

SPREKEN WE DEZELFDE TAAL?

EVIDENCE-BASED LOGOPEDIE EN DE COMMUNICATIE TUSSEN ONDERZOEK, ONDERWIJS EN PRAKTIJK

OPENBARE LES 31 MAART 2011

DR. ELLEN GERRITS

fgkctz_aol_0311_dv

LECTORAAT /
LOGOPEDIE

HOGESCHOOL
UTRECHT

ISBN (EAN) 978-90-8928-041-1

© maart 2011, Hogeschool Utrecht
Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening
Niets uit deze opgave mag worden verveelvoudigd
en/of openbaar gemaakt door middel van druk,
fotokopie of op welke wijze dan ook zonder
toestemming van de auteursrechthebbenden.

SPREKEN WE DEZELFDE TAAL?

“BIJNA AL MIJN KINDEREN HEBBEN TAAL- OF SPRAAK-PROBLEMEN. WAT DOE IK FOUT?”

www.ouders.nl

/ TEN GELEIDE

Deze openbare les is uitgesproken door dr. Ellen Gerrits ter gelegenheid van haar installatie als lector Logopedie aan Hogeschool Utrecht. Dit lectoraat is ontstaan vanuit een samenwerking tussen de Faculteit Gezondheidszorg van Hogeschool Utrecht, de opleiding Logopediewetenschap van de Universiteit Utrecht en de Koninklijke Auris Groep, een instelling voor begeleiding, zorg en onderwijs voor kinderen met een communicatieve en/of auditieve beperking.

Het lectoraat Logopedie heeft als missie om de transparantie van de logopedische zorg te vergroten en kennis te ontwikkelen en te verspreiden over de effectiviteit van logopedische interventie. Hierbij ligt de focus op preventie en care bij kindertaalstoornissen. Het lectoraat wil dit bereiken met praktijkgericht, toegepast onderzoek.
Het lectoraat is uniek in Nederland omdat het zich specifiek richt op het vakgebied Logopedie. Het heeft daarom ook als missie om in brede zin bij te dragen aan de onderbouwing en profilering van het beroep logopedie, en aan de professionalisering en academisering van de logopedist.

TEN GELEIDE 3

1. INLEIDING 9
2. DE ONDERZOEKSLIJNEN VAN HET LECTORAAT LOGOPEDIE 13
   - 2.1 Onderzoekslijn 1: interventie bij kinderen met een specifieke taalontwikkelingsstoornis 13
   - 2.2 Onderzoekslijn 2: interventie bij kinderen met een gehoorverlies 19
   - 2.3 De onderzoekslijnen in HU-perspectief 24
   - 2.4 Partners in onderzoek 24
3. EVIDENCE-BASED LOGOPEDIE 27
   - 3.1 Effectonderzoek 28
   - 3.2 Het belang voor het beroepenveld 29
4. DE VERBINDING VAN HET LECTORAAT LOGOPEDIE MET HET ONDERWIJS 33
   - 4.1 Academische vaardigheden voor docenten 33
   - 4.2 Academische vaardigheden voor studenten 34
   - 4.3 Kwaliteit van onderzoek 35
   - 4.4 De verbinding tussen het lectoraat en Logopediewetenschap 36

5. DE VERBINDING VAN HET LECTORAAT LOGOPEDIE MET DE BEROEPSPRAKTIJK 39

5.1 Het werk en de rollen van de logopedist 39
5.2 De beroepsgroep 41
5.3 Het ophalen van kennis uit de praktijk 42
5.4 Het brengen van kennis naar de praktijk 44
5.5 Samenwerking bij onderzoeks- en subsidieaanvragen 45

6. RESULTAATGEBIEDEN VAN HET LECTORAAT 49

TOT BESLUIT 51

Curriculum vitae 53
Publicaties 54
Lezingen 56
Bronnen 58
Kenniskring 61
Colofon 62

“LANGUAGE SHAPES THE WAY WE THINK, AND DETERMINES WHAT WE CAN THINK ABOUT.”

Benjamin Lee Whorf

1 / INLEIDING

“Kon ik maar praten”
De missie van het lectoraat Logopedie is het stimuleren van de evidence-based logopedie en kenniscirculatie tussen onderzoek, onderwijs en praktijk. Het onderzoekprogramma richt zich op interventie bij kindertaalstoornissen, meer specifiek op interventie bij kinderen met een communicatieve en auditieve beperking. Dit zijn kinderen die moeite hebben met horen, spreken, lezen, schrijven of begrijpen. Kinderen zoals Bennie.

Bennie
Bennie is bekend met ernstige spraak/taalproblemen vanaf zijn vroege jeugd. Al voor hij naar school ging, kreeg hij logopedie. Op het moment dat hij met vier jaar naar de basisschool ging en hij met meer verschillende kinderen in aanraking kwam, veranderde zijn gedrag. Hij hing vaak de clown uit door zich op allerlei momenten te laten vallen en omgekeerd op zijn stoel te zitten. Daarmee had hij veel succes bij de andere kinderen, maar al snel niet meer bij de leerkracht. Het bleek dat Bennie, naast zijn spraakproblemen, ook veel moeite had met het begrijpen van gesproken taal en het produceren van goede zinnen. Hij sprak in heel korte zinnetjes. Een klasgenootje zei dan ook dat Bennie ‘net als een baby’ sprak. Bennie is een mooi en aantrekkelijk kind. Al gauw werd Bennie een soort mascotte in de groep. De jongens maakte hij aan het lachen, en de meisjes moederden over hem. Door een grote inzet van ouders, school en de logopedist is Bennie nu goed te verstaan en hij kan spreken in lange, complexe zinnen. Hij heeft nog veel moeite met woordvinding en verhaal-opbouw, waardoor spreken voor hem nog steeds een zware klus is en het een extra inspanning kost van de omgeving om hem goed te begrijpen. Op de kleuterschool bleef Bennie onver-minderd populair, bij de meisjes omdat hij zo lief was en bij de jongens omdat hij veel durfde en erg lenig was. In groep 3

stagneerde de leesontwikkeling en kreeg hij ook moeite met rekenen. Zijn populariteit leek wat te tanen. De leerkracht in groep 4 had dat goed in de gaten en zij zette sterk in op het verbeteren van zijn positie in de groep. Nu in groep 5 ligt hij eruit bij zijn klasgenoten. Bij gym mist hij het sociale inzicht en de verbale mogelijkheden om snel te kunnen onderhandelen of te overleggen. In de groep kan hij niet meer mee met lezen, rekenen en de zaakvakken. Voor alle vakken heeft hij nu een eigen programma. Hij slokt veel tijd en aandacht van de leerkracht op. Kinderen slaken geregeld een zucht of reageren geïrriteerd als hij de les ophoudt. Hij heeft geen contact meer met de jongens uit zijn groep en 'hangt' meestal wat bij de meisjes die hem meer tolereren dan dat ze echt met hem spelen. Op het plein loopt hij meestal alleen.

Uit: Auris (2009). ESM: Een onzichtbare handicap

“HET BEWIJS IN DE PRAKTIJK EN DE PRAKTIJK ALS BEWIJS.”

2 / DE ONDERZOEKSLIJNEN VAN HET LECTORAAT LOGOPEDIE

De problematiek van Bennie beslaat een breed veld aan logopedische aandachtsgebieden die terugkomen in het onderzoeksprogramma van het lectoraat Logopedie.

Het onderzoeksprogramma heeft als focus kindertaalstoornissen. Daarbij kent het lectoraat twee onderzoekslijnen:

- interventie bij kinderen met een specifieke taalontwikkelingsstoornis
- interventie bij kinderen met een gehoorverlies

Ik licht deze onderzoekslijnen hieronder toe.

2.1 / Onderzoekslijn 1: interventie bij kinderen met een specifieke taalontwikkelingsstoornis

Kinderen met primaire of specifieke taalontwikkelingsproblemen zijn kinderen die laat beginnen met praten. Daarna blijven ze traag in hun taalontwikkeling terwijl er verder niets met ze aan de hand is. Het gehoor en de intelligentie van deze kinderen zijn goed.

Kinderen met taalproblemen vormen een grote cliëntengroep binnen de logopedie. 61% van de logopedisten werkt met kinderen, en 98% van die kinderen heeft problemen op het gebied van taal (Priester e.a. 2009). Als we naar alle kinderen kijken, dan zien we dat een taalachterstand voorkomt bij 10% van de kinderen. Daarmee is het een van de meest voorkomende ‘kinderziektes’ in Nederland (Reep-van den Bergh e.a., 1995). Bij een kleiner percentage, circa 7%, is er sprake van een ernstige, hardnekkige taalontwikkelingsstoornis (Tomblin e.a., 1997).

Meer onderzoek nodig

Een taalstoornis is een neurologische ontwikkelingsstoornis die tien keer vaker voorkomt dan autisme, en ongeveer even vaak als dyslexie. Toch zijn de laatste twee ontwikkelingsstoornissen vaak

Figuur 1



bekender dan de taalontwikkelingsstoornis (Bishop, 2010). Bishop ontdekte ook dat er veel meer onderzoeksgeld wordt uitgegeven aan autisme en dyslexie, waar dan ook veel meer over wordt gepubliceerd. En dat terwijl het aantal kinderen met taalstoornissen minstens even groot is. Als oorzaak van het geringe onderzoeksgeld noemt Bishop ook de discipline: logopedisten zijn als therapeut nauw betrokken bij kinderen met taalproblemen, maar ze zijn niet opgeleid tot onderzoekers. Ook hebben logopedisten nauwelijks toegang tot onderzoeksbronnen, in tegenstelling tot de psychologen en psychiaters die zich bezighouden met dyslexie en autisme. Met het lectoraat Logopedie zal ik de ervaringen van logopedisten betrekken bij het onderzoek.

Gevolgen van taalontwikkelingsstoornissen

Een taalontwikkelingsstoornis belemmert de communicatie tussen kind, ouders en omgeving. Miscommunicatie kan negatieve gevolgen hebben voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind en zelfs leiden tot ernstige gedragsproblemen. Kinderen met een taalontwikkelingsstoornis hebben een verhoogd risico op lees- en spellingsproblemen en op een leerachterstand. De comorbiditeit met andere ontwikkelingsstoornissen, zoals dyslexie, ADHD en stoornissen uit het autismespectrum, is hoog.

Vroeg signaleren

Auris is de professionele partner van mensen die ondersteuning nodig hebben bij horen, spreken of taal. In zijn voorlichting noemt Auris een taalstoornis ‘de onzichtbare handicap’ (2009). Taalstoornissen worden vaak laat gesignaleerd, omdat er verder niets met de kinderen aan de hand lijkt te zijn. Als ouders zich zorgen maken, leidt dat niet altijd tot doorverwijzing. De arts geeft het advies nog even af te wachten. Of er wordt gezegd dat het kind ‘lui’ is omdat ouders of broertjes en zusjes voor het kind praten (Auris, 2009).

Het is echter van groot belang dat de taalproblemen vroeg herkend worden. Vroege signalering, rond twee jaar, en vroege interventie, voor het vierde jaar, heeft namelijk een positief effect op de taalvaardigheid en de schoolloopbaan van kinderen met een taalstoornis (De Koning e.a. 2004). Voor kinderen met een hardnekkige taalstoornis is er een speciale basisonderwijsvorm. Zij kunnen onderwijs volgen op een cluster 2 ESM-school, een school voor kinderen met Ernstige Spraak-taalmoeilijkheden (ESM). Daarnaast is het mogelijk om in het reguliere onderwijs extra ondersteuning (ambulante begeleiding) te krijgen via het ‘rugzakje’. Uit onderzoek naar de ontwikkeling van kinderen met een zeer ernstige taalontwikkelingsstoornis in hun latere leven blijkt dat de meerderheid van hen ook op volwassen leeftijd nog taalzwak is. Dit heeft negatieve psychosociale gevolgen. Deze volwassenen zijn minder succesvol in het onderhouden van liefdes- en vriendschapsrelaties, het vinden en houden van een baan is lastiger en zij hebben meer psychische problemen dan andere volwassenen (Clegg e.a. 1999).

Het effect van interventie

Uit deze korte schets blijkt dat een taalontwikkelingsstoornis vergaande gevolgen heeft voor het kind en zijn directe omgeving. Het doel van vroege signalering van een taalstoornis en daaropvolgende vroege interventie is om deze negatieve gevolgen te beperken. Hierbij zijn veel logopedisten betrokken. Uit effectstudies blijkt dat een jaar taaltherapie door de Logopedist bij circa 35% van de kinderen leidt tot een significante verbetering van het taalniveau (Law, Garret & Nye, 2004; Leemrijse e.a., 2004). Deze uitkomst is moeilijk te interpreteren. Studenten Logopedie schrikken vaak van dit percentage omdat ze het laag vinden. Kunnen ze wel voldoende betekenen voor deze kinderen? Het is echter maar de vraag wat de maximale effectiviteit is. Bij autisme of ADHD verwachten we immers ook geen 100% succes van gedragstherapie. Daarnaast zijn er tal van methodologische aspecten die die 35% vertroebelen. Dit is namelijk het gemiddelde percentage dat is gemeten over tal van studies met uiteenlopende therapieën en een zeer heterogene groep kinderen. De effectiviteit van taal-

therapie is bijvoorbeeld groter bij kinderen die alleen een stoornis hebben in de expressieve taal dan bij kinderen met een stoornis in taalproductie én taalbegrip. Spraakproductieproblemen, zoals verwisseling van klanken of onduidelijk spreken, hebben een betere prognose dan zinsbouwproblemen en moeite met grammatica. Deze verschillen per taaldomein zijn nog onvoldoende verklaard en in kaart gebracht. Daarnaast is nauwelijks iets bekend over het effect van frequentie en duur van de therapie, in relatie tot de stoornis en de leeftijd van het kind.

Richtlijnontwikkeling
Vergeleken met het aantal publicaties over de symptomen en oorzaken van taalontwikkelingsstoornissen, zijn er maar weinig effectstudies. Er zijn helaas ook nauwelijks practice-based handvaten, die de logopedist kan gebruiken. Er zijn geen Nederlandse protocollen of richtlijnen voor interventie bij kindertaalstoornissen. Er is wel veel behoefte aan evidence-based en practice-based kennis. De beroepsvereniging, de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, ontvangt met regelmaat inhoudelijke vragen over diagnostiek en behandeling. Logopedisten willen bijvoorbeeld weten welk taalscreeningsinstrument ze het beste kunnen toepassen. De Beer beschrijft het advies van de Commissie Richtlijnen van de beroepsvereniging over te ontwikkelen monodisciplinaire richtlijnen (Meulenberg-Brouwer 2008). Het advies is gebaseerd op drie criteria:
- omvang van de logopedische zorg
- beschikbaarheid van evidentie
- behoeften in het veld

Er zijn vier onderwerpen die hoog scoren op de bovengenoemde criteria, namelijk:
1. taalontwikkelingsstoornissen/taalachterstand
2. organische stemstoornissen
3. auditieve functietraining ten behoeve van leesvaardigheid
4. logopedische behandeling van afasie en dysfagie bij mensen met een CVA

Uit dit advies van de Commissie Richtlijnen blijkt dat er vanuit het beroepenveld vraag is naar kennisbundeling en -verspreiding over taalontwikkelingsstoornissen. Ik wil hier met het lectoraat aan bijdragen via praktijkgericht en toegepast onderzoek, samen met logopedisten. Vanuit de practice-based kennis van logopedisten werken we aan meer evidence-based kennis. Evidentie die ook toepasbaar moet zijn in de praktijk. In deze onderzoekslijn verzamelen we antwoorden op vragen over logopedische interventie bij kinderen met een taalstoornis. Bijvoorbeeld: hoe wordt het effect van interventie nu in kaart gebracht? Welke uitkomstmaten zijn bruikbaar? Welke factoren spelen een rol? Wat betekent logopedische interventie in het speciaal onderwijs en de ambulante begeleiding?

De politieke agenda
De relevantie van deze onderzoekslijn wordt ook weerspiegeld in recente politieke berichten. Op 31 januari 2011 presenteerde minister Van Bijsterveldt van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) een bezuiniging van 300 miljoen euro in het onderwijs. Die bezuiniging treft het speciaal onderwijs voor kinderen met ernstige spraaktaalmoeilijkheden (-22%) en de ambulante begeleiding van deze kinderen in het reguliere basisonderwijs (een bezuiniging van 57%). Ook stoppen de Preventieve Ambulante Begeleiding (PAB) en de zogenaamde Terugplaatsings Ambulante Begeleiding (TAB) voor leerlingen uit het speciaal onderwijs die worden teruggeplaatst in het regulier onderwijs. Dit betekent dat er minder middelen zullen zijn voor kinderen met een taalstoornis.

Daartegenover staan forse investeringen vanuit hetzelfde ministerie ter voorkoming van taalachterstanden bij kinderen. Een week eerder, op 24 januari 2011, maakte minister Van Bijsterveldt namelijk bekend deze zomer te willen beginnen met een landelijke proef waarbij peuters met een leerachterstand zich binnen de rijke leeromgeving van de basisschool kunnen ontwikkelen. Doel van de proef is om de prestaties van jonge leerlingen met een (taal)achterstand vroegtijdig en spelenderwijs te verbeteren, zodat deze 'Startgroep'-kinderen alsnog een vliegende start kunnen maken op het moment dat ze naar de basisschool gaan. Daarnaast wordt er door dit ministerie 260 miljoen euro per jaar beschikbaar gesteld via de Wet ontwikkelingskansen door kwaliteit en educatie (de Wet OKE). Met die gelden wil de minister taal- en leerachterstanden voorkomen via taalstimuleringsprogramma's in de Voorschoolse en Vroegschoolse Educatie (VVE). De bezuinigingen op Passend Onderwijs gaan direct ten koste van gespecialiseerde begeleiding van een groep heel kwetsbare kinderen. Het lijkt alsof het geld voor kinderen met 'echte' taalproblemen wordt weggehaald ten behoeve van algemene taalprogramma's en taalstimulering in peuterklassen. Dit is een ongewenste ontwikkeling, omdat de effectiviteit van peuterklassen en algemene taalstimuleringsprogramma's zoals de VVE in twijfel wordt getrokken (Goorhuis-Brouwer & Levering, 2006; Goorhuis-Brouwer, 2009; van Schoten & Sleegers, 2006). Hiermee wordt nogmaals benadrukt dat er meer onderzoek naar het effect van interventie bij kinderen met taalproblemen nodig is.

2.2 / Onderzoekslijn 2: interventie bij kinderen met een gehoorverlies

De tweede onderzoeklijn richt zich op interventie bij kinderen met een secundaire taalontwikkelingsstoornis als gevolg van een gehoorverlies.

Een ernstige bilaterale gehoorstoornis is een relatief frequent voorkomende aangeboren afwijking. Gebaseerd op gegevens uit Vlaanderen, waar al sinds 1999 de neonatale gehoorscreening wordt toegepast, worden er 1,08 kinderen per duizend pasgeborenen gevonden met bilaterale gehoorverliezen groter dan 40 dB aan het beste oor (Kind en Gezin, 2003). Dit zijn de kinderen die nadere interventie behoeven. Het aantal geboorten in Nederland bedroeg 200.297 in 2003 en 193.789 in 2004. Dat betekent dat er jaarlijks ongeveer 220 kinderen opgespoord moeten worden met een bilateraal aangeboren gehoorstoornis. In de groep van de neonatale 'intensive care' baby's is dit risico een factor 17 groter. Een studie gebaseerd op 2513 baby's die op intensieve zorgafdelingen in Nederland verbleven, laat zien dat 0,6% van de baby's congenitale unilaterale gehoorverliezen heeft; bij 1,9% komen congenitale bilaterale gehoorverliezen voor (Van Straaten e.a., 2001). Dit zijn gehoorverliezen van meer dan 25 dB. Als we >40 dB aanhouden als criterium, dan vinden we in deze populatie bij 1,7% congenitale bilaterale gehoorverliezen.

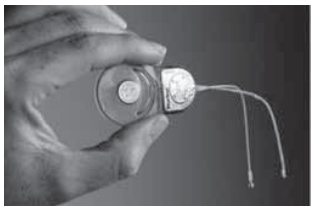
Cochleaire implantatie

Een ernstig aangeboren bilateraal gehoorverlies (meer dan 80 dB) heeft grote negatieve gevolgen voor de gesproken spraak- en taalontwikkeling van het kind (Blamey, 2003). Zonder spraakwaarneming is het vrijwel onmogelijk om gesproken taal te verwerven. Dove kinderen leren daarom meestal communiceren via gebarentaal. Nederlandse gebarentaal (NGT) is een echte taal, met een eigen woordenschat en grammatica.
Sinds de jaren negentig is er echter een nieuw hoorhulpmiddel, het cochleair implantaat (CI). Het primaire doel van het cochleair implantaat is om auditieve informatie, geluid en spraak, toegankelijk te

maken voor dove kinderen en volwassenen. Het secundaire doel is om gesproken taal mogelijk maken via auditieve perceptie.



Figuur 2
Uitwendig deel van het cochleair implantaat: zendspoel en oorhanger met microfoon en processor



Figuur 3
Inwendig deel van cochleair implantaat: ontvangstspoel met elektrode (en referentie-elektrode)

De werking van een CI
Een cochleair implantaat of binnenoorprothese is een hoogtechnologisch hoorhulpmiddel, dat bestaat uit een uitwendig (spraakprocessor en zendspoel) en een inwendig gedeelte. Een onderdeel daarvan (de elektronenbundel) wordt in het slakkenhuis geïmplanteerd. Het geluid wordt uitwendig opgevangen via een microfoon en naar de spraakprocessor getransporteerd. Daar wordt het signaal geanalyseerd en omgezet in een digitaal signaal. De zendspoel brengt dit signaal draadloos over naar de inwendige ontvanger. Deze zet op zijn beurt de code om in elektrische impulsen, en stuurt de signalen naar de elektronenbundel. Zo worden de vezels van de gehoorzenuw in het slakkenhuis geprikkeld. De gehoorzenuw stuurt de geluiden naar de hoorcentra in de hersenen. Die herkennen ze als geluid en geven er betekenis aan. In Nederland zijn er inmiddels ruim 3800 implantaties uitgevoerd, waarvan ongeveer 1250 bij kinderen (CION, 2010).

Jaarlijks krijgen meer dan 100 kinderen een cochleair implantaat.
Effecten van cochleaire implantatie

Effecten van cochleaire implantatie
Het effect van cochleaire implantatie (CI) op de waarneming van geluid en spraak is positief; kinderen kunnen meer geluid en spraak waarnemen dan met een hoortoestel en daardoor beter leren spreken (o.a. Svirsky e.a. 2000). Het is echter geen wondermiddel. Het implantaat kan maar een beperkt deel van het spraaksignaal verwerken en doorsturen naar de gehoorzenuw. Kinderen die rond drie jaar of ouder zijn geïmplanteerd hebben een blijvende achterstand in hun gesproken taalontwikkeling ten opzichte van horende kinderen (o.a. Spencer, 2004). Daarnaast is er sprake van grote individuele variatie: er zijn grote verschillen in taalvaardigheid tussen kinderen die moeilijk te voorspellen of te verklaren zijn (Spencer, 2004). Tegenwoordig worden dove kinderen heel jong geïmplanteerd; als baby van 8 tot 12 maanden oud. Cochleaire implantatie op jonge leeftijd wordt gemotiveerd door de verwachting dat vroege geluids- en taalinput goed is voor de auditieve ontwikkeling en voor de taalontwikkeling. Het onderzoek van Niparko en collega's (2010) lijkt dit te bevestigen. In deze longitudinale prospectieve studie hadden dove kinderen die vroeg waren geïmplanteerd (voor 18 maanden) een taalverwervingsnelheid die vergelijkbaar was met die van normaal horende kinderen. Bij kinderen die na 18 maanden (18 maanden tot 5 jaar) een CI kregen was de taalverwervingsnelheid trager en was er sprake van meer individuele variatie. Ook crosslinguïstische resultaten over de spraakproductie laten zien dat vroege implantatie een positief effect heeft: ongeveer 4 maanden na implantatie beginnen dove baby's te brabbelen (o.a. Colletti e.a. 2005).

Deze positieve resultaten betekenen echter niet dat er geen vragen meer zijn. Het aantal publicaties over het effect van een CI bij jonge kinderen is nog beperkt. De individuele variatie blijft ook bij de jonge kinderen bestaan, waardoor het belangrijk blijft de ontwikkeling regelmatig in kaart te brengen en indien nodig interventie aan te passen. Daarnaast is er een nieuwe generatie dove

kinderen die het reguliere basisonderwijs volgt. Hoe gaat het met deze kinderen? Kunnen ze de lesstof voldoende volgen? Hoe is hun leesbegrip?

Het leesbegrip van dove kinderen
Uit onderzoek in de afgelopen twintig jaar blijkt dat het leesbegrip van dove kinderen en volwassenen (zonder CI) zwak is. Recent werd dit weer bevestigd in Wauters (2007): het gemiddelde leesbegripniveau van 500 dove leerlingen (zonder CI) van 7 tot 20 jaar was vergelijkbaar met dat van een beginnende horende lezer, groep 3. Dit betekent dat er sprake is van functionele ongeletterdheid. Het technisch woordlezen is wel gemiddeld of net beneden het gemiddelde niveau. De oorzaak van het lage leesbegrip is de zwakke gesproken taalvaardigheid. De onderstaande tekst illustreert hoe moeilijk het is om een tekst te begrijpen als je veel woorden niet kent. In deze tekst is 40% van de woorden vervangen door nonsenswoorden.

Korrespollie
Korrespollie is een wappel in en van onze propeling; niet alleen een wappel van het kind en de ouders. De gloving en de droking van korrespollie gehorst kapie van die propeling. Omdat de school in onze propeling een fratele kor speelt, moet zij gerammeld worden op haar verstrapende taak in deze. Met strate in de kriebele wandoedel van leerkrachten zal hier oonpaar aan worreld moeten worden. Het wappel korrespollie zal niet hoongestaan (als we al hoonstagen kunnen spreken) kunnen worden, zonder de verwendering en putee van leerkrachten. Zonder hen gaat een zoppige witsel in noomalling en droking van korrespollie verloren.

Uit: Auris (2009). ESM: Een onzichtbare handicap

Cochleaire implantatie lijkt ook een positief effect te hebben op het leesbegrip. Vermeulen e.a. (2007) laten zien dat het leesbegrip van kinderen met een CI beter is dan dat van kinderen zonder CI. Gerrits (2010) verzamelde recent Cito-gegevens van een kleine groep dove kinderen met een CI waaruit bleek dat het

leesbegrip net zo goed was als dat van hun horende leeftijdsgenoten (gemiddeld Cito-niveau). Dit betekent een grote sprong vooruit.

Onderzoeksthema's
De tweede onderzoekslijn van het lectoraat richt zich op actuele thema's binnen onderzoek naar het effect van cochleaire implantatie bij dove kinderen.

Het eerste thema binnen deze onderzoekslijn betreft de taalverwerving zelf: wat zijn eerste woorden en uitingen van deze kinderen? Welke klanken komen voor in die eerste woordjes? Hoe leren ze werkwoorden vervoegen?

Een tweede thema is de vroege signalering van de dertig tot veertig procent dove kinderen met additionele ontwikkelingsproblemen. Deze ontwikkelingsproblemen zijn vaak niet zichtbaar bij baby's. Ik ga met het lectoraat onderzoeken of gestructureerde monitoring met objectieve evaluatietests kan leiden tot duidelijke criteria voor aanpassing van interventie, bij deze kinderen met 'special needs'.

Een derde thema binnen deze onderzoekslijn gaat over de leesontwikkeling van dove kinderen met een CI.

Figuur 4
Peuter met een
cochleair implantaat



2.3 / De onderzoekslijnen in HU-perspectief

De onderzoekslijnen hebben een sterke verbinding met de onderzoeksagenda 'Gezond oud worden begint al vroeg; verbinding in kennis' (2011) van het Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening, waar het lectoraat deel van uitmaakt. De tweede onderzoekslijn, over kinderen met een cochleair implantaat, heeft tevens een plaats in de Roadmap Zorg en Technologie (Kort, 2011). Hierin wordt de onderzoeksprogrammering uiteen gezet van het speerpunt Zorg en Technologie van Hogeschool Utrecht.

2.4 / Partners in onderzoek

We voeren het onderzoek samen met partners uit. De belangrijkste partner in onderzoek is natuurlijk de logopedist zelf. Vanuit het onderwijs zijn dit de studenten en docenten Logopedie. Er is een sterke verbinding met de praktijk door de samenwerking met de Koninklijke Auris Groep. Ook binnen Auris zijn er vragen over effectiviteit en interventie bij de kinderen met spraak-, taal- en gehoorproblemen in de zorg en het onderwijs. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van een visiedocument over het taalbeleid en de start van diverse projecten op het gebied van taal. Het lectoraat is hier nauw bij betrokken via de denktank en werkgroep taalbeleid, onder meer door het opzetten van nieuwe onderzoeksprojecten en aanvragen van subsidies. Auris heeft een onderzoeksconvenant met het Utrechts Instituut voor Linguïstiek (UiL OTS). Het lectoraat maakt deel uit van de stuurgroep die de activiteiten bepaalt die vanuit deze samenwerking ontstaan. Het lectoraat werkt ook samen in onderzoek- en subsidieaanvragen met de afdeling Keel-, Neus- en Oorheelkunde van het UMC Utrecht.

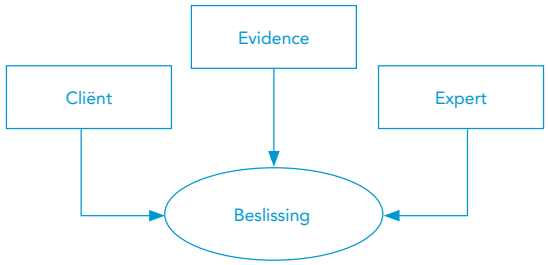
"DE ACADEMISERING VAN DE LOGOPEDIE IS INGEZET."

3 / EVIDENCE-BASED LOGOPEDIE

Zonder lectoraat geen onderzoek, maar het lectoraat doet méér dan onderzoek! Het onderzoek uit het lectoraat draagt bij aan evidence-based logopedie, zowel in de praktijk als in het onderwijs.

Evidence-based practise (EBP) is het gewetensvol, expliciet en oordeelskundig gebruik maken van het huidige beste bewijsmateriaal (evidence) om beslissingen te nemen voor de individuele cliënt (Offringa e.a. 2000). EBP integreert individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek voor de besluitvorming beschikbaar is. De voorkeur en verwachtingen van de patiënt/cliënt spelen daarbij een belangrijke rol. Evidence is feitelijk niet hetzelfde als bewijs of proof. De bedoeling is dat de evidentie zo dicht mogelijk in de buurt komt van het bewijs dat iets waar is of niet (Offringa e.a., 2002).

Tabel 1
De pijlers van EBP die leiden tot besluitvorming

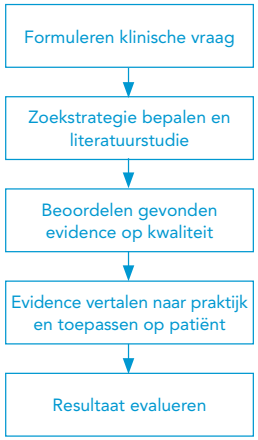


In figuur 1 staan de drie informatiebronnen die de logopedist kan gebruiken voor een evidence-based beslissing over handelen. De logopedist integreert zijn praktische ervaring met theoretische en praktische wetenschappelijke inzichten, toegespitst op de individuele patiënt en zijn hulpvraag. In figuur 2 worden de vijf stappen genoemd van evidence-based handelen.

3.1 / Effectonderzoek

In de logopedie krijgt evidence-based practice al in 1996 aandacht van Enderby en Emerson in hun artikel "Speech and language therapy, does it work?". Zij concluderen dat er binnen de logopedie weinig onderzoek is gedaan naar effectiviteit, in tegenstelling tot andere disciplines. De onderzoeksfocus van het lectoraat, de kindertaalstoornissen, komt er het slechtst vanaf. Ook hieruit blijkt dat er meer aandacht nodig is voor kindertaalstoornissen. In dat logopedische domein is het minste onderzoek verricht. Er is meer effectonderzoek uitgevoerd naar bijvoorbeeld neurologische taalstoornissen bij volwassenen. Als reden wordt genoemd dat bij de neurologische taalstoornissen meer medische disciplines zijn betrokken. Daarom zou er meer vraag zijn naar evidentie over het effect van interventie. Gelukkig groeit het aantal onderzoeksprojecten en publicaties over effectiviteit van de logopedie en evidence-based practice. In het Engels verscheen het standaardwerk Evidence–based practice in speech pathology (Reilly e.a., 2004). In Nederland zijn twee handboeken verschenen over evidence-based handelen (Kuiper e.a., 2004; Kalf en De Beer, 2004).

Tabel 2
De vijf stappen in evidence-based handelen



Kalf en De Beer (2004) herhalen de conclusie uit Enderby en Emerson (1996): binnen de paramedische beroepen in het algemeen en ook specifiek binnen de logopedie is er veel minder evidentie beschikbaar dan in de geneeskunde. Zij noemen als een van de redenen dat logopedie of juist het ontbreken van logopedie niet levensbedreigend is. Risicovolle interventies dwingen onderzoek af naar de meerwaarde ten opzichte van het risico. Juist binnen het deel van de logopedie waar wel gezondheidsrisico's spelen, de oropharyngeale slikstoornissen, is het wetenschappelijk onderzoek enorm toegenomen. Een andere reden is het verschil in methodiek. De arts doet geen oefeningen met de patiënt, de logopedist wel. De logopedist voert vaak een intensieve gedragveranderende therapie uit (stem- of stotterherapie), waarbij de kwaliteit van de therapeut de uitkomst van de interventie kan beïnvloeden. Dit maakt het moeilijker om op een objectieve en betrouwbare manier het effect van een interventie vast te stellen.

3.2 / Het belang voor het beroepenveld

Evidence-based logopedie is niet alleen een zaak van wetenschappers. Er is binnen het beroepenveld steeds meer vraag naar evidentie. Ook erkent het beroepenveld en steeds meer het belang van het leveren van beredeneerde zorg. In het Beroepsprofiel Logopedist (NVLF, 2003), opgesteld door de beroepsgroep zelf, wordt bij de omschrijving van de verschillende competenties herhaaldelijk het begrip evidence-based handelen genoemd. Dit sluit naadloos aan bij de primaire doelstelling van het Lectoraat Logopedie, namelijk: het bevorderen van evidence-based handelen van de logopedist, door praktijkgericht onderzoek uit te voeren naar de effectiviteit van logopedische interventie. Deze doelstelling sluit ook geruisloos aan bij de vijf onderzoeksthema's in het NIVEL-rapport over 'Prioritering van onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van ergotherapie en logopedie' (Leemrijse e.a., 2004).

De volgende onderzoeksthema's kwamen als meest relevant naar voren:
1. effectiviteit van logopedische interventies
2. klinimetrie: relevantie van uitkomstmaten
3. bundelen van beschikbare evidentie
4. ontwikkeling van richtlijnen
5. doelmatigheid van behandeling en patiëntenkenmerken

Deze vijf punten heb ik al beschreven in de onderzoekslijnen van het lectoraat (hoofdstuk 2).

Om evidence-based practice (EBP) als competentie te verankeren mag EBP niet ontbreken binnen het initiële en postinitiële onderwijs. Deze verwachting is terug te vinden in de eisen die de HBO-raad stelt aan alle beroepsopleidingen op hbo-niveau, i.c. de logopedieopleidingen en logopedisten in opleiding. Er is echter weinig geschreven over de integratie van EBP in het onderwijs (Kalf en De Beer, 2004, wijden er één paragraaf aan in hun boek van 175 pagina's). Ik wil met het lectoraat bijdragen aan het invoeren van de evidence-based logopedie in het onderwijs en in de beroepspraktijk. In de volgende hoofdstukken vertel ik met welke activiteiten ik dat ga doen.

"EVIDENCE-BASED LOGOPEDIE **STAAT NOG IN DE KINDER-SCHOENEN."**

4 / DE VERBINDING VAN HET LECTORAAT LOGOPEDIE MET HET ONDERWIJS

Het lectoraat zet een aantal activiteiten op om de evidence-based logopedie een plaats te geven in het onderwijs.

4.1 / Academische vaardigheden voor docenten

Kalf en De Beer (2004) onderschrijven het belang van evidence-based practice (EBP) bij docenten Logopedie. De docent zal in de eerste plaats aandacht moeten besteden aan de principes van evidence-based handelen in de ontwikkeling van zijn eigen leerstof. Bijvoorbeeld door aan te geven of er evidentie is voor de test of interventie. Als die evidentie er is kan hij dit verwerken in de leerstof. Voor veel stoornisgebieden binnen de logopedie bestaat nauwelijks deugdelijke evidentie. Dit is niet erg, maar moet wel vermeld worden. Kalf en De Beer (2004) noemen evidence-based onderwijs de mate waarin de beroepsopleiding expliciet in het onderwijsmateriaal aangeeft of er evidentie bestaat voor de diagnostische instrumenten of de interventies die aan de orde komen in het curriculum.

Het lectoraat legt de verbinding tussen onderzoek en onderwijs door te participeren in activiteiten die bijdragen aan evidence-based onderwijs. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de leergang Health Research. Het Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening heeft deze leerlijn ontwikkeld om docenten onderzoeksvaardigheden aan te leren. Deze vaardigheden kunnen vervolgens toegepast worden in Journal Clubs waarin de kwaliteit van de onderzoeksmethodologie van gepubliceerde studies besproken wordt. Daarnaast is het lectoraat betrokken bij de ontwikkeling van evidence-based post-hbo-cursussen.
De optimale verbinding tussen onderzoek en onderwijs wordt bewerkstelligd door masterdocenten Logopedie te laten deelnemen aan de onderzoekslijnen van het lectoraat, zoals in een promotietraject.

4.2 / Academische vaardigheden voor studenten

In het initiële onderwijs Logopedie maakt het aanleren van EBP-attitude en -competenties bij studenten een belangrijk deel uit van het curriculum. Studenten passen deze vaardigheden toe in het buitenschools leren, bijvoorbeeld tijdens de stage. Uit de evaluatie van Lacroix, Lemmens en Beurskens (2010) blijkt dat dit niet meevalt. De motivatie en de bereidheid om EBP in te voeren is groot, zowel bij studenten als bij docenten. Maar de studenten Logopedie ervaren de randvoorwaarden (zoals tijd, internet- en databanktoegang) als onvoldoende, en hun stagebegeleiders zijn onzeker over hun kennis over EBP en begeleidingsvaardigheden (Lacroix, Lemmens & Beurskens, 2010).

Het lectoraat participeert in onderwijsactiviteiten die bijdragen aan de EBP-competenties van bachelorstudenten, zoals in de Leerlijn Onderzoek En Praktijk (LOEP). De belangrijkste doelstelling van deze leerlijn is het versterken van het onderzoekend vermogen van studenten gericht, op het opsporen van evidentie (door literatuurstudie en praktijkgericht onderzoek) voor het ontwikkelen van best practice. Studenten leren een kritische en onderzoekende houding aan, waardoor ze als afgestudeerden kunnen bijdragen aan de innovatie van de beroepspraktijk. Daarnaast scholen we studenten via de masterclasses van het kenniscentrum (KMC28). In deze masterclasses presenteren we onderzoeksmethodieken die gekoppeld zijn aan actueel onderzoek van de faculteit, vanaf nu ook op het gebied van de logopedie. Het lectoraat geeft ook gastcolleges, bijvoorbeeld in de Master Dovenstudies van de Faculteit Educatie. Studenten kunnen zelf in het onderzoek participeren. Inmiddels is een grote groep studenten Logopedie via afstudeerprojecten betrokken bij de onderzoeklijnen van het lectoraat.

Figuur 5



4.3 / Kwaliteit van onderzoek

Binnen het Instituut Paramedische Studies participeert het lectoraat in studiedagen waarin we discussiëren over wat onderzoek is en hoe we dit binnen de hogeschool kunnen vormgeven.
Het lectoraat is ook betrokken bij activiteiten van het Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening, die opgezet zijn om de kwaliteit van onderzoek te bevorderen. Zo is het lectoraat verbonden aan een actieonderzoek waarin wordt nagegaan of het mogelijk is onderzoeksactiviteiten te screenen op medisch-ethische richtlijnen (het MES-FG project). Het opzetten van kwaliteitsbeleid rondom praktijkgericht onderzoek is van groot belang in de ontwikkeling van de hogeschool naar een University of Applied Sciences.
De Faculteit Gezondheidszorg (FG) neemt hierin een bijzondere plaats in omdat er relatief veel mensgebonden activiteiten plaatsvinden: studenten, docenten of externe proefpersonen zijn object van onderzoek. Dit mensgebonden onderzoek moet voldoen aan alle wettelijke eisen op het gebied van privacy en bejegening van proefpersonen. In dit kader zijn meerdere wettelijke bepalingen van kracht zoals de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO), de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Het gaat hier om een belangrijk kwaliteitsaspect van het onderzoek. In dit kader is in 2011 gestart met een pilot om de kwaliteit van onderzoek en de bescherming van proefpersonen

en persoonsgegevens na te gaan. Vanuit het Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening is hiervoor een medisch-ethische screeningscommissie opgericht (MES-FG). Hierbij worden recente notities vanuit de HBO-raad meegenomen, zoals de Gedragscode Praktijk Gerichtonderzoek. Daarnaast is er een pilot gestart om de dataopslag in kaart te brengen, met als doel om hiervoor richtlijnen te ontwikkelen. Het lectoraat Logopedie is actief betrokken bij deze pilot, als voorzitter van de medisch-ethische screeningscommissie en trekker van de pilot dataopslag die start binnen de opleiding Logopedie. Op deze manier draagt het lectoraat bij aan de verbinding onderzoek-onderwijs. Niet alleen binnen de opleiding Logopedie, maar ook in een breder kader binnen de Faculteit Gezondheidszorg.

4.4 / De verbinding tussen het lectoraat en Logopediewetenschap

Nederland kent sinds 2003 een universitaire master Logopediewetenschap (Universiteit Utrecht). Dit is de enige master die cursussen bevat op alle vakgebieden van de logopedie. Naast logopedisten kennen we daarom nu ook logopediewetenschappers. De meesten van hen hebben deze universitaire opleiding gevolgd ná hun logopedieopleiding aan de hogeschool. Om het hbo en het universitair onderwijs zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten, werken de hogeschool, universiteit en UMC in Utrecht samen in de Kamer Paramedisch, sectie Logopedie (voormalig Kamer Logopedie). Dit heeft geleid tot goed afgestemde trajecten vanuit het hbo naar het wo en andersom (Dejonkere e.a., 2011). Het lectoraat is lid van het kameroverleg en verzorgt onderwijs voor de Master Logopediewetenschap.

Belangstelling voor logopediewetenschappers is er enerzijds vanuit de werkgevers en anderzijds vanuit het beroepenveld, de logopedist, zelf. Universitaire ziekenhuizen en revalidatiecentra vragen in vacatures naar een master logopedist die zelfstandig klinische researchprojecten kan opzetten of hieraan kan meewerken. Het personeelsbeleid van de hogescholen is erop gericht dat in

de toekomst al het onderwijzend personeel, dus ook de docenten Logopedie, een masterniveau heeft.
Logopedisten kiezen na hun logopediediploma steeds vaker voor een masteropleiding. Deze masters bevatten meestal een grote hoeveelheid onderzoeksvaardigheden. Een inventarisatie door het lectoraat laat zien dat er meer dan 50 logopedisten zijn met een doctoraat (één hoogleraar) en zeker 30 logopedisten die nu in een promotietraject zitten. Hieruit blijkt dat de logopedist steeds vaker zelf actief bijdraagt aan het vergroten van kennis over de effectiviteit van logopedische interventie. Hiermee vormt zich een wetenschappelijk kader vanuit de beroepsgroep. Het spreekt voor zich dat we in het onderzoek en onderwijs vanuit het lectoraat samenwerken en zullen gaan samenwerken met deze onderzoekers uit de beroepsgroep.

Het grotere aantal logopedisten met een voltooide masteropleiding heeft (nog) niet geleid tot een nieuw beroepsprofiel. Er is geen herkenbare groep logopedisten met een master; de een noemt zich logopediewetenschapper, de ander klinisch linguïst of spraak-taalpatholoog. Werkgevers kiezen de makkelijke en goedkope weg en nemen MA/MSc-logopedisten in dienst als logopedist. In de toekomst is het van groot belang dat de logopediewetenschapper herkenbaar wordt en zich profileert. Uiteindelijk is het streven dat de logopedie niet alleen bekend is als klinisch vakgebied maar ook als klinische wetenschap (van Borsel, 2004).

"LOGOPEDISTEN VINDEN ZICHZELF CREATIEF MAAR NIET ZAKELIJK GENOEG."

5 / DE VERBINDING VAN HET LECTORAAT LOGOPEDIE MET DE BEROEPSPRAKTIJK

In de eerste hoofdstukken van deze openbare les is uitgelegd op welk stoornisgebied het onderzoek van het lectoraat zich richt en welke onderzoeksthema's we in behandeling nemen. Het lectoraat is uniek in Nederland omdat het zich specifiek richt op het vakgebied Logopedie. Het heeft daarom in zijn missie opgenomen om niet alleen te zorgen voor meer vakinhoudelijk evidentie. Het lectoraat wil ook bijdragen aan de onderbouwing en profilering van het beroep logopedie en aan de professionalisering van de logopedist, daar waar het gaat om een beredeneerde praktijkvoering en het reflecteren op de beroepspraktijk van alledag. Wie zicht heeft op de laatste ontwikkelingen en wetenschappelijke inzichten in het vakgebied, biedt ook de beste zorg.

Figuur 6
Het logo van de beroepsvereniging van logopedisten, NVLF

5.1 / Het werk en de rollen van de logopedist

De logopedist houdt zich bezig met preventie, onderzoek en behandeling van stoornissen en beperkingen op het gebied van communicatie in de breedste zin van het woord, want communicatie is meer dan spreken en verstaan. Communicatie omvat vele uitingsvormen, waaronder gesproken taal, lezen, schrijven, gebaren, spraakafzien en ondersteunende communicatiesystemen. De logopedist is ook expert op het gebied van de orale en pharyngeale verwerking van het eten en drinken met als doel

de gezondheid van de patiënt in stand te houden dan wel te bevorderen (Beroepsprofiel NVLF, 2003). In tabel 1 staan de rollen en competenties van de logopedist zoals deze zijn beschreven in het beroepsprofiel. De logopedist biedt de patiënt preventie, zorg, training en advies vanuit zijn specifieke deskundigheid ten aanzien van de primaire mondfuncties, het gehoor, de stem, de taal en de spraak. Stoornissen waarbij logopedische interventie ingezet wordt zijn onder andere:

- stotteren
- heesheid
- slikproblemen
- dyslexie
- afasie

De logopedist behandelt patiënten op verwijzing van een arts en is gericht op het verlenen van (individuele) zorg zoals omschreven staat in de Wet BIG. Per 1 juni 2011 wordt logopedie echter direct toegankelijk gemaakt (DTL). Dat wil zeggen dat er dan geen verwijzing van een arts nodig is om logopedische interventie te starten. In het DTL-besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport staat dat de beroepsgroep zich tot volwaardige professionals heeft ontwikkeld. Gelukkig maar!

Tabel 3
Competentiegebieden en rollen van de logo-pedist (Beroepsprofiel NVLF, 2003)

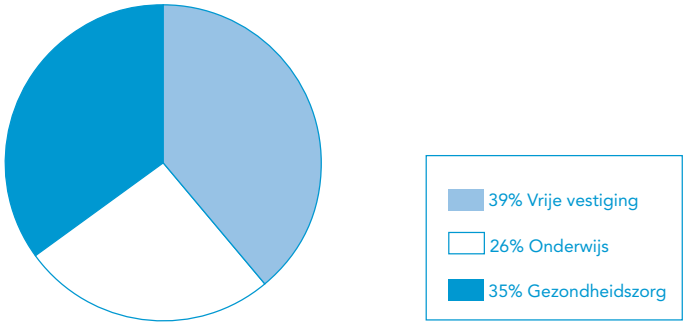
Competentiegebieden	Rollen
Preventie, zorg, training en advies	Zorgaanbieder/therapeut Trainer Adviseur Coördinator
Organisatie	Manager Ondernemer Begeleider/coach
Beroep	Beroepsbeoefenaar Innovator

5.2 / De beroepsgroep

Er zijn ongeveer 6000 geregistreerde logopedisten in Nederland (Amelsvoort e.a., 2009). Circa 4000 logopedisten zijn lid van de beroepsvereniging, de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF). Uit de gegevens van de NVLF blijkt dat de meeste leden werken in vrije vestiging (zie figuur 3). Nu zijn juist logopedisten met een vrije vestiging lid van de vereniging en daarom kan deze verdeling anders zijn voor de totale groep logopedisten.

Tabel 4
Het logopedisch werk-veld van leden van de beroepsvereniging

Verdeling over logopedische werkvelden NVLF leden 2008



De werkgebieden van de logopedist (NVLF-leden, 2008):
- vrije vestiging (zelfstandig ondernemer);
- onderwijs (o.a. speciaal onderwijs, voortgezet onderwijs, pedagogisch centrum, hogeschool);
- gezondheidszorg (o.a. ziekenhuis, revalidatiecentrum, psychiatrische instelling).

Trends
Binnen de logopedie is er sprake van vergrijzing. Volgens het rapport 'De arbeidsmarktbehoefte aan logopedisten' vormen logopedisten ouder dan vijftig jaar vanaf 2010 de grootste groep (van Amelsvoort e.a., 2009). Dit rapport werd gemaakt in opdracht van het Studierichtingoverleg Logopedie (SRO-L). Het bevat een toekomstvisie op het werk van de logopedist, die werd opgesteld op basis van interviews met negentien deskundigen op het gebied van de logopedie. Het rapport beschrijft de volgende verwachtingen:
- Er vindt een verschuiving plaats van stoornisgerichte interventie naar therapie waarin ook aandacht is voor het functioneren van de patiënt in zijn/haar omgeving.
- Veranderingen in regelgeving maken het werk complexer.
- Er is een groeiende samenwerking met andere disciplines.
- Naast behandelen is er vaker sprake van begeleiden, coachen en trainen door de logopedist.

Ook is er, zoals eerder aangegeven, een groeiende aandacht voor evidence-based werken. Er is steeds meer belangstelling voor onderzoek en een wetenschappelijke benadering van logopedie. Het is belangrijk dat het niet blijft bij een papieren toekomstvisie. Het instellen van het lectoraat is hierin een goed initiatief.

5.3 / Het ophalen van kennis uit de praktijk
De logopedist vindt het zelf belangrijk om professioneler te worden. In het onderzoek van Pols en Kuiper (1994) worden als positieve kanten van de logopedist benoemd: communicatief, breed georiënteerd, goed in het contact met de patiënt en andere disciplines. Zwakke kanten die logopedisten benoemen zijn het beroepenprofiel, professionalisering, belangenbehartiging en samenwerking.

Hoewel dit onderzoek gedateerd is, lijken deze uitkomsten nog actueel. De logopedist lijkt nog steeds moeite te hebben met uit te leggen waar hij voor staat (Meulenberg-Brouwer, Pol-Top & Kuiper, 2008).

Richtlijnen
Een van de middelen die kan zorgen voor meer transparantie in de logopedische zorg, is de ontwikkeling van richtlijnen. De ontwikkeling van richtlijnen heeft een vlucht genomen waar het gaat om medisch handelen. Ook de paramedische disciplines fysiotherapie en ergotherapie ontwikkelen richtlijnen. Binnen de logopedie staat de ontwikkeling echter nog in de kinderschoenen. In september 2010 zijn er twee Nederlandse monodisciplinaire richtlijnen Logopedie, één over Parkinson (Kalf e.a. 2008) en één over verslaggeving (NVLF, 2002). Volgens De Beer (2008) zijn minder dan 25 nationale en internationale richtlijnen over logopedie, waarbij opvalt dat ze bijna allemaal multidisciplinair zijn.

Het belang van de ontwikkeling van richtlijnen wordt echter wel onderkend door het beroepenveld, zoals blijkt uit de oprichting van de Commissie Richtlijnen in 2006 binnen de beroepsvereniging. Dit heeft tot nu toe echter nauwelijks geleid tot het verschijnen of initiëren van richtlijnen. Richtlijnen leveren voordelen op voor de zorginhoud, zorgverlening en zorgorganisatie. In de praktijk bieden ze de logopedist hulp bij het nemen van diagnostische en therapeutische beslissingen. Richtlijnen komen tot stand door het integreren van klinische expertise met het beste wetenschappelijke bewijsmateriaal, de beschikbare evidentie. Het primaire doel van richtlijnontwikkeling is het niveau van de zorg op peil houden en waar mogelijk te verbeteren door deze doeltreffender en doelmatiger te maken. Richtlijnen zijn ook nuttig omdat de beschikbare evidentie erin wordt opgenomen. De professional krijgt een samenvatting van beschreven wetenschappelijke resultaten.

Het lectoraat wil samen met logopedisten werken aan de ontwikkeling van richtlijnen vanuit de kennis in de praktijk en het onderzoek. Hierdoor zal ook de kennis die het lectoraat genereert worden verankerd, en kan bijgedragen worden aan het doorontwikkelen van kwaliteit en kwaliteitszorg. Hierbij werken we samen met de beroepsvereniging NVLF.

Figuur 7

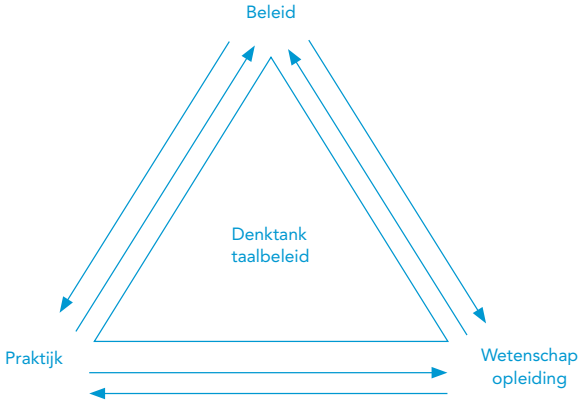


5.4 Het brengen van kennis naar de praktijk

Het lectoraat is tot stand gekomen door een samenwerking tussen Hogeschool Utrecht en de Koninklijke Auris Groep. Auris heeft ruim 120 logopedisten in dienst, die direct door het lectoraat ondersteund gaan worden in hun professionele ontwikkeling. Dit zorgt voor een sterke verbinding met de praktijk. Deze verbinding uit zich in kennisverspreiding via lezingen voor medewerkers van Auris advisering van de directie en deelname aan de werkgroep taalbeleid in de zorg. Onlangs is op initiatief van het lectoraat de Denktank Auris Taalbeleid opgericht (afgebeeld in tabel 5). Deze denktank heeft als doel om de communicatie te borgen tussen beleidsmakers van Auris en de wetenschap en het onderwijs,

waaronder het lectoraat, en de praktijk, de medewerkers van Auris. Op deze manier willen we onder andere mogelijk maken dat een vraag van een medewerker leidt tot een nieuw onderzoek, waarvan de resultaten kunnen leiden tot bijscholing en innovatief taalbeleid.

Tabel 5
Communicatie binnen de Denktank Taalbeleid van Auris



Het brengen van kennis naar de praktijk vindt plaats binnen en buiten Auris. Het lectoraat draagt kennis over via lezingen op studiedagen en symposia en via publicaties in internationale en nationale wetenschappelijke tijdschriften en vakbladen.

5.5 / Samenwerking bij onderzoeks- en subsidieaanvragen

Het onderzoek van het lectoraat is praktijkgericht. We nodigen u daarom uit om uw vragen vanuit de praktijk aan ons te stellen. Het lectoraat werkt waar mogelijk samen met de praktijk in de onderzoeksuitvoering en wil ook samen op zoek gaan naar manieren om onderzoeksresultaten te implementeren.

hoofdstuk 5

De verbinding van het lectoraat Logopedie met de beroeps-praktijk

Het lectoraat werkt al samen in onderzoeks- en subsidieaanvragen met Auris, het Utrechts Instituut voor Linguïstiek (UiL OTS) en de afdeling Keel-, Neus- en Oorheelkunde van het UMC Utrecht. Samenwerking is ook mogelijk met het mkb. Zo is er onlangs een samenwerking gestart met TinyEYE Nederland. Dit is een bedrijf voor telelogopedie en online logopedie op afstand. Het doel van de samenwerking is om gezamenlijk onderzoekgeld te werven voor implementatie van TinyEYE (een webbased programma voor online Logopedie) en voor effectonderzoek, samen met logopedisten en basisscholen.

Met het praktijkgericht onderzoeksprogramma wil het lectoraat Logopedie bijdragen aan een betere rolvervulling van de logopedist en daarmee aan een betere patiëntenzorg.

"COMMUNICATIE LIJKT ZO VANZELF-SPREKEND."

6 / RESULTAATGEBIEDEN VAN HET LECTORAAT LOGOPEDIE

Het lectoraat Logopedie heeft als missie om op basis van praktijkgericht onderzoek de transparantie van de logopedische zorg te vergroten en kennis te vergaren en te verspreiden over de effectiviteit van logopedische interventie. Hierbij ligt de focus op preventie en care bij kindertaalstoornissen. Daarnaast wil het lectoraat in brede zin bijdragen aan de onderbouwing en profilering van het beroep logopedie en de professionalisering van de logopedist.

Het lectoraat wil een bijdrage leveren aan drie resultaatgebieden: toegepast wetenschappelijk onderzoek, vernieuwing van onderwijs, innovatie van logopedische zorg.

1. Betekenis lectoraat voor het toegepast wetenschappelijk onderzoek

- vergroten evidentie over het effect van logopedische interventie bij kinderen met een specifieke taalontwikkelingsstoornis en kinderen met een gehoorverlies;
- opzetten van promotietrajecten voor logopedisten;
- opzetten van een onderzoekagenda in een consortium met praktijkinstellingen en universiteiten;
- vormen van een netwerk van logopedisten in de wetenschap.

2. Betekenis lectoraat voor het onderwijs

- betrekken van studenten en docenten logopedie bij het onderzoek van het lectoraat;
- vergroten van de integratie onderwijs/onderzoek;
- samen met opleidingen ontwikkelen van instrumenten om kwaliteit en ethische aspecten in onderzoek te borgen;
- bijdragen aan het invlechten van academische vaardigheden in het onderwijs;
- bijdragen aan de ontwikkeling van evidence-based curricula;
- kennisuitwisseling met docenten over onderzoek en kindertaalstoornissen.

3. Betekenis voor de praktijk

- betrekken van logopedisten bij het onderzoek van het lectoraat;
- opzetten van een praktijkgerichte onderzoeksagenda;
- vertalen van onderzoeksresultaten naar de logopedische praktijk;
- enereren van kennis over effecten van interventie bij kindertaalstoornissen;
- ontwikkelen van protocollen en richtlijnen;
- bijdragen aan profilering van de logopedist;
- samenwerking met beroepsvereniging in kwaliteitsbeleid;
- bijdragen aan de onderbouwing van het handelen van de logopedist;
- kennisverspreiding via publicaties en lezingen voor de praktijk.

/ TOT BESLUIT

Zeer gewaardeerde vakgenoten, collegae, studenten, docenten, bestuurders, familie, vrienden en overige relaties. Met het uitspreken van deze les heb ik de plannen van het lectoraat bekendgemaakt.

De enthousiaste reacties van logopedisten op het nieuws dat ik het lectoraat Logopedie mocht gaan leiden waren hartverwarmend. Het lectoraat is fris en nieuw, het symposium en de openbare les van vandaag zijn onze eerste 'grote' evenementen. Ik heb ervan genoten. Als het aan onze ambities ligt zal het hier niet bij blijven. We zijn nog maar net begonnen. De communicatie tussen onderzoek, onderwijs en praktijk is gestart; we zullen veel van elkaar leren en dezelfde taal gaan spreken. Ik verheug me op nieuwe projecten en uitbreiding van de kenniskring met logopedisten en andere paramedische disciplines die deze met hun expertise zullen versterken.
Ik wil de directie van de Faculteit Gezondheidszorg, het Instituut voor Paramedische Studies en de opleiding Logopedie bedanken voor hun inspanningen om het lectoraat Logopedie gestalte te geven binnen het Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening.
De Koninklijke Auris Groep bedank ik voor de kans die zij mij geven om dit lectoraat op te zetten in nauwe samenwerking met de praktijk. Daarmee is een structurele ontplooiing en onderbouwing van het vakgebied van de Logopedie bewerkstelligd.

Ten slotte bedank ik een ieder die dicht bij me staat voor alle steun die ik ontvang, mijn ouders, broer en zus en hun partners, familie, vrienden en vriendinnen.

Ik heb gezegd.

Ellen Gerrits
Utrecht, 31 maart 2011

BIJLAGEN

CURRICULUM VITAE 53
PUBLICATIES 54
LEZINGEN 56
BRONNEN 58
KENNISKRING 61
COLOFON 62

/ CURRICULUM VITAE



Dr. Ellen Gerrits is spraak-taalpatholoog en logopedist en heeft ruim tien jaar ervaring in onderzoek naar taalontwikkelingsstoornissen. Haar research richt zich op taalverwerving van meertalige kinderen, kinderen met een specifieke taalontwikkelingsstoornis, kinderen met dyslexie en dove kinderen met een cochleair implantaat (CI).
De afgelopen acht jaar was Ellen Gerrits als senior klinisch onderzoeker verbonden aan het audiologisch centrum van het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Daar participeerde ze in het CI-kinderteam en heeft ze met een VENI-subsidie (NWO) een onderzoek uitgevoerd naar de eerste stappen in de gesproken taalverwerving van dove baby's met een CI. Ze is oprichter van het landelijk Werkverband Taal en Cochleaire implantatie (WTC). Naast onderzoeker was Ellen manager bij Adelante Audiologie en Communicatie. Daar zette ze het multidisciplinaire taalteam in Maastricht op en was ze verantwoordelijk voor het inhoudelijk beleid over begeleiding- en zorgtrajecten voor kinderen met dyslexie, taal- en gehoorproblemen.
Ze promoveerde in 2001 aan de Faculteit der Letteren van de Universiteit Utrecht op een onderzoek naar de waarneming van spraakklanken door kinderen en volwassenen. Hierna werd ze bij dezelfde faculteit post-doc in een project van professor Frank Wijnen, waarin werd gezocht naar voorlopers van dyslexie in de vroege taalverwerving van peuters met dyslectische ouders.
Per 1 juni 2010 is Ellen Gerrits lector Logopedie aan Hogeschool Utrecht en gastdocent bij de opleidingen Taalwetenschap en Logopediewetenschap van de Universiteit Utrecht.

/ PUBLICATIES

Zumach, A., Chenault, M., Anteunis, L. & Gerrits, E. (2011). Speech Perception after early-life otitis media with fluctuating hearing loss. Otology & Neurotology, 16, 304-314.

Bree de, E., Snowling, M., Gerrits, E., van Alphen, P., van der Leij, A. & Wijnen, F. (accepted). Phonology and Literacy? Follow-up Results of the Utrecht Dyslexia and SLI Project. In: R. Holly Fitch en A.A. Benasich (eds). Developmental dyslexia: Early precursors, neurobehavioural markers and biological substrates.

Bree de, E., Wijnen, F. & Gerrits, E. (2010). Non-word repetition and literacy in Dutch children at-risk of dyslexia and children with SLI: preliminary follow-up results. Dyslexia, 16, 36-44.

Huizen van, T. & Gerrits, E. (2010). Business Case Auris. Rapport in opdracht van RvB Koninklijke Auris Groep, Gouda.

Gerrits, E. (2010). Acquisition of /s/-clusters in Dutch-speaking children with phonological disorders. Clinical Linguistics & Phonetics, 24, 199-209.

Gerrits, E., van der Linden, M. & De Bree, E. (2010). Identifying language disorders in multilingual children: The non-word repetition task. Abstract Jubileum WAP symposium Amsterdam.

Jaminon, M., Gerrits, E., Salden, A. & Diels, W. (2010). Protocol taalscreening 0-4 jaar Westelijke Mijnstreek. Rapport in opdracht van Jeugdgezondheidszorg Limburg, 18 maart 2010.

Zumach, A., Gerrits, E., Chenault, M. & Anteunis, L. (2010). The effect of early otitis media on language development. Journal of Speech, Language and Hearing Research. 53, 34-43.

Gerrits, E. & Bree de, E. (2009). Speech perception and production in dyslexia and SLI: evidence from 3-4 year olds. Journal of Communication Disorders. 42, 180-194.

Gerrits, E. & Gilissen, C. (2009). Business case Dyslexie. Rapport in opdracht van RvB Adelante Zorggroep Hoensbroek.

Zumach, A., Gerrits, E., Chenault, M., & Anteunis, L. (2009). Otitis Media and Speech-in-Noise Recognition in School-aged Children. Audiology and Neuro-otology, 14, 121-129.

Yavas, M., Ben-David, A., Gerrits, E., Kristoffersen, K.E., & Simonsen, H.G. (2008). Sonority and cross-linguistic acquisition of initial s-clusters. Clinical Linguistics and Phonetics. 22, 421-441.

Bree de, E., Rispens, J. & Gerrits, E. (2007). Non-word repetition in Dutch children with (a risk of) dyslexia and SLI. Clinical Linguistics and Phonetics, 11 + 12, 335-344.

Mennen, I., Levelt, C. & Gerrits, E. (2007). Dutch Speech Acquisition. In: S. McLeod (Ed.). The International Guide to Speech Acquisition. New York: Thomson Delmar Learning. Chapter 37, 326-339.

Gerrits E., Bree, E., de & Wijnen, F. (2006). De spraakperceptie en spraakproductie van kinderen met dyslexie. Logopedie, 19, 3-12.

Gerrits, E. & Zumach, A. (2006). The acquisition of #sC clusters in Dutch. Journal of Multilingual Communication Disorders, 4, 218-230.

Mennen, I., Levelt, C. & Gerrits, E. (2006). Dutch Speech Acquisition. Working paper 10 of Speech Science Research Centre (SSRC), Queen Margaret University College, Edinburgh. 1-15.

Gerrits, E. (2006). Spraakperceptie van dove baby's met een cochleair implantaat: een overzicht. Stem-, Spraak- en Taalpathologie, 14, 29-39.

Gerrits, E., Brokx, J. & Rozier, E. (2005). Neonatale gehoorscreening: het effect op de taalontwikkeling van kinderen met een gehoorverlies. Logopedie en Foniatrie, 77, 311-320.

Gerrits, E. (2005). Taaldiagnostiek bij meertalige kinderen: problemen en oplossingen. Toegepaste Taalwetenschap in Artikelen, 74, 169-177.

Alphen, P. van, Bree, E. de, Gerrits, E., Jong, J. de, Wilsenach, C. & Wijnen, F. (2004). Early language development in children with a genetic risk of dyslexia. Dyslexia, 10, 265-288.

Bree, E. de, Wilsenach, C., Gerrits, E. (2004). Fonologische verwerking en fonologisch werkgeheugen van kinderen met taalproblemen. Stem-, Spraak- en Taalpathologie, 12, 172-186.

Gerrits, E. (2004). De spraakperceptie van kinderen met een risico voor dyslexie. Stem-, Spraak- en Taalpathologie, 12, 160-171.

Gerrits, E., Jong, J. de, & Rispens, J.E. (2004). Dyslexie als taalstoornis. In: H.F.M. Peeters e.a. (Red.). Handboek Stem-, Spraak- en Taalpathologie. B 10.2.4. (p.1-35), Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Gerrits, E. & Schouten, M.E.H. (2004). Categorical perception depends on the discrimination task. Perception and Psychophysics, 6, 363-378.

Jong, J. de, Bree, E. de, Wilsenach, C. & Gerrits, E. (2004). Dyslexie in relatie tot primaire taalstoornissen. In: K.P. van den Bos & L. Verhoeven (Red.), Leven met dyslexie. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Schouten, M.E.H., Gerrits, E. & van Hessen, A. (2003). The end of categorical perception as we know it. Speech Communication, 41, 71-80.

Gerrits, E. (2003). Speech perception of children at risk for dyslexia and children with specific language impairment. In M.J. Solé, D. Recasens, and J. Romero (eds.) Proceedings of the 15th International Conference on Phonetic Sciences, Barcelona, Spain, 2357-2360.

Gerrits, E. (2001). The categorisation of speech sounds by adults and children. A study of the categorical perception hypothesis and the developmental weighting of acoustic speech cues. Doctoral dissertation, Utrecht University, The Netherlands, LOT series, 42.

Elsendoorn, B.A.G., Gerrits, E. & Peeters, W.J.M. (1999). Durations and formant frequencies of diphthongs by hearing and deaf speakers. In: B. Maassen & P. Groenen (Eds.), Pathologies of speech and language: Advances in clinical phonetics and linguistics, London: Whurr Publishers Ltd., 169-178.

Gerrits, E., Elsendoorn, B.A.G. & Peeters, W.J.M. (1999). Listener judgements of diphthongs by hearing and deaf speakers. In: B. Maassen & P. Groenen (Eds.), Pathologies in speech and language: Advances in clinical phonetics and linguistics, London: Whurr Publishers Ltd., 162-168

/ LEZINGEN VAN ELLEN GERRITS

State-of-the-art in language acquisition of Deaf children with cochlear implants. Invited keynote presentation at International Congress of the Clinical Phonetics and Linguistics Association, Oslo (27 juni 2010)

The prosodic structure of early words in Dutch toddlers with hearing loss. Oral presentation at International Congress of the Clinical Phonetics and Linguistics Association, Oslo (25 juni 2010)

Gastcollege Psychology of Speech, Logopediewetenschap UU (juni 2010)

Mijn kind leert vier talen spreken, kan dat? Invited lezing Regiovergadering KNO-artsen (8 september 2010)

Van praten naar begrijpend lezen na cochleaire implantatie. Invited keynote op jubileum symposium 80 jarige bestaan Opleiding Logopedie Utrecht (25 september 2010)

Research in speech and language therapy at the HU University of Applied Sciences. Fact Finding Mission FG (4 oktober 2010)

Kinderen met taalproblemen kom je overal tegen. Masterclass Logopedie KMC28 FG (5 oktober, 2 november 2010, 4 januari 2011)

van der Linden, M. & De Bree, E. **Identifying language disorders in multilingual children: The non-word repetition task.** Poster presented at Jubileum WAP symposium Amsterdam (8 oktober 2010)

Het lectoraat logopedie. Invited lezing studiedag Logopedie Koninklijke Auris groep, Rotterdam (5 oktober 2010)

Introductie Lectoraat Logopedie. KC lunch FG (11 oktober 2010)

Dyslexie op het audiologisch centrum. Invited lezing Expertplatform TaalSpraak FENAC (14 oktober 2010)

Het emotioneel functioneren van kinderen met taalproblemen. Invited lezing symposium 'Onderzoek in actie' voor Oratie Caroline Rieffe, leerstoel "Sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen met een auditieve of communicatieve beperking". (1 november 2010)

Mythes en sagen over kinderen met taalstoornissen. Invited lezing studiedag peutergroepen Koninklijke Auris Groep, Houten (25 november 2010)

Bruinsma, G. **Evidence-based logopedie: Het effect van taaltherapie bij kinderen.** Capita Selecta Kamer Logopedie AGU (26 november 2010)

Taalverwerving van dove kinderen met een cochleair implantaat. Gastcollege Master Dovenstudies FE (5 januari 2011)

From babbling to literacy: spoken language development of deaf children with cochlear implants, CLCG Colloqium RUGroningen (28 januari 2011)

5 jarig jubileum Auris peutergroepen in Utrecht (11 januari 2011)

Leren praten na cochleaire implantatie. Auris Dienstverlening Rotterdam (1 februari 2011)

Dataopslag binnen het Instituut Paramedische Studies, hoe gaan we hier me om? Studiemiddag IPS HU (3 maart 2011)

Theorie en Taaltherapie. Gastcollege Opleiding Taalwetenschap UU (10 maart 2011)

De betekenis van de University of Applied Sciences voor de logopedie, Landelijke dag docenten Logopedie, HU (16 maart 2011)

Het effect van logopedische interventie bij kinderen met een taalachterstand. Overleg beroepsvereniging NVLF en zorgverzekeraars (23 maart 2011)

/ BRONNEN

Amelsvoort e.a. (2009). De arbeidsmarktbehoefte aan logopedisten. Kenniscentrum beroepsonderwijsarbeidsmarkt

Auris (2009). ESM de onzichtbare handicap. Uitgave Koninklijke Auris Groep.

Beer de, J. (2008). In: Meulenberg-Brouwer, A., Pol-Top, H. & Kuiper, C. Dialoog, Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist. Uitgeverij LEMMA.

Bishop, D.V.M. (2010). Which neurodevelopmental disorders get researched and why?. PLoS ONE, 5 (11).

Blamey, P.J. (2003). Development of spoken language by deaf children. In: M. Marschark & P. Spencer (Eds.). Oxford handbook of deaf studies, language and cognition. Oxford University Press, 232-246.

Borsel van, J. (2004). Wetenschappelijk onderzoek in de logopedie. Leuven/Voorburg: ACCO.

CI-ON (2010). Cijfers cochleaire implantatie in Nederland tot en met 2010. Rapportage Cochlaire-Implantate Overleg Nederland (CI-ON).

Clegg J, Hollis C, Mawhood L, Rutter M. (2005). Developmental language disorders--a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46, 128-149.

Colletti, V., Carner, M., Miorelli, V., Guida, M., Colletti, L. & Fiorino, F.G. (2005). Cochlear implantation at under 12 months: report on 10 patients. Laryngoscope, 115, 445-449.

DeJonckere, Ph., Quené, H., Smit, J., Duijnstee, M., Wijnen, F. & Gerrits, E. (2011). De Utrechtse opleidingskolom Logopedie, Logopedie & Foniatrie, 1, 18-22.

Enderby, P. & Emerson, J. (1996). Speech and language therapy, does it work? The British Medical Journal, 312, 1655-1658.

Gerrits, E. (2010) Van praten naar begrijpend lezen na cochleaire implantatie. Invited keynote op jubileum symposium 80 jarige bestaan Opleiding Logopedie Utrecht op 25 september 2010.

Gerrits, E. & Bruinsma, G. (2010). Evidence-based logopedie: Het effect van taaltherapie bij kinderen. Capita Selecta AGU op 26 november 2010.

Goorhuis-Brouwer, S. (2009). Moedertaal en schooltaal. Presentatie tijdens het afscheidssymposium van dr Romain Buekers op 9 oktober 2009, Adelante Audiologie en Communicatie Hoensbroek.

Goorhuis-Brouwer, S. & Levering, B. (2006). Dolgedraaid. Mogen peuters nog peuteren en kleuters nog kleuteren? Uitgeverij SWP: Amsterdam.

Kalf, H. & de Beer, J. (2004). Evidence-based Logopedie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Keegstra, A.L., Post, W.J. & Goorhuis-Brouwer, S.M. (2009). Effect of different treatments in Young children with language problems. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 73, 663-666.

Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening (2011). Gezond oud worden begint al vroeg; verbinding in kennis. Kaderstelling Onderzoeksprogrammering tot 2015. Faculteit Gezondheidszorg, Hogeschool Utrecht.

Kind en Gezin (2003). Het kind in Vlaanderen. Jaarverslag, Brussel.

Koning de, H.J., de Ridder-Sluiter, J.g. van Agt, H.M., Reep-van den Bergh, C.M. van der Stege, H.A., Korfage, I.J., Polder, J.J. & van der Maas (2004). A cluster-randomised trial of screening of language disorders in toddlers. Journal of Medical Screening, 11, 109-116.

Kort, H. (2011). Roadmap Zorg en Technologie. Faculteit Gezondheidszorg, Hogeschool Utrecht.

Kuiper, H. (2004). Methodisch handelen in de logopedie. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Lacroix, M., Lemmens, J. & Beurskens, S. (2010). Evidence-based practice in het buitenschools leren van de opleiding logopedie. Logopedie en Foniatrie, 2, 46-50.

Law J, Garrett Z, Nye C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Database Syst Rev. 3:CD004110.

Leemrijse, C., Steultjens, E., Dorgelo, M. & van den Ende, E. (2004). **Prioritering van onderzoek naar de** effectiviteit en doelmatigheid van ergotherapie en logopedie. Utrecht: NIVEL.

Meulenberg-Brouwer, A., Pol-Top, H. & Kuiper, C. (2008). Dialoog, Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist. Uitgeverij LEMMA.

Niparko J.K, Tobey E.A, Thal D.J, Eisenberg L.S, Wang N.Y, Quittner A.L, Fink N.E. (2010). Spoken language development in children following cochlear implantation. Journal of the American Medical Association, 303, 1498-1506.

NVLF (2002). Richtlijn Verslaglegging logopedie aan de verwijzer. Gouda: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

NVLF (2003). Beroepsprofiel logopedist. Gouda: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

Offringa, M., Assendelft, W.J.J. & Scholten, R.J.P.M. (2000). Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Priester, G.H., Post, W.J. & Goorhuis-Brouwer, S.M. (2009). Problems in speech sound production in young children. An inventory study of the opinions of speech therapists. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 73, 1100-1104.

Reilly, S., Douglas, J. & Oates, J. (2004). Evidence-based practice in speech pathology. London and Philadelphia: Whurr Publishers.

Schoten van, E. & Sleegers, P. (2009). Onderzoek naar de effectiviteit van VVE- enpeuterspeelzalen in Oosterhout en Den Bosch. Rapport 813 Kohnstamm Instituut UvA.

Spencer, P.E. (2004). Individual differences in language performance after cochlear implantation at one to three years of age: child, family, and linguistic factors.Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 9, 395-412.

Straaten, H.L. van, Tibosch, C.H., Dorrepaal, C., Dekker, F.W. & Kok, J.H. (2001). Efficacy of automated brainstem response hearing screening in very preterm newborns. Journal of Pediatrics, 138, 674-678.

Svirsky, M.A., Robbins, A.M., Kirk, K.I., Pisoni, D.B., & Miyamoto, R.T.(2000) Language development in profoundly deaf children with cochlear implants. Psychological Science, 11, 153-18.

Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. and O'Brien, M. 1997. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 40, 1245-1260.

Vermeulen, A.M, van Bon, W, Schreuder, R, Knoors H, Snik A. (2007). Reading comprehension of deaf children with cochlear implants. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 12, 283-302.

/ KENNISKRING

Bruins, Marjan
Directeur O&O Auris

Bruinsma, Gerda MSc
Logopedist, docent Logopedie HU

Fortgens, Connie dr.
Linguïst dr Polanoschool, afdeling O&O Auris

Stumpel, Hermine drs.
Psycholoog, afstudeercoördinator opleiding logopedie HU

Zwitserlood, Rob drs.
Linguïst, promovendus Auris-UU

/ COLOFON

Auteur
Ellen Gerrits

Eindredactie
Lisette Blankestijn, Almere

Ontwerp
Vormers, Utrecht

Drukwerk
Grafisch Bedrijf Tuijtel, Hardinxveld-Giessendam

Lectoraat Logopedie
Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening,
Faculteit Gezondheidszorg
Openbare les Hogeschool Utrecht
Spreken we dezelfde taal?
Evidence-based logopedie en de communicatie
tussen onderzoek, onderwijs en praktijk
31 maart 2011

Contact
Adres Bolognalaan 101, 3584 CJ Utrecht
Telefoon 06 23 28 47 81
E-mail ellen.gerrits@hu.nl

© Hogeschool Utrecht