeld worden. Dit verhoogt de betrouwbaarheid.

Met de aanbevelingen uit dit onderzoek kan een aangepast CFCS-NL voor kinderen zonder CP samengesteld worden. In vervolgonderzoek kan de bruikbaarheid hiervan onderzocht worden.

Literatuur

Becher, J.G., Gorter, J.W., & Vermeulen, R.J. (2009). CP. In M.J. Meihuizen-De Regt, J.M.H. de Moor, & A.H.M. Mulders (Red.), *Kinderrevalidatie* (pp. 255-305). Assen: Van Gorcum

Beukelman, D., & Mirenda, P. (2005). *Augmentative and alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) (z.j.). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Op 1 april 2016 ontleend aan <http://www.ccmo.nl/nl/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>

Cooley Hidecker, M.J., Paneth, N., Rosenbaum, P.L., Kent, R.D., Lillies, J., Eulenberg, J.B. et al. (2011). Developing and validating the Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. *Developmental Medicine And Child Neurology*. 53, 704-710.

Cooley Hidecker, M.J., Paneth, N., Rosenbaum, P.L., Kent, R.D., Lillies, J., Eulenberg, J.B. et al. (z.j.). *Questions (FAQS)*. Op 1 april ontleend aan http://cfcs.us/?page_id=10#impairedsendingreceiving

Cunningham, B.J., Rosenbaum, P., & Hidecker, M.J.C. (2016). Promoting consistent use of the Communication Function Classification System (CFCS). *Disability and Rehabilitation*, 38(2), 195-204. DOI:10.3109/09638288.2015.1027009.

De Beuk (z.j.). *Arena: model voor complexe besluitvorming*. Op 7 april ontleend aan <http://www.beuk.nl/wat-we-doen/procesbegeleiding/arenaconferentie>

Eliasson A.C., Krumlinde-Sundholm, L., Rösblad, B., Beckung, E., Amer, M., Ohrvall, A., & Rosenbaum, P. (2006). The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine And Child Neurology*, 48, 549-54

Faber, R. Mulders, A., & Tol-de Jager, M. van (2014). *Kinderrevalidatie*. Op 31 maart ontleend aan <http://www.revalidatie.nl/userfiles/File/publicaties/factsheet-kinderrevalidatie-2014.pdf>

Hutton, J. L. (2006). Cerebral Palsy life expectancy. *Clinics in Perinatology*, 33(2), 545-556.

Jones, M.W., Morgan, E., Shelton J.E., & Thorogood, C. (2007). Cerebral palsy: introduction and diagnosis (part I). *Journal of Pediatrics and Health Care*. 21(3), 146-52.

Kleijn, M.A.M.C. de, Geytenbeek, J.J.M., & Gorter, J.W. (2012). Communicatie Functie Classificatie Systeem (CFCS) voor kinderen, jongeren en volwassenen met een CP. Op 15 maart ontleend aan http://cfcs.us/wp-content/uploads/2014/01/Dutch_CFCS_2012_06_04.pdf

Kleijn, M.A.M.C. de, Geytenbeek, J.J.M., Gorter, W. Vermeulen, J., & Cooley Hidecker, M.J. (2010). *Validity and reliability of the Dutch language version of the Communication Function Classification System (CFCS-NL)*.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2004). *Handleiding Focusgroepen*. Op 28 maart ontleend aan <http://www.communicerenmetarmen.be/sites/default/files/HandleidingFocusgroepenCBO200409.pdf>

Meulenberg-Brouwer A., van der Pol-Top, H., & Kuiper, C. (2008). *Dialoog - een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Boom Lemma.

Mulders, A.H.M., Meihuizen-de Regt, M.J. & De Moor, J.M.H. (2003). *Kinderrevalidatie: een plaatsbepaling*. In M.J. Meihuizen-De Regt, J.M.H. de Moor, & A.H.M. Mulders (Red.), *Kinderrevalidatie* (pp. 1-48). Assen: Van Gorcum

Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. (2015). *Richtlijn spastische CP bij kinderen*. Op 15 maart 2016 ontleend aan [http://www.nvk.nl/Portals/0/richtlijnen/spastische%20cerebrale %20parese/231214%20Richtlijn%20Cerebrale%20Parese.pdf](http://www.nvk.nl/Portals/0/richtlijnen/spastische%20cerebrale%20parese/231214%20Richtlijn%20Cerebrale%20Parese.pdf)

Ontario Ministry of Children and Youth Services (2013). *Results-Based Plan Briefing Book*. Op 1 april 2016 ontleend aan http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/about/Results_2013-2014.pdf

Pennington, L. (2008). Cerebral palsy and communication. *Paediatrics and child health*. 18 (9), 405-409.

ProDemos (z.j.) *Focusgroep*. Op 28 mei 2016 ontleend aan <http://www.participatiewijzer.nl/De-Participatiewijzer/Databank-methoden/FOCUSGROEP>

RIGHT (z.j.) *Kwalitatief onderzoek*. Op 2 juni 2016 ontleend aan <http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/kwalitatief-onderzoek>

RIVM (2002). *WHO Family of International Classifications (FIC)*. Op 22 maart 2016 ontleend aan <http://www.rivm.nl/who-fic/in/BrochureICF.pdf>

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C., & Rosendaal, H. (2015). *Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.

Wichers, M.J., Odding, E., Stam, H.J., Nieuwenhuizen, O. van (2015). *Clinical presentation, associated disorders and aetiological moments in cerebral palsy: a Dutch population-based study*. Op 19 maart 2016 ontleend aan <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09638280400018445>

Zwart, K. (2013). Classificatie van de dagelijkse communicatie van kinderen met CP: in vergelijking met taalbegrip en manier van communiceren. *Stem-, spraak- en taalpathologie*, 18 (2). i-vi.

Bijlage 1

Indicatie en exclusiecriteria TPG

De volgende criteria zijn leidend of kinderen een indicatie krijgen voor revalidatiebehandeling op de TPG:

1. de stoornis in de ontwikkeling van de (senso)motoriek staat op de voorgrond en beperkt het kind nu of in de toekomst (mede) in één of meerdere ontwikkelingsdomeinen;
2. er is sprake van een vaardigheidsprobleem op meer dan één ontwikkelingsdomein. Met andere woorden: er is sprake van meervoudige en complexe revalidatieproblematiek en behandeling door meer dan één discipline is noodzakelijk;
3. het kind is leerbaar/trainbaar. Er is verbetering in het functioneren van het kind te verwachten mede door de revalidatiebehandeling, in plaats van verbetering in het functioneren door de spontane ontwikkeling van het kind alleen; er is sprake van één of meerdere hulpvragen van ouders en/of kind;
4. Het kind is niet ouder dan 4 jaar;
5. Het kind heeft een aangepaste leer-/behandelomgeving nodig;
6. De inschatting is dat de behandeling op de TPG zal leiden tot gerichte versnelling van de ontwikkeling van het kind.

Exclusiecriteria voor behandeling op de TPG:

1. Dergelijke ernstige gedragsstoornissen bij het kind, die het groepsproces verstoren en de behandeling van het kind zelf of die van de andere kinderen in de groep belemmeren;
2. Het kind heeft zich nog onvoldoende kunnen hechten aan de ouder(s).

Bijlage 2

CFCS-NL



Communicatie Functie Classificatie Systeem (CFCS)

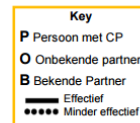
I. Effectieve zender en ontvanger met zowel bekende als onbekende communicatiepartners. De persoon wisselt zelfstandig de rol van zender en ontvanger met de meeste mensen in de meeste situaties. De communicatie verloopt probleemloos met zowel bekende als onbekende communicatiepartners op een comfortabele conversatiesnelheid. Misverstanden in de communicatie worden snel opgelost en verstoren niet de algehele effectieve communicatie van de persoon.

II. Effectieve maar vertraagde zender en/of ontvanger met bekende en onbekende communicatiepartners. De persoon wisselt zelfstandig de rol van zender en ontvanger met de meeste mensen in de meeste situaties, maar de conversatiesnelheid is vertraagd en kan de interactie bemoeilijken. De persoon heeft mogelijk meer tijd nodig om ontvangen boodschappen te begrijpen, een boodschap te formuleren en/of misverstanden op te lossen. De misverstanden in de communicatie worden vaak opgelost en verstoren niet de algehele effectieve communicatie van de persoon met bekenden en onbekenden.

III. Effectieve zender en ontvanger met bekende communicatiepartners. De persoon wisselt in de meeste situaties de rol van zender en ontvanger met bekende personen (maar niet met onbekenden). Communicatie is niet altijd succesvol met onbekenden, maar meestal wel met bekende communicatiepartners.

IV. Wisselend effectieve zender en/of ontvanger met bekende communicatiepartners. De persoon wisselt niet consequent de rol van zender en ontvanger. Deze inconsequentie kan zich uiten in: a) af en toe een effectieve zender en ontvanger zijn b) een effectieve zender maar beperkte ontvanger zijn c) een beperkte zender maar effectieve ontvanger zijn. Communicatie is soms succesvol met bekende communicatiepartners

V. Zelden effectieve zender and ontvanger zelfs met bekende communicatiepartners. De persoon is beperkt zowel als zender als ontvanger. De communicatie van de persoon is voor de meeste mensen moeilijk te begrijpen. De persoon is beperkt in het begrijpen van boodschappen. Communicatie is zelden effectief, zelfs met bekende communicatiepartners.



Het verschil tussen niveau I en II is de conversatiesnelheid. Op niveau I communiceert de persoon op een comfortabele snelheid met nauwelijks tot geen vertraging in het begrijpen of formuleren van een boodschap en in het oplossen van misverstanden. Op niveau II heeft hij/zij hiervoor, in sommige gevallen, extra tijd nodig.



De verschillen tussen niveau II en III zijn de conversatiesnelheid en het soort communicatiepartners. Op niveau II communiceert de persoon effectief met zowel bekende als onbekende communicatiepartners en alleen de conversatiesnelheid is opvallend. Op niveau III communiceert de persoon effectief met bekende communicatiepartners maar niet met onbekenden.



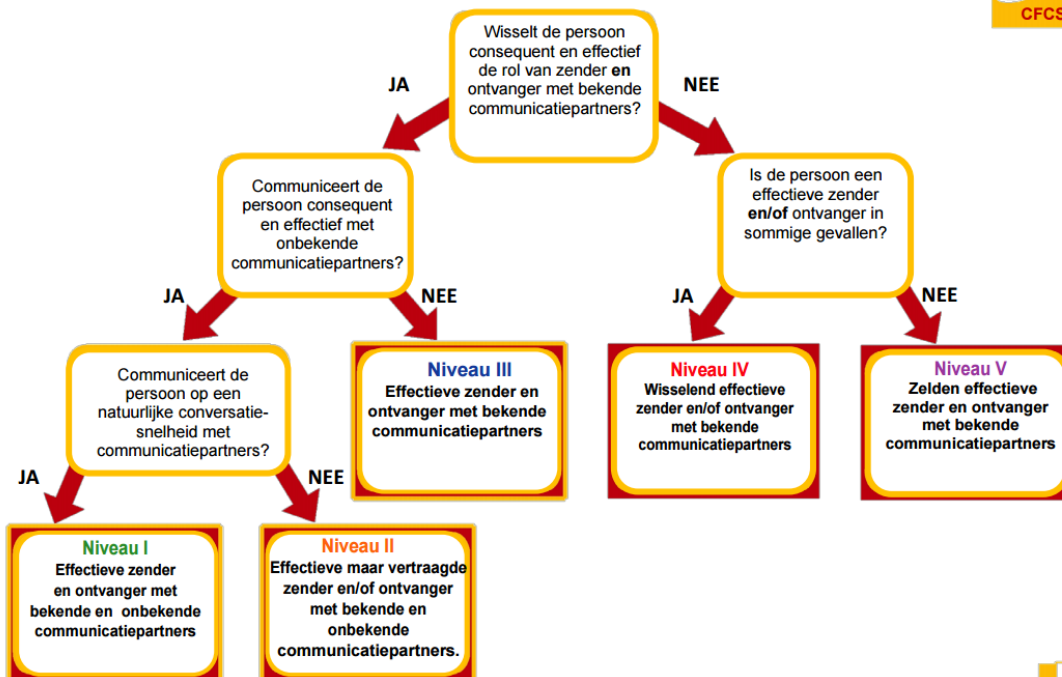
Het verschil tussen niveau III en IV is in hoeverre de persoon altijd effectief de rol van zender en ontvanger wisselt met bekende communicatiepartners. Op niveau III is de persoon gewoonlijk in staat te communiceren met bekende personen, als zowel zender en ontvanger. Op niveau IV is dit niet consequent mogelijk waarbij het probleem kan ontstaan in het zenden en/of ontvangen van de boodschap.



Het verschil tussen niveau IV en V is de ernst van het communicatieprobleem met bekende communicatiepartners. Op niveau IV is de persoon in sommige gevallen succesvol als zender en/of ontvanger in de communicatie met bekende personen. Op niveau V is de persoon zelden in staat om effectief te communiceren zelfs met bekende communicatiepartners.



CFCS niveau beslisboom



Aangepast van "Communicatie Functie Classificatie Systeem (CFCS) voor kinderen, jongeren en volwassenen met een cerebrale parese" door De Kleijn, Geytenbeek, & Gorter, (2012)

Bijlage 3

Vragenlijst voor logopedisten

Kind (initialen):

Logopedist.....

Vraag 1

Waar bent u werkzaam? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Op (v)so de Piramide in dienst van revalidatiecentrum X
- ☐ Op de therapeutische peutergroepen in revalidatiecentrum X
- ☐ In revalidatiecentrum X, niet op de therapeutische peutergroepen, maar wel met kinderen in de leeftijd van 2-4 jaar.
- ☐ In revalidatiecentrum X, maar ik werk alleen met kinderen vanaf 4 jaar.

Vraag 2

Kent u het kind? Zo ja, hoe lang?

- ☐ 1 tot 6 maanden
- ☐ 7 tot 12 maanden
- ☐ meer dan 1 jaar
- ☐ Ik ken het kind niet

Vraag 3

Wat is het communicatieniveau van het kind? (vastgesteld met het CFCS-NL, m.b.v. de beslisboom)

Omcirkel welk niveau van toepassing is

Niveau I	Effectieve zender en ontvanger met zowel bekende als onbekende communicatiepartners.
Niveau II	Effectieve maar vertraagde zender en/of ontvanger met bekende en onbekende communicatiepartners.
Niveau III	Effectieve zender en ontvanger met bekende communicatiepartners.
Niveau IV	Wisselend effectieve zender en/of ontvanger met bekende communicatiepartners.
Niveau V	Zelden effectieve zender en ontvanger zelfs met bekende communicatiepartners

Vraag 4

Het kind maakt gebruik van de volgende communicatievormen (kruis alle mogelijkheden aan die van toepassing zijn):

- ☐ Spraak
- ☐ Geluiden (bijvoorbeeld “aaaaah” om iemand zijn aandacht te trekken)
- ☐ Lichaamstaal, gedrag, kijken, mimiek, gebaren en/of wijzen
- ☐ Gebaren (ondersteunde gebaren of gebarentaal)
- ☐ Communicatieboek, aanwijskaarten/bladen en/of afbeeldingen (foto's, pictogrammen)
- ☐ Communicatieapparaat (met spraakuitvoer)
- ☐ Anders, nl.

Vraag 5

Hoe heeft u het CFCS-NL ingevuld?

- ☐ Ik heb gekeken naar het huidige communicatieniveau van het kind
- ☐ Ik heb rekening gehouden met de leeftijd van het kind

Vraag 6

Was het mogelijk om het CFCS in te vullen voor dit kind?

- ☐ ja
- ☐ nee

Indien het antwoord op vraag 6 nee is, ga naar vraag 7.

Vraag 7

Wat zijn de oorzaken dat het invullen van het CFCS niet mogelijk was?

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Opmerkingen:

Bijlage 4

Vragenlijst voor ouders

Kind (initialen).....

Vraag 1

Wat is het communicatieniveau van het kind? (vastgesteld met de beslisboom van het CFCS-NL)

Omcirkel welk niveau van toepassing is

Niveau I	Effectieve zender en ontvanger met zowel bekende als onbekende communicatiepartners.
Niveau II	Effectieve maar vertraagde zender en/of ontvanger met bekende en onbekende communicatiepartners.
Niveau III	Effectieve zender en ontvanger met bekende communicatiepartners.
Niveau IV	Wisselend effectieve zender en/of ontvanger met bekende communicatiepartners.
Niveau V	Zelden effectieve zender en ontvanger zelfs met bekende communicatiepartners

Vraag 2

Het kind maakt gebruik van de volgende communicatievormen (kruis alle mogelijkheden aan die van toepassing zijn):

- ☐ Spraak
- ☐ Geluiden (bijvoorbeeld “aaaaah” om iemand zijn aandacht te trekken)
- ☐ Lichaamstaal, gedrag, kijken, mimiek, gebaren en/of wijzen
- ☐ Gebaren (ondersteunde gebaren of gebarentaal)
- ☐ Communicatieboek, aanwijskaarten/bladen en/of afbeeldingen (foto’s, pictogrammen)
- ☐ Communicatieapparaat (met spraakuitvoer)
- ☐ Anders, namelijk.....

Opmerkingen:

Bijlage 5

Toestemmingsformulier video-opnames kind

Toestemmingsformulier

- Ik geef toestemming voor het maken van een video-opname van
- De opname zal uitsluitend voor onderzoeksdoeleinden gebruikt worden.
- De opname zal uitsluitend bekeken worden door logopedisten van revalidatiecentrum X. Persoonlijke gegevens worden anoniem verwerkt
- Ik ben op de hoogte gebracht van het doel en de werkwijze van het onderzoek.

Naam student:

Handtekening student:

Naam ouder:

Handtekening ouder:

Datum:

Bijlage 6

Uitleg onderzoek voor ouders

Informatie over het onderzoek

Het onderzoek wordt uitgevoerd als afstudeeronderzoek voor de opleiding logopedie.

Doel

Met het onderzoek willen we bereiken dat de logopedisten van revalidatiecentrum X allemaal op dezelfde manier het communicatieniveau van een kind bepalen.

Werkwijze

Om dit doel te bereiken, worden er opnames gemaakt van verschillende kinderen en deze worden door de logopedisten beoordeeld met het Communication Function Classification System. Ook ouders wordt gevraagd het communicatieniveau te beoordelen met behulp van het CFCS-NL (hierover volgt later meer uitleg).

Als u nog vragen heeft, ben ik bereikbaar per mail:

xxx

Marit Kuiper

Bijlage 7

Interviewprotocol

Inleiding

Voor het onderzoek naar de verschillen in beoordeling met het CFCS-NL bij kinderen zonder CP wordt een focusgroep georganiseerd. Dit interviewprotocol is opgesteld om te zorgen dat de interviewer goed is voorbereid en alle vooraafgestelde vragen stelt. Vanzelfsprekend is er in het gesprek wel ruimte om door te vragen door de interviewer. De belangrijke hoofdlijnen zijn beschreven in dit interviewprotocol.

Interviewprotocol

Vorbereiding

- Er is een rustige ruimte beschikbaar waar men niet gestoord kan worden.
- Er is goed werkende opnameapparatuur beschikbaar met extra batterijen/accu.
- De informed consent formulieren liggen klaar.
- Het interviewprotocol ligt klaar.

Welkom

- Iedereen welkom heten
- Hoe ziet de bijeenkomst eruit? Wat kunt u verwachten?
- Informed consent laten tekenen

Opname apparatuur aanzetten

Introductie van het onderwerp

- Onderzoek CFCS bij kinderen zonder CP
- Onderzoek voor het afstuderen
- De regels van een focusgroep
 - o Rol van de gespreksleider. Het is goed als u zoveel mogelijk onderling discussieert. De discussieleider is er alleen om het tempo erin te houden en af en toe te sturen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat erom wat u vindt en waarom u dat vindt.
 - o Leg uit dat het gaat om een onderzoek, verzoek de groepsleden niet door elkaar te praten, Leg uit dat deelnemers het niet met elkaar eens hoeven te worden, vraag deelnemers respect te tonen voor elkaars mening.
 - o Iedereen is vrij om te zeggen wat hij/zij wil.
 - o Arena model uitleggen. Eerst komen de logopedisten aan bod die helemaal niet met kinderen van 2-4 jaar werken. Dan komen de logopedisten aan bod die wel met kinderen van 2-4 jaar werken, maar niet op de TPG. Als laatste komen de logopedisten aan bod die wel op de TPG werken (als het van toepassing is, eerst de logopedist die het kind niet kent en dan de logopedist die het kind wel kent).

Casus

Twee filmpjes laten zien van het kind.

- Leeftijd vertellen v.h. kind
- Eerst filmpje met bekende van het kind laten zien, logos aantekeningen laten maken
- Dan met onbekende

Logopedisten beoordelen het niveau van het kind met het CFCS

Logopedisten lichten hun keuze toe volgens het Arenamodel

Discussie over de verschillen

- Vragen
 - Waar denken jullie dat de verschillen door komen?
 - Hebben jullie rekening gehouden met de leeftijd van het kind bij het beoordelen?

Slot

Zijn er nog zaken die u wilt vertellen die nog niet aan bod gekomen zijn?

Afsluiting

Bedankt voor jullie medewerking

Presentje

Bijlage 8

Informed consent

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: Classificatie van communicatie in de kinderrevalidatie

Verantwoordelijke onderzoeker: Marit Kuiper

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat video- en audiomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: Datum:

Handtekening onderzoeker: