

Vroege of latere interventie?

Heeft het gegeven advies effect op de taalverwerving?

Katarina Fenske (0724297)

6 juni 2011

Linda Hoog (0721530)

Kringbegeleider: Johan Dekelver

Tweede Beoordelaar: Katja Nöllgen

©Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Hogeschool Zuyd.

VOORWOORD

Deze bachelorthesis is geschreven in het kader van de afstudeeropdracht bij de opleiding logopedie van de Hogeschool Zuyd te Heerlen.

Dankzij hulp en begeleiding van verschillende personen is het thema en uiteindelijk de hele bachelorthesis tot stand gekomen.

Daarom willen wij in dit voorwoord iedereen danken die ons op de weg tot deze scriptie heeft geholpen.

In de eerste plaats gaat onze dank uit naar onze coach Johan Dekelver, die ook onze belangrijkste inhoudsdeskundige was. Van het begin af heeft hij vertrouwen in ons gehad en was altijd geïnteresseerd in onze scriptie en de vooruitgang. Hij heeft ons met adviezen en feedback geholpen onze bachelorthesis tot dit resultaat te brengen.

Wij danken Charlotte Huppertz, die ons met haar deskundigheid waardevolle tips voor onze thesis heeft gegeven, Katja Nöllgen, die onze tweede beoordelaar is en Gerrit Huisman voor de correcties in het Nederlands.

Vervolgens bedanken wij alle werknemers van Adelante audiologie & communicatie die ons de mogelijkheid hebben gegeven in dossiers van hun cliënten te kijken zodat wij onze benodigde gegevens konden verzamelen.

Ook willen wij onze partners, ouders, familie en vrienden bedanken voor hun steun en begrip in deze tijd.

Verder danken wij alle leden van onze bachelorkring die ons met feedback hebben geholpen tot dit resultaat te komen.

Tenslotte bedanken wij elkaar dat wij altijd prima konden samenwerken, goed naar elkaar hebben geluisterd en gewoon een geweldig team met mooie ideeën en een betrouwbare en consequente werkwijze waren.

Linda Hoog & Katarina Fenske

Heerlen, juni 2011

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
INHOUDSOPGAVE	4
SAMENVATTING	5
1. INLEIDING	6
2. THEORETISCHE ACHTERGROND	8
2.1 Onderzoeksvoorwaarden bij Adelante audiologie & communicatie	8
2.2 Diagnostiekinstrumenten bij Adelante audiologie & communicatie	9
2.3 Pro & contra van vroege interventies.....	10
2.3.1 Pro vroege interventies	10
2.3.2 Contra vroege interventies	11
2.4 Indirecte Therapie	14
2.4.1 Hanencursus	14
2.4.2 Ouder Advies Bijeenkomst.....	15
2.5 Directe Therapie	15
2.6 Indirecte versus directe therapie	16
2.6.1 Pro indirecte therapie	17
2.6.2 Pro directe therapie	20
2.6.3 Pro combinatie van indirecte en directe therapie.....	22
3. METHODE	25
3.1 Onderzoeksdesign.....	25
3.2 Proefpersonen	25
3.3 Dataverzameling.....	26
3.4 Statistische Analyse	27
4. RESULTATEN	28
4.1 Proefpersonen	28
4.2 Testresultaten op alleen één meetmoment.....	30
4.3 Adviezen van Adelante audiologie & communicatie	30
4.4 Verhouding van de adviezen per meetmoment	31
4.5 Hoe vaak werden de adviezen na meetmoment 1 opgevolgd?.....	32
4.6 Proefpersonen met een significante verbetering.....	33
4.7 Proefpersonen met een significante verbetering in twee quotiënten	34
4.8 Significante verbetering tussen meetmoment 1 en 2	35
4.9 Adviezen voor het totale proces	36
4.10 Adviezen bij een significante verbetering	37
5. DISCUSSIE/CONCLUSIE	40
5.1 Evaluatie en interpretatie van de resultaten	40
5.2 Aanbevelingen voor Adelante audiologie & communicatie.....	42
5.3 Algemene aanbevelingen.....	43
6. LITERATUUR	45
7. BIJLAGEN	49

SAMENVATTING

Het doel van deze thesis was een uitspraak te doen over welke therapievorm het meest geschikt is voor kinderen die hun eerste logopedische adviezen hebben gekregen tussen 2;0 en 3;0 of tussen 3;0 en 4;0 jaar.

Kinderen met een vermoeden op een achterstand in de taalverwerving of met taalverwervingsstoornissen worden bij Adelante audiologie & communicatie te Hoensbroek multidisciplinair onderzocht. Naar aanleiding van de resultaten wordt een advies gegeven zoals afwachten, indirecte therapie, directe therapie of een combinatie van beide. Methodisch worden de testscores van de Reynell test voor taalbegrip (RTTB) en de Schlichting test voor woord- en zinsproductie (STTP) van tenminste twee onderzoekstijdstippen vergeleken. In deze thesis werd onderzocht of er afhankelijk van de leeftijd een regelmaat in advisering plaatsvond en of de gegeven adviezen significante effecten op de taalverwerving van de kinderen hadden. Hiervoor werd het hele behandelingsproces van de proefpersonen bekeken. Er werden, afhankelijk van de leeftijd verschillende adviezen gegeven. Terwijl bij kinderen tussen 2;0 en 3;0 jaar geen voorkeur in advisering en ook geen significante verbeteringen te zien was, werd bij kinderen tussen 3;0 en 4;0 jaar het advies “directe therapie” het meest frequent gegeven. Dit leverde ook het grootste aantal significante verbeteringen op.

Sleutelwoorden: indirecte en directe therapie – advies – effect – taalverwerving

1. INLEIDING

Vanuit Adelante audiologie & communicatie kwam de aanleiding voor deze onderzoeksvraag en uiteindelijk deze thesis.

Bij Adelante audiologie & communicatie worden kinderen en volwassenen met auditieve en/of communicatieve problemen getest. Zij krijgen vervolgens, indien nodig adviezen en worden behandeld. Vanaf een heel jonge leeftijd kunnen kinderen bij Adelante audiologie & communicatie met eventuele spraak- en taalproblemen multidisciplinair worden onderzocht.

Op basis van dit onderzoek wordt een advies voor verdere benadering gegeven. Die kan een afwachtend karakter hebben of van indirecte en/of directe aard zijn. Het is ook mogelijk dat vervolgdagnostiek nodig is. In de literatuur zijn meningen te vinden dat een te vroege interventie kinderen ernstig in gevaar kan brengen, bijvoorbeeld tot gedragsproblemen kan leiden (Paul 2007, in Möller 2009). De diagnose van een vertraging of stoornis in de taalverwerving kan op vroege leeftijd niet met zekerheid worden gesteld (Ritterfeld, 2007). Ook zijn er onderzoeken bekend van een indirecte benadering van de ouders van het kind met een vermoeden op een taalverwervingsachterstand. Verder bestaan er empirische studies die bewijzen, dat een vroege directe interventie positieve effecten op de spraak- en taalverwerving kan hebben. Andere onderzoeken bevestigen dat een gecombineerde aanpak het meest geschikt is (zie hiervoor 2.7).

Binnen Adelante audiologie & communicatie werd nog niet statistisch onderzocht welke adviezen bij kinderen van welke leeftijd het meest worden gegeven en of deze ook tot de beste effecten leiden. Verder was het in dit kader nuttig te kijken hoeveel ouders het advies van de medewerkers van Adelante audiologie & communicatie werkelijk volgen.

De gegevens werden door middel van een literatuur- en een dossierstudie onderzocht.

Hoofdvraagstelling:

Welke therapievorm is voor kinderen tussen 2;00 en 3;00 en tussen 3;00 en 4;00 jaar het meest geschikt?

Subvraagstellingen:

I. Welke therapievormen worden bij Adelante audiologie & communicatie geadviseerd?

II. Bestaat bij Adelante audiologie & communicatie een voorkeur voor advisering bij de verschillende leeftijden?

III. Worden de adviezen die van de medewerkers van Adelante audiologie & communicatie worden gegeven door de ouders opgevolgd?

IV. Welke therapievorm is volgens de literatuur voor welke leeftijd het meest geschikt?

Hieruit worden de volgende doelstellingen herleid:

Hoofddoel

Er kan een uitspraak gegeven worden welke therapievorm – afhankelijk van de leeftijd - het best effect op de spraak- en taalverwerving heeft.

Subdoel

Logopedisten komen te weten welke therapievorm het grootste effect heeft afhankelijk van de stoornis en de leeftijd.

H₀: Er bestaat geen therapievorm die het beste effect op de spraak- en taalverwerving heeft afhankelijk van de leeftijd.

H₁: Er bestaat een therapievorm die het beste effect op de spraak- en taalverwerving heeft afhankelijk van de leeftijd.

2. THEORETISCHE ACHTERGROND

2.1 Onderzoeksvoorwaarden bij Adelante audiologie & communicatie

De Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC) heeft een aantal normen opgesteld waaraan de kwaliteit van de diagnostiek moet voldoen. Dat is belangrijk omdat alle audiologische centra op dezelfde manier aan de slag gaan en de diagnostiek vergelijkbaar wordt.

Er komen kinderen met een duidelijke verwijzing of hulpvraag die een spraak- en taalproblematiek betreft binnen. In een audiologisch centrum, zoals Adelante audiologie & communicatie zijn altijd meerdere disciplines betrokken. Bij de unit Taal horen een logopedist, een taal-spraakpatholoog, een psycholoog, een psychologie-assistent, een orthopedagoog, een orthodidactisch- en een pedagogisch medewerker, een kinderfysiotherapeut en een maatschappelijke werker. Deze multidisciplinaire diagnostiek wordt “Molen” genoemd. Binnen dit onderzoek wordt het gehoor van de kinderen gescreend, het taalbegrip en de taalproductie onderzocht, en er vindt een oraai onderzoek plaats. Verder wordt de ouder-kind-interactie door middel van een spelobservatie bekeken en wordt de sociaal-emotionele ontwikkeling en het gedrag in kaart gebracht.

Als de diagnostiek is afgesloten, bepaalt het team de verdere voortgang van het onderzoek en het advies. Tussen aanmelding en intake mogen maximaal twee maanden, tussen intake en advies maximaal drie maanden liggen.

De diagnostische procesvoering moet voor de ouders inzichtelijk zijn. Hiervoor werd door FENAC/Expertplatform in samenwerking met de Federatie van Ouders van slechthorende kinderen en kinderen met spraak- en taalmoeilijkheden (FOSS) en de vereniging van motorisch gehandicapten en hun ouders (BOSK) een monitorsysteem ontwikkeld en uitgevoerd.

Op grond van de diagnostiek moeten adviezen kunnen worden gegeven. Zonodig wordt gericht doorverwezen naar een andere vorm van hulpverlening.

Na de eerste diagnostiek is een vervolgtraject voorzien waar afspraken worden gemaakt, zodat een terugrapportage na doorverwijzing mogelijk wordt. Ook worden er controle-

momenten en evaluaties ingepland. Het komt vaak voor dat patiënten die moeilijkheden in de spraak- en/of taalverwerving hebben voor controle worden teruggezien.

Kinderen tussen 2;0 en 4;0 jaar komen in aanmerking voor onderzoek als de problemen op het gebied van de spraak- en/of taalverwerving het meest voorkomen. Zoals bij kinderen jonger dan 3;0 jaar bij wie het vermoeden van een spraak- en/of taalprobleem in hun moedertaal bestaat of kinderen tussen 3;0 en 4;0 jaar met een duidelijk probleem op het gebied van spraak en/of taal.

2.2 Diagnostische instrumenten bij Adelante audiologie & communicatie

Adelante audiologie & communicatie gebruikt tests die door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) zijn goed gekeurd om de taalvaardigheden van een kind tussen 2;0 en 4;0 jaar in kaart te brengen.

Bij Adelante audiologie & communicatie wordt onder andere met de Reynell test voor taalbegrip (RTTB) en de Schlichting test voor taalproductie (STTP) gewerkt.

De RTTB geeft een uitkomst over de receptieve taalverwerving van nederlandssprekende kinderen en onderzoekt hiervoor de linguïstische domeinen semantiek en syntaxis in 12 secties die qua complexiteit oplopen. De STTP bestaat uit verschillende onderdelen, de test voor Woordontwikkeling (WO), de test voor Zinsontwikkeling (ZO), de test voor Auditief geheugen (AG) en de Lexilijst Nederlands (LLN).

In deze thesis werd met de resultaten van de WO en de ZO gewerkt.

De WO meet de actieve woordenschat door concrete voorwerpen en plaatjes, geordend in semantische velden, die benoemd moeten worden.

Bij de ZO wordt door middel van ontlokkingsprocedures de actieve syntactische ontwikkeling van kinderen getoetst.

Met behulp van deze tests wordt de talige ontwikkelingsleeftijd van een kind vastgesteld en door een genormeerde tabel met andere kinderen vergeleken. De resultaten worden in een TBQ (taalbegripsquotiënt), een WQ (woordquotiënt) en een ZQ (zinsquotiënt) weergegeven (Eldik van, M., Schlichting, J., Lutje Spelberg, H., Meulen van der, B. & Meulen van der, S., 1997;1998).

2.3 Pro en contra van vroege interventies

In de literatuur zijn zowel positieve als ook kritische meningen met betrekking tot vroege interventies te vinden. Een vroege interventie kan zowel indirect als direct zijn. Vaak wordt bij jonge kinderen geen gebruik gemaakt van deze interventies en wordt eerst alleen het advies “afwachten” gegeven. Angsten en zorgen die door het vermoeden van een achterstand in de taalverwerving tot stand komen, worden met dit advies meestal niet opgelost (Ritterfeld, 2007). In de volgende hoofdstukken worden aspecten beschreven, die vóór en/of tegen vroege interventies spreken.

2.3.1 Pro vroege interventies

In een richtlijn voor de jeugdgezondheidszorg van Agt et al. (2007) werd bepaald dat door screening al vroeg problemen in de taalverwerving kunnen worden opgespoord. De meerkosten kunnen worden terugverdiend, doordat kinderen al vroeg interventie krijgen en dan niet op latere leeftijd op school grotere - en duurdere - problemen hebben.

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) neemt in een consultatieburo (CB) verschillende onderzoeken af. Dit is in de eerste twee levensjaren het “van Wiechenschema”; op 2-jarige leeftijd het “VTO-taal signaleringsinstrument” en de “Gereviseerde Minimum Spreeknormen” op latere leeftijd.

Met het VTO-taal signaleringsinstrument kan een eenduidig vervolgbeleid worden opgesteld. Van de slechtst scorende kinderen wordt 4% naar een audiologisch centrum verwezen. De 7-22% daarop slechtst scorende kinderen worden teruggezien om voor hun derde verjaardag een beleidsplan op te stellen.

Volgens schatting hebben rond 5% van alle peuters en kleuters problemen in hun taal (Reep-van den Bergh et al. 1998). Een taalachterstand, waar niet tijdig wordt ingegrepen kan gevolgen hebben voor de taalverwerving en leerprestaties op school (Beitchman et al.1996; Coster et al. 2005).

In 2006 werden de resultaten van een groots opgezet bevolkingsonderzoek met ongeveer 10000 kinderen gepubliceerd. Er waren twee groepen: een gescreende en behandelde groep en een controlegroep. De gescreende en deels behandelde kinderen presteerden significant beter op schoolgaande leeftijd. Bovendien zaten significant

minder kinderen binnen deze groep op speciaal onderwijs vergeleken met de controlegroep.

Om de vroege interventie te rechtvaardigen deden Thomas-Stonell, Oddson, Robertson & Rosenbaum (2009) een onderzoek met 210 kinderen tussen de 2;0 en 5;0 jaar en hun ouders. Zowel ouders als logopedisten observeerden positieve veranderingen bij de kinderen die logopedie kregen. Na gemiddeld acht therapiesessies werden verbeteringen in communicatie, aandacht, spel, sociale factoren, tevredenheid en gedrag gezien. Ouders beoordeelden de invloed van de stoornis in taalverwerving op de vaardigheden in een kinderdagverblijf en de emotionele gezondheid van hun kind twee keer erger dan de logopedisten (voorbeelden voor negatieve invloeden zijn: verlegenheid, frustratie, gedragsproblemen).

Law, Boyle, Harris, Harkness & Nye (2000) achterhaalden door middel van een systematische review dat de meest gebruikelijke screeningsinstrumenten geen duidelijk onderscheid kunnen maken tussen kinderen die wel of geen problemen in de taalverwerving hebben. De taalverwervingsstoornissen zijn meestal te complex – daarom kan niet één enkel screeningsinstrument tot een correcte uitkomst leiden. Dit betekent niet dat een vroege screening niet belangrijk is. Uit onderzoek blijkt dat kinderen die correct geïdentificeerd worden en een interventie krijgen een goede vooruitgang in hun taalvaardigheden maken. Een van meerdere alternatieven voor screening kan de primaire preventie zijn. Hierbij worden ouders al vroeg alert gemaakt dat er risico's op taalverwervingsproblemen bestaan, nog voordat het kind het probleem manifesteert.

2.3.2 Contra vroege interventies

Dannenbauer (1994, in Ritterfeld 2007) vindt een vroege interventie, in de vorm van samenwerking met ouders, contraproductief. Deze leidt volgens hem tot een grotere druk en meer kritiek op het kind. Ouders verliezen door een interventie hun spontaniteit en maken meer gebruik van correcties.

Ook door Paul (2007, in Möller 2009) werd uitgevonden dat door een vroege interventie de ouder-kind-interactie beschadigd en door spraak- en taaltherapie ongewenste gedragsveranderingen bevorderd kunnen worden. Een experimenteel onderzoek met driejarige kinderen toonde aan, dat alleen al een diagnose voor de stoornis van hun kind hebben, de interactie tussen ouders en kind verandert. Het gedrag werd sterk leer-georieënteerd - de ouders wilden hun kinderen iets bijbrengen. Ze gingen dan vaak meteen op de wensen van hun kinderen in en gaven hen niet de kans voor communicatie. Er was wel een verschil als de ouders al zelf een diagnose voor hun kind hadden gesteld en uit eigen initiatief handelden. Voor hen was de onzekerheid dan niet meer zo groot (Ritterfeld 2007). Verder werd in dit onderzoek aangetoond dat volwassenen ook met kinderen die alleen een gesimuleerde taalverwervingsstoornis hadden anders reageerden. De volwassenen probeerden de kinderen door vragen en lof in hun communicatie te bevorderen. Ook correcties werden hier veel vaker gebruikt dan bij een controlegroep met talig onopvallende kinderen.

“Intuitive parenting” (bijvoorbeeld het aanpassen aan het taalniveau van het kind) kan volgens Papoušek (2006, in Möller 2009) door bijkomende aspecten zoals onzekerheid, uitputting of angst licht verstoord worden. Hierdoor kan het kind dan niet meer succesvol worden benaderd.

Ritterfeld (2007) stelde dat een vertraging of stoornis in de taalverwerving op een vroege leeftijd niet met zekerheid gediagnosticeerd kan worden. Er vinden belangrijke taalverwervingsprocessen binnen de eerste drie levensjaren plaats. Daarom bestaat de discussie of het niet mogelijk kan zijn, ook bij vermoeden van een taalachterstand therapie te geven. Doil (2002) heeft empirisch aangetoond dat kinderen taal in een verschillend tempo verwerven en dat dit afhankelijk is van de leefwereld en van verschillen in de kinderen zelf. 30-50% van de kinderen die met 1;0 tot 2;0 jaar als risicokinderen werden beschouwd, vertoonden op een leeftijd van 3;0 jaar geen achterstand meer.

Goorhuis-Brouwer et al. (1999) vergeleken 2;0 tot 3;0 jarige kinderen die in de spraak- en taalverwerving opvallend waren met normaal ontwikkelden kinderen. Ze vonden dat de pedagogische relatie met de ouders bij de eerste groep gespannen was en de ouders van duidelijk slechtere ontwikkelingsmogelijkheden voor hun kinderen spraken.

Goorhuis-Brouwer & Knijff (2003) analyseerden prospectief de aanbevelingen voor een behandeling die door logopediste werden gegeven. De taalvaardigheden van 34 kinderen tussen 2;0 en 5;3 jaar werden in het begin getoetst en na twaalf maanden nog een keer. De kinderen werden door hun huisartsen in verband met mogelijke taalproblemen naar een logopediste gestuurd. Bij 97% van de kinderen die naar een logopediste waren gestuurd werd logopedie aangeraden. De resultaten van de meeste van deze kinderen waren bij gestandaardiseerde tests voor de zinsproductie (61%) en voor het taalbegrip (79%) binnen of boven het gemiddelde. Ook bij de Groningen Diagnostic Speech Norms was de spontane spraak bij 76% van de kinderen adequaat naar hun leeftijd. De kinderen hadden problemen met de articulatie of stotterperiodes. Omdat de articulatieproblemen nog steeds aanwezig waren, kregen 50% van de kinderen zelfs na 12 maanden nog logopedische therapie.

De conclusie van deze studie was dat bij jonge kinderen met articulatieproblemen vaak logopedie wordt geadviseerd. Bij veel kinderen duurt deze therapie meer dan een jaar wat aanduidt dat logopedische therapie deze problemen niet in een grote omvang kon oplossen. Ook de scores van de taaltoetsen bleven relatief stabiel. Goorhuis-Brouwer & Knijff (2003) bevelen aan spraakproblemen en vooral articulatieproblemen bij jonge kinderen opnieuw te overdenken met betrekking tot rijping en normale variaties in de spraak- en taalverwerving. Het advies “‘watchful waiting’ zou vaker moeten worden gegeven.

Verder deden Girolametto, Siegel & Tannock (1992, in Ritterfeld 2007) onderzoek naar het succes van “milieuteaching”. Hiervoor kregen de moeders concrete aanwijzingen voor dagelijks interactiegedrag op basis van de Hanencursus. Toch waren er alleen effecten bij de moeders, maar geen taalvoortgang bij de kinderen te zien.

Uit een studie van Whitehurst et al. (1991, in Ritterfeld 2007) bleek dat een vroege interventie met ouders van kinderen met problemen in de taalverwerving eerst effecten had. Vergeleken met een controlegroep was de woordenschat duidelijk groter. Toch waren op de leeftijd van 5;0 jaar geen verschillen meer te herkennen tussen interventie- en controlegroep. Daarom is volgens de onderzoekers een vroege interventie niet nodig en afwachten het betere advies.

2.4 Indirecte Therapie

Bij een indirecte therapie wordt het kind niet door een externe therapeut behandeld. In plaats daarvan worden de ouders zelf de therapeuten. Door middel van home-training, oudercursussen, adviesgesprekken en literatuur leren de ouders hoe ze de taalverwerving van hun kind op een optimale manier kunnen bevorderen. Een jong kind kan het beste thuis, in een vertrouwde omgeving door vertrouwde personen, begeleid worden. De ouders hebben de mogelijkheid om thuis in dagelijkse situaties aandacht aan de taal van hun kind te besteden.

Of een kind uitsluitend voor indirecte therapie in aanmerking komt, is afhankelijk van een aantal factoren, zoals de ernst van de taalverwervingsstoornis, of er bijkomende stoornissen zijn, de mogelijkheden van het kind en de mogelijkheden en beperkingen van de omgeving.

Als de taalverwervingsachterstand niet te groot is, kan voor uitsluitend indirecte therapie worden gekozen. Daarbij is wel een vervolgonderzoek na een bepaalde periode van de indirecte therapie noodzakelijk (Van den Dungen & Verboog, 2005).

Buekers & Dekelver (2002) beschrijven de voorwaarden die voor indirecte therapie gelden. Er zijn ouders voor wie een ouderprogramma niet zinvol is, omdat de taalstoornis van het kind niet primair of secundair aan ouder-kind-interactie gerelateerd is. Voor een grote groep van ouders is een ouderprogramma wel nuttig, omdat de omgang met het kind nieuw geleerd gedrag vereist of omdat de ouders leren naar hun kind en zichzelf te kijken. Zo zorgen ze voor een betere interactie. Er is nog een kleinere groep van ouders voor wie een ouderprogramma nodig is omdat de ouder-kind-interactie ernstig verstoord is.

Er bestaan verschillende vormen van indirecte therapie waarvan er twee worden uitgelegd en die door Adelante audiologie & communicatie worden geadviseerd.

2.4.1 Hanencursus

De Hanencursus wordt aan groepen van ouders gegeven door een “Hanen” gespecialiseerde logopediste. Door vroegtijdige interventie op de taal van jonge kinderen zal de communicatieve ontwikkeling van het kind door een ouder worden

gestimuleerd. De Hanencursus heeft een duur van drie maanden (Maaßen & Zimmer, 2010).

2.4.2 Ouder Advies Bijeenkomst

De OuderAdviesBijeenkomsten (OAB) zijn bedoeld voor ouders van jonge kinderen met een bestaande, maar geringe communicatieve beperking of een ernstige communicatieve beperking, waarvoor een wachtlijst voor de therapie gelat. Een logopedist van Adelante audiologie & communicatie licht tijdens twee bijeenkomsten drie belangrijke principes toe: Volgen – Aanpassen – Toevoegen. Uitgaand van de interesse van het kind wordt er zoveel mogelijk gebruik gemaakt van dagelijks voorkomende situaties. Verder wordt er aandacht aan het ‘hoe’ en ‘waarom’ van taal besteed. Ook bestaat de kans met andere ouders ervaringen uit te wisselen (Adelante, 2011).

2.5 Directe Therapie

Een directe therapie wordt door de therapeut zelf uitgevoerd. Het doel van directe therapie is volgens Van den Dungen & Verboog (2005) dat kinderen in de interactie kunnen participeren. Dit kan worden bereikt door de specifieke vaardigheden waarover een logopediste beschikt en die de taalverwerving van het kind bevorderen. Deze professional is in staat vele verschillende aspecten in de taal van een kind waar te nemen, te interpreteren en daarop te reageren en te reflecteren. Vooral bij ernstig taalgestoorde kinderen is het nodig de kern van het probleem te zien en verder rekening te houden met bijkomende stoornissen. Een logopediste bevordert een optimale communicatie, maar houdt hierbij ook het taalgedrag dat het kind vertoont, in de gaten om zo zijn eigen taalaanbod hierop aan te passen. Vergeleken met de interactie tussen de ouders en het kind is de interactie tussen het kind en de therapeut veel bewuster, minder intuïtief en bepaald door een grote kennis van de normale taalverwerving en -stoornissen.

Daarom kan een logopedist taalverwervingseffecten bereiken, die de ouders nooit zouden kunnen bereiken. Vanuit een communicatieve houding van de therapeut kan een interactie tussen hem en het kind ontstaan.

2.6 Indirecte versus directe therapie

In de literatuur zijn onderzoeken te vinden naar de effectiviteit van indirecte therapie, directe therapie of een combinatie van beide interventies.

Volgens Buekers & Dekelver (2002) is het grootste gedeelte van de bestaande studies methodologisch zwak. Er wordt weinig gebruik gemaakt van experimentele- of controlegroepen. Ook wordt vaak onduidelijk met de gegevens van de deelnemende kinderen omgegaan. Toch wordt aangenomen dat kinderen meer kunnen leren wanneer ouders en therapeut samen werken. Bij deze aanname wordt weinig aandacht besteed aan de soort van taalproblematiek en aan het achterliggende onderzoek - hoe het resultaat van aard en ernst tot stand is gekomen. Een concrete identificatie en differentiatie is belangrijk om een onderscheid te kunnen maken tussen kinderen bij wie de achterstand vanzelf overgaat en kinderen met een slechtere prognose. De verschillende subgroepen moeten ook nader onderzocht worden (kinderen met taalproductieproblemen versus kinderen met lexicaal-semantiche beperkingen, kinderen met losstaande taalproductieproblemen versus kinderen met gemengde begrips- en productieproblemen).

Om de taalverwerving van een kind optimaal te stimuleren kunnen ouders goede partners van een therapeut worden. Ze reageren vaak op pogingen van hun kind wat een goed klimaat thuis schept. Bij ontwikkelingsproblemen is het raadzaam wanneer ouders nog meer energie in de opvoeding steken. Als de communicatie van een kind gestoord is, hebben daar zowel het kind als ook de ouders last van. Het gebeurt dan vaak dat ouders proberen zelf een oplossing te vinden. Sommige ouders nemen dan de taal van het kind over, andere praten voor hun kind en nog andere praten nog weinig met hun kind.

Als dit gebeurt zijn er twee hulpmogelijkheden:

1. Een hulpverlener die zijn deskundigheid gebruikt en het kind behandelt (direct)
2. Een hulpverlener die de ouders als partners inschakelt (indirect)

2.6.1 Pro indirecte therapie

Volgens Warren & Yoder (1993, in Ritterfeld 2007) biedt indirecte therapie de beste kans voor een vooruitgang van kinderen met problemen in de taalverwerving. Hierbij zijn vooral vier technieken van belang:

1. contingente imitatie van het gedrag van het kind (deze leidt ertoe dat het kind de taal van zijn ouders imiteert)
2. contingente responsiviteit (ouders volgen de interesses van hun kind)
3. steunende en modellerende taal
4. gebruik van sociale routines (rijmen, taalspelletjes,...)

Van Balkom & Groeneweg (1996) maakten een Visiteproject met twee groepen ouders en hun kinderen, die specifieke problemen in de taalverwerving hadden. De proefgroep kreeg twaalf weken lang een interventie gebaseerd op de videohometraining en kreeg adviezen voor een verbetering van de interactie en stimulering van taal. De andere groep kreeg geen interventie. Om een effect te kunnen meten werden bij beide groepen in het begin en aan het einde taaltests afgenomen en een videoopname van een vrije spelsituatie gemaakt. Na drie maanden interventie werd duidelijk dat indirecte videohometraining positieve effecten op de interactie tussen ouder en kind had. Er was meer samenhang tussen de uitingen en handelingen. Op taalkundig en morfosyntactisch gebied waren geen meetbare effecten. Uit een vragenlijst bleek dat de ouders tevreden waren over de videohometraining. Ze gaven aan dat het kind minder teleurgesteld is wanneer het niet wordt begrepen of het zelf iets niet begrijpt. Ouders en kind beschikten over vaardigheden zoals kijken en luisteren die het begrip bevorderden.

Buekers & Dekelver (2002) zijn van mening dat ouders van spraak- en taalgestoorde kinderen moeten worden gesteund. Ze moeten leren de taal en de communicatie van hun kind optimaal te bevorderen door het verbeteren van de ouder-kind-interactie. Volgens Buekers & Dekelver (2002) moet er rekening met de opvattingen van de ouders worden gehouden. Het is belangrijk dat ouderbegeleiding niet het standaardpakket wordt, maar naast andere hulpverleningsvormen in het standaardpakket wordt opgenomen.

De ouderbegeleiding kan variëren afhankelijk van het kind en de ouders. Zo kan de begeleiding individueel of in een groep plaatsvinden. Verder kan deze qua tijd sterk variëren. Soms zijn een aantal avonden voldoende, soms wordt voor een langdurige periode gekozen. Dit is afhankelijk van de ernst van de stoornis en de wensen van de ouders. Daarnaast dienen de begeleiders over voldoende deskundigheid te beschikken. Ook de inhoud van de interventies is gedeeltelijk variabel, maar het taalverwervingsproces moet een vast onderdeel zijn. De stimulatie van taal- en communicatievaardigheden moet centraal staan, doordat ouders adviezen voor verschillende thema's krijgen, bijvoorbeeld "hoe lees ik een boek met mijn kind" of "hoe speel ik met mijn kind".

Een empirisch rapport van Girolametto & Weitzman (2006) omvatte "Late-Talkers" tussen 18 en 30 maanden, kinderen in de kleuterschool met een cognitieve en een ontwikkelingsvertraging en ouders van kinderen in de kleuterschool met specifieke taalproblemen. Uit uitgebreide klinische studies van de afgelopen 25 jaren is gebleken dat de Hanencursus – It takes two to talk - de beste effecten bereikt als ouders gemotiveerd zijn om hun kind te helpen, de mogelijkheid van een kinderoppas en vervoer hebben, ze de meeste sessies alert volgen en hun ervaringen met andere families uit de groep willen delen.

Het is bekend dat een interventie zonder familiale betrokkenheid bijna geen success heeft. Verder loopt de vooruitgang door een onderbreking van de interventie terug. Rossetti (2001) heeft hier aan toegevoegd dat betere resultaten worden gevonden als de ouders van jonge kinderen met beperkingen vroeg in interventieprogramma's worden betrokken. Uit een review van 56 interventiestudies bleek dat levensechte interventies bij jonge kinderen in een vroeg stadium van de communicatieontwikkeling tot een verbetering van de vaardigheden leiden (McLean & Cripes, 1997). Dunst, Trivette, Humphries, Raab & Roper (2001) zeiden dat een levensechte omgeving bestaat uit drie dimensies: de achtergrond, het type van de activiteit en de uitvoerende persoon. Die optimale achtergrond geeft het kind de mogelijkheid dingen binnen een context te leren, zoals in interacties met de ouders of significante andere personen in real-life situaties welke het leren van sociaal, adaptief, cultureel en veelbetekend gedrag bevorderen.

Uit een onderzoek van Hall & Segarra (2007) met 35 kinderen tussen 3;0 en 5;0 jaar is gebleken dat “parent report” een belangrijke meerwaarde heeft om de taal- en communicatievaardigheden van een kind in kaart te brengen.

Verder werd in een onderzoek van Ritterfeld & Rindermann (2004, in Ritterfeld 2007) duidelijk dat de meeste moeders een groot behoefte aan een professionele oudertraining hebben.

Whitehurst, Falco, Lonigan & Fischel (1988) toonden in een onderzoek aan dat tot goed voorlezen opgeleide ouders, die in het dagelijks met hun kind uit boeken lezen een positieve invloed op de taalverwerving hebben. Hierbij kreeg een proefgroep van ouders een maand gerichte instructies voor actief voorlezen (bijvoorbeeld functionele vragen stellen, om het kind aan het denken te brengen). De controlegroep las op “normale” manier verder. De kinderen uit de proefgroep scoorden in expressieve taaltests significant beter. Bij hen werden ook een grotere uitinglengte, meer frasen en minder eenwoorduitingen geobserveerd.

Dit onderzoek werd van Arnold, Lonigan, Whitehurst & Eppstein (1994) verder uitgebreid. Hierbij kregen ouders om de twee weken scholingen of ze werden met behulp van leervideo's geïnstrueerd. De kinderen uit de experimentele groep toonden een significant grotere vooruitgang in de woordenschat dan kinderen uit de controlegroep. De verschillen verdweenden bij leeftijd 5;0 jaar.

Ook Dale, Crain-Thoreson, Notari-Syverson & Cole (1996) deden een onderzoek naar de effecten van het getraineerde voorlezen van boeken. Hiervoor kregen 33 kinderen tussen 3;0 en 6;0 jaar en hun moeders interventie naar aanleiding van Whitehurst's Dialogic Reading Training Program. Er werden effecten bij de moeders en bij de kinderen gevonden. De moeders hadden een groter repertoire aan taalverwervingsstrategieën, terwijl ook de vraagstijl sterk was verbeterd. Hierdoor werden bij de kinderen meer en langere uitingen, betere verbale antwoorden op vragen en meer nieuwe woorden vastgesteld. Zij beweren dat getraind voorlezen een goede steun voor de bevordering van de taalverwerving is. Maar toch zou bij gemanifesteerdere problemen een sterkere interventie, zoals directe therapie, moeten worden gebruikt.

2.6.2 Pro directe therapie

Uit een meta-analyse van Law, Garrett & Nye (2004) bleek dat directe interventie een effect heeft bij kinderen met problemen binnen de fonologische of expressieve woordenschat. De effecten van interventies bij kinderen die specifieke problemen in de syntax hadden, waren middelmatig. Bij kinderen met problemen in het taalbegrip kon na directe interventie een klein effect worden gemeten.

Met betrekking tot de verbetering van de taal van kinderen met problemen in de taalverwerving kon geen significant verschil worden gevonden bij door indirecte therapie getrainde ouders en getrainde logopedisten.

Verder werd aangetoond dat een langere tijd van interventie (langer dan acht weken) een factor voor betere resultaten was.

Schlesiger (2009) heeft een onderzoek naar de effectiviteit van directe therapie bij “Late-Talkers” uitgevoerd en hierbij de kortdurige en de langdurige effectiviteit onderzocht. “Late-Talkers” zijn kinderen die met 2;0 jaar nog niet in staat zijn tenminste drie verschillende tweewoord-uitingen die werkwoorden bevatten te produceren (zie bijlagen voor verdere informatie). Dit, en het bereiken van een productieve woordenschat van tenminste 200 woorden, is het doel van de “Late-Talker”- therapie. Van 34 kinderen hebben 15 directe therapie gekregen en 19 geen therapie. De 15 kinderen in de experimentele groep waren op het eerste meetmoment gemiddeld 2;3 jaar oud en de kinderen in de controlegroep gemiddeld 2;4 jaar. De experimentele groep kreeg directe interventie tot ze tweewoord-uitingen konden produceren.

Het bleek dat de “Late-Talkers” die directe therapie hadden gekregen meer vooruitgang hadden gemaakt dan de kinderen die geen therapie hadden gekregen. Na een half jaar na het eerste meetmoment was de vooruitgang binnen de eerste groep duidelijk op productief lexicaal en grammaticaal niveau te zien.

Verder lieten de kinderen die directe therapie hadden gekregen ook één jaar na het eerste meetmoment, en daarmee zes tot tien maanden na het einde van de therapie, een grotere vooruitgang op receptief en expressief grammaticaal niveau zien en vertoonden

met drie jaar minder ernstige specifieke spraak-taalstoornissen dan de kinderen die geen therapie hadden gekregen.

Zollinger (2008) deed een studie om de vroege directe spraak- en taalinterventie van haar programma te rechtvaardigen. Hiervoor werden elf kinderen met een vertraging in de taalverwerving, die geen problemen in het taalbegrip hadden, uitgekozen. Deze kinderen kregen geen therapie, maar de ouders kregen adviezen en werden na drie maanden voor een controleonderzoek uitgenodigd. 20 kinderen met een vertraging in de taalverwerving en problemen in het taalbegrip werden in de therapeutische groep gezet en kregen binnen deze groep een directe interventie naar B. Zollinger.

Van de elf kinderen zonder directe interventie kwamen alleen drie kinderen voor het controleonderzoek. Bij deze kinderen konden na uiterlijk zes maanden geen taalanomalieën meer worden geobserveerd.

Alleen negen kinderen van de 20 met problemen op beide gebieden waren uiteindelijk in de groep. Vijf kwamen vanuit organisatorische redenen niet meer naar de therapie, maar wel voor een controleonderzoek. Zes ouders accepteerden de therapie niet en namen niet meer aan het onderzoek deel. Observaties en controleonderzoeken toonden na negen tot twaalf maanden aan, dat zeven van de negen kinderen uit de groep geen symptomen van problemen in taalbegrip of taalverwerving meer hadden. De andere twee kinderen hadden nog problemen in de taalproductie, vooral op syntactisch niveau. Bij de vijf kinderen zonder taalinterventie werden nog steeds grote problemen op alle gebieden gezien.

2.6.3 Pro combinatie van indirecte en directe therapie

Directe therapie kan ook tegelijk met indirecte therapie gecombineerd of als voortzetting van indirecte therapie worden gegeven. Dit heeft het voordeel dat het kind nieuw geleerde communicatiemiddelen in dagelijkse situaties kan uitproberen en toepassen. In de literatuur wordt vaak een combinatie van indirecte en directe therapie voor jonge spraak- en taalgestoorde kinderen geadviseerd. De voorwaarde voor een combinatie is dat de ouders van de jonge spraak-taalgestoorde kinderen tijdens de directe therapie aanwezig zijn, zodat ze de behandeling thuis kunnen voortzetten.

Kinderen leren sneller en meer wanneer de therapeut en de ouders samenwerken. Verder zijn natuurlijk ook economische factoren belangrijk. Als een behandeling sneller klaar is ontstaan minder kosten. Daarom is ouderbegeleiding een effectieve interventie (Weitzman 1997, in Buekers & Dekelver 2002).

In een onderzoek van Ritterfeld & Rindermann (2004, in Ritterfeld 2007) werd duidelijk dat een kind gemiddeld twee weken een therapiesessie van 30 tot 45 minuten volgt. De redenen hiervoor zijn bijvoorbeeld vakanties of ziekte. Daarom is naast deze directe ook een indirecte interventie absoluut noodzakelijk. Hiermee kan namelijk een transfer van de therapeutische situatie naar het dagelijkse leven van het kind plaatsvinden.

Robertson & Ellis Weismer (1999, in Ritterfeld 2007) werkten twaalf weken telkens 75 minuten per week indirect en direct met tweejarige kinderen. In vergelijking met een controlegroep lieten de behandelde kinderen een duidelijke vooruitgang in hun kwantitatieve taalproductie, hun woordenschat, de variabiliteit van woorden en de duidelijkheid in de articulatie zien. Ook in een test ter meting van vroege communicatieve vaardigheden hadden de behandelde kinderen betere resultaten en de ouders vertelden over significant minder psychische druk.

Kinderen met een taalverwervingsstoornis blijken niet optimaal te profiteren van kennis en informatie-uitwisseling in gesprekken met hun ouders (Van Balkom 1991-1992, in

Buekers & Dekelver 2002). De wijze waarop ouders met hun kind communiceren heeft eveneens invloed op de taal- en communicatieverwerving.

Als ouders en het taalgestoord kind verbaal en non-verbaal nauwelijks op elkaar reageren (wat vaak gebeurt) raken zij meer en meer vervreemd. Het is daarom belangrijk dat ouders een ondersteunende rol bij de behandeling krijgen. Belangrijk bij het behandelprogramma is dat er rekening wordt gehouden met de gezinssituatie. Hierbij staat één doel centraal, namelijk de sociaal-communicatieve basis en de wederzijdse betrokkenheid van ouder en kind te herstellen. Het is bekend dat kinderen taal door communicatie met hun omgeving leren. Daarom is het belangrijk dat het klimaat tussen ouders en kind niet verstoord raakt. Zo moet er worden voorkomen dat ouders krampachtig proberen het kind te leren praten. Het gevolg van een slecht klimaat is dat het kind zich minder uit en zich niet begrepen voelt. Het kan reageren met driftbuien en zich terugtrekken. Hier wordt dan meestal directe logopedie geadviseerd. Deze therapie is zeer op het kind gericht, maar de ouders staan er buiten. De thuissituatie verandert niet mee en men heeft het vermoeden dat de therapie dan weinig effect heeft. Daarom is naast directe interventie ook indirecte therapie belangrijk (Buekers & Dekelver, 2002).

In een systematische review van Nelson, Nygren, Walker & Panoscha (2006) werden de resultaten van 745 studies vergeleken. Met betrekking tot de therapievorm werd aangetoond dat zowel indirecte als ook directe interventies voor een groei van de communicatieve vaardigheden bij kinderen tussen 2;0 en 3;0 jaar zorgden. Ook voor kinderen tussen 3;0 en 4;0 jaar werd via het onderzoek een significante vooruitgang in deze vaardigheden door logopedische interventies gevonden.

Baxendale & Hesketh (2003) hebben een onderzoek naar de effectiviteit van de Hanencursus en directe therapie gedaan en kwamen tot de conclusie dat allebei even effectief zijn. Ze hebben daarnaast de effectiviteit van de Hanencursus en directe therapie vergeleken (2003). Het resultaat hiervan was dat directe therapie met een individueel toezicht van de ouders goedkoper was en hiervoor alleen 4,5 tot 9,5 uren per kind nodig waren. Bij de Hanencursus met een deelname van drie ouders waren 36,5 uren nodig en bij een participatie van acht ouders 16,5 uren per kind. Dus zijn de

werkuren bij de directe therapie met toezicht van de ouders bijna half zo groot vergeleken met de indirecte Hanencursus. Dit onderzoek is kritisch te bekijken omdat Baxendale en Hesketh de uren met twee cursusleiders hebben berekend en verder de Hanencursus met drie ouders hebben uitgevoerd.

Gibbard (1994) stelde vast dat de SLI-kinderen na de indirecte interventie op de meeste taal- en communicatiebeoordelingen significant beter scoorden dan de kinderen uit de controlegroep. Men gaat ervan uit dat het positief effect het resultaat van extra aandacht van de ouders voor hun kinderen was.

In een volgend experiment werden drie groepen samengesteld. De kinderen van de eerste groep kregen directe taaltherapie. De ouders van de tweede groep kregen een ouderbegeleidingsprogramma met betrekking tot het stimuleren van de taal. In de derde groep kregen de ouders een aantal voorlichtingsavonden over de algemene ontwikkeling. De kinderen uit de eerste en tweede groep, dus de groepen waar directe of indirecte taaltherapie werd gegeven, scoorden bij taal- en communicatiebeoordelingen significant beter dan kinderen uit de derde groep. Er waren geen significante verschillen tussen de eerste en de tweede groep, zodat men kan zeggen dat ouderbegeleiding en kindgerichte directe interventie niet in effectiviteit verschillen. Dat zou betekenen dat indirecte en directe interventies tenminste even effectief zijn.

Kot & Law (1995, in Buekers & Dekelver 2002) deden een studie met twee groepen die uit telkens zeven ouder/kind-paren bestonden. De eindeffecten van twee verschillende taalinterventieprogramma's werden onderzocht. In de eerste groep kregen de kinderen drie keer per week zeven weken lang een groepsbehandeling. Tegelijk bezochten de ouders van deze kinderen een keer per week een voorlichtingsavond over de stimulatie van taalvaardigheden. De tweede groep kreeg ook groepstherapie zoals groep één, maar de ouders kregen geen voorlichting. De resultaten van de kinderen werden via een videoanalyse van de ouder-kind-interactie vóór en ná de interventie gemeten. Uit dit onderzoek bleek dat de ouders van de voorlichtingen profiteerden, bijvoorbeeld doordat ze non-verbale uitingen van hun kinderen beter verbaal konden terugkoppelen. Alle kinderen lieten een vooruitgang in de initiatieven van taalgebruik zien.

3. METHODE

3.1 Onderzoeksdesign

Er werd een kwantitatief onderzoek gedaan naar de meest geschikte therapievorm voor een groep kinderen, die tussen 2;0 en 3;0 jaar en tussen 3;0 en 4;0 jaar hun eerste logopedische advies hadden gekregen. Door middel van een literatuurstudie en een dossierstudie binnen Adelante audiologie & communicatie kon hierover een uitspraak worden gedaan. Tijdens het onderzoek werd het totaal onderzoeksproces van de twee proefgroepen vergeleken. Daarnaast werd de vooruitgang van TBQ, WQ en/of ZQ vergeleken met het gegeven advies.

3.2 Proefpersonen

De gegevens van de proefpersonen waren afkomstig van dossiers uit het archief van Adelante audiologie & communicatie.

De proefpersonen moesten aan volgende inclusiecriteria voldoen:

1. Leeftijd tussen de 2;0 en 4;0 jaar
2. Uitvoering van een multidisciplinair onderzoek met minimaal twee meetmomenten
3. Nederlands als moedertaal
4. Onderzocht met RTTB en/of STTP

Exclusiecriteria:

1. Kinderen die bij meetmoment 1 jonger dan 2;0 jaar of ouder dan 3;11 jaar waren
2. Tweektalige kinderen
3. Kinderen met geestelijke handicaps
4. Kinderen zonder vervolgonderzoek
5. Kinderen die niet met RTTB of STTP worden onderzocht

3.3 Dataverzameling

De data uit de onderzoeksverslagen van de proefpersonen werd in een Excel tabel verzameld. De tabel was onderverdeeld in volgende categorieën:

- Patiënt nummer
- Geboortedatum
- Geslacht
- Kalenderleeftijd
- TBQ
- WQ
- ZQ
- Welk logopedisch advies?
- Advies door ouders opgevolgd?
- Afstand tussen meetmoment 1 en meetmoment 2
- TBQ 2
- WQ 2
- ZQ 2
- Advies meetmoment 2
- Afstand tussen meetmoment 2 en meetmoment 3
- TBQ 3
- WQ 3
- ZQ 3

3.4 Statistische Analyse

De data werd geanalyseerd met behulp van de independent sample t-toets van het “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS). Deze toets wordt gebruikt om de scores van twee onafhankelijke groepen te vergelijken.

Eerst werden de twee groepen gefilterd wat betekent dat proefpersonen bij wie de afstand tussen meetmoment 1 en meetmoment 2 groter was dan 12 maanden eruit vielen. Als de afstand tussen meetmoment 1 en meetmoment 2 kleiner was dan 12 maanden, maar de afstand tussen meetmoment 2 en meetmoment 3 groter dan 12 maanden, werden ze voor de vergelijking tussen meetmoment 1 en meetmoment 2 toegelaten, maar vielen voor de vergelijking tussen meetmoment 2 en meetmoment 3 eruit, omdat ze anders al te oud waren.

Zowel het geslacht als ook de leeftijd voor ieder meetmoment apart werd bekeken.

Daarna werd het aantal proefpersonen op ieder meetmoment in kaart gebracht. Per proefgroep werd naar het aantal en de aard van adviezen per meetmoment gekeken. Verder werd het aantal proefpersonen per meetmoment en per test op ieder meetmoment berekend.

Met behulp van de richtlijnen uit de handleidingen van de RTTB en de STTP werden de proefpersonen die zich tussen meetmoment 1 en meetmoment 2, tussen meetmoment 1 en meetmoment 3 en/of tussen meetmoment 2 en meetmoment 3 significant hadden verbeterd, berekend. Hier werd voor iedere proefpersoon nagegaan welke therapievorm de significante verbetering tot stand had gebracht.

4. RESULTATEN

4.1 Proefpersonen

De 200 proefpersonen waren 119 jongen en 81 meisjes tussen 2;0 en 4;0 jaren. De jongste proefpersoon was op het eerste onderzoeksmoment 24 maanden oud, de oudste 47 maanden. Vanuit de vraagstelling “*Welke therapievorm is voor kinderen tussen 2;0 en 3;0 en tussen 3;0 en 4;0 jaar het meest geschikt?*” werden de 200 proefpersonen in twee groepen ingedeeld. Groep A bestond uit de proefpersonen tussen 2;00 en 3;00 jaar, groep B uit de proefpersonen tussen 3;0 en 4;0 jaar.

126 proefpersonen waren in groep A, 74 in groep B. In groep A waren 99 jongen en 27 meisjes, in groep B 54 jongen en 20 meisjes.

De proefgroepen werden in het begin gefilterd naar de afstand tussen meetmoment 1 en meetmoment 2 en tussen meetmoment 2 en meetmoment 3. De proefpersonen bij wie alleen één meetmoment aanwezig was of bij wie de afstand tussen meetmoment 1 en meetmoment 2 meer was dan 12 maanden en die geen derde meetmoment hadden of bij wie de afstand tussen meetmoment 2 en meetmoment 3 meer was dan 12 maanden, werden uitgesloten.

Na het filteren lag het aantal proefpersonen bij 176.

Proefgroep A (2-3- jarigen) bestond uit 112 proefpersonen (63,6%) waarvan 88 jongen (78,6%) en 24 meisjes (21,4%) waren. Proefgroep B (3-4- jarigen) omvatte 64 proefpersonen (36,4%) waarvan 46 jongen (71,9%) en 18 meisjes (28,1%) waren.

De gemiddelde leeftijd in proefgroep A lag op meetmoment 1 bij 30 maanden (de jongste proefpersoon was 24 maanden en de oudste 35 maanden), op meetmoment 2 was de gemiddelde leeftijd 36 maanden en op de meetmoment 3 43 maanden.

Binnen proefgroep B lag de gemiddelde leeftijd op meetmoment 1 bij 40 maanden (de jongste proefpersoon was 36 maanden en de oudste 47 maanden), op meetmoment 2 was de gemiddelde leeftijd 47 maanden en op meetmoment 3 53 maanden.

Proefgroep A	Proefgroep B
112 proefpersonen (63,6%)	64 proefpersonen (36,4%)
♂ 88 (78,6%) ♀ 24 (21,4%)	♂ 46 (71,9%) ♀ 18 (28,1%)
Gemiddelde leeftijd meetmoment (MM) 1: 30 maanden Gemiddelde leeftijd MM 2: 36 maanden Gemiddelde leeftijd MM 3: 43 maanden	Gemiddelde leeftijd meetmoment (MM) 1: 40 maanden Gemiddelde leeftijd MM 2: 47 maanden Gemiddelde leeftijd MM 3: 53 maanden
TBQ - MM1: aanwezig bij 98,2% - MM2: aanwezig bij 82,1% - MM3: aanwezig bij 42,9%	TBQ - MM1: aanwezig bij 96,9% - MM2: aanwezig bij 89,1% - MM3: aanwezig bij 37,5%
WQ - MM1: aanwezig bij 70,5% - MM2: aanwezig bij 92,9% - MM3: aanwezig bij 50,9%	WQ - MM1: aanwezig bij 90,6% - MM2: aanwezig bij 92,2% - MM3: aanwezig bij 43,8%
ZQ - MM1: aanwezig bij 27,7% - MM2: aanwezig bij 75% - MM3: aanwezig bij 49,1%	ZQ - MM1: aanwezig bij 45,3% - MM2: aanwezig bij 85,9% - MM3: aanwezig bij 37,5%

(Uiteindelijke proefgroepen)

4.2 Testresultaten op alleen één meetmoment

Er waren proefpersonen bij wie alleen op één quotiënt (TBQ, WQ, ZQ) op één van de drie meetmomenten werd getest. Voor dit quotiënt kon geen vooruitgang worden gemeten. Maar bij deze proefpersonen was tenminste een ander quotiënt voor vergelijking aanwezig zodat deze personen na het filteren in de proefgroep bleven. Dat betekende dat bijvoorbeeld een proefpersoon alleen één TBQ had maar twee WQ's, zodat hier een ontwikkeling bepaald kon worden.

Bij 20 proefpersonen was alleen één TBQ aanwezig. Van de 176 proefpersonen in het geheel bleven 88,6% (156) van de proefpersonen over om de vooruitgang van de TBQ te meten.

Van de 176 proefpersonen hadden 28 alleen één WQ. Vanuit deze reden bleven 84,1% (148) van de proefpersonen over om de vooruitgang van de WQ te meten.

Bij 76 proefpersonen was alleen één ZQ beschikbaar. Bij deze proefpersonen kon geen vooruitgang in de ZQ worden gemeten. Vanuit deze reden bleven van de 176 proefpersonen 56,8% (100) over om de resultaten te kunnen vergelijken.

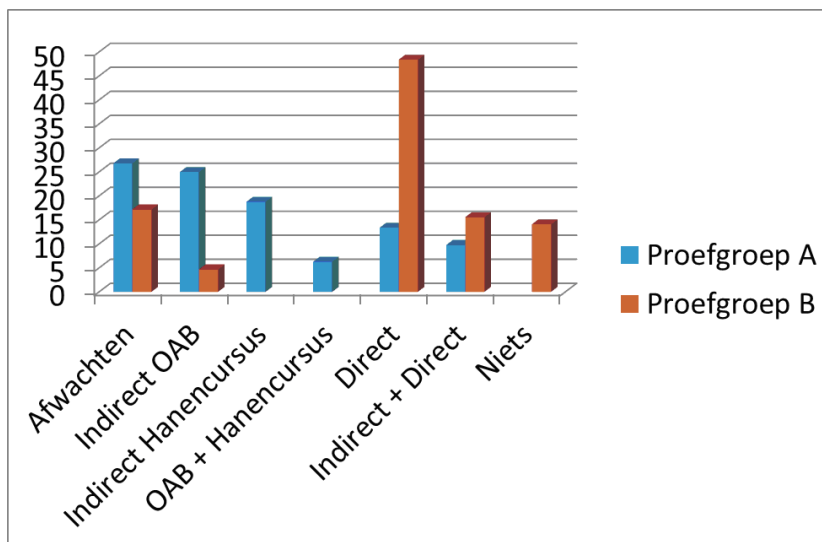
4.3 Adviezen van Adelante audiologie & communicatie

Volgende adviezen werden voor kinderen tussen 2;0 en 4;0 jaar met een vermoeden op een duidelijk spraak- en taalprobleem gegeven:

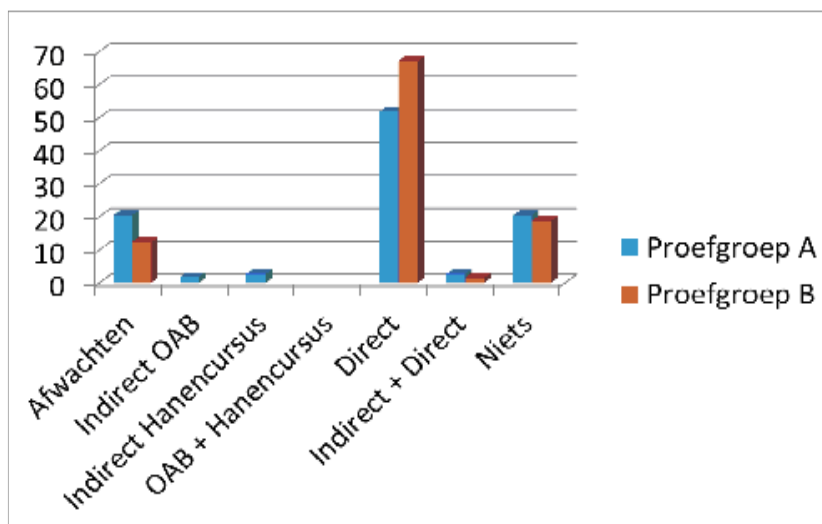
- Afwachten
- Indirecte therapie (Ouder Advies Bijeenkomsten, Hanencursus en/of een combinatie)
- Directe therapie
- Combinatie van indirecte en directe therapie
- Niets

In de meeste gevallen vond een vervolgonderzoek plaats. Als er kenmerken van een nog steeds aanwezige achterstand waren, kwamen de kinderen opnieuw naar Adelante audiologie & communicatie waar onderzoeken werden afgenomen en het advies werd aangepast.

4.4 Verhouding van de adviezen per meetmoment



(Aantal adviezen in procent na meetmoment 1)

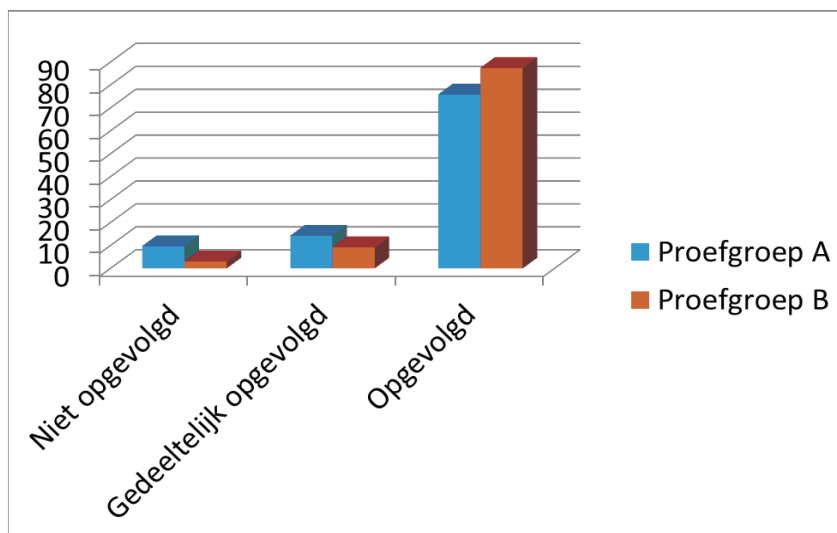


(Aantal adviezen in procent na meetmoment 2)

Uit de diagrammen blijkt dat de adviezen op meetmoment 1 bij proefgroep A heel verspreid waren, terwijl bij proefgroep B een duidelijke tendens naar directe therapie werd gezien.

In het tweede diagram wordt duidelijk dat bij beide proefgroepen heel eenduidig directe therapie werd geadviseerd. Dit komt omdat het totale proces bekeken is. Dit betekende dat in proefgroep A ook proefpersonen waren, die op dat moment ouder dan 3;0 jaar waren. Bij proefgroep B waren de proefpersonen ook ouder geworden. Daarom waren sommige al ouder dan 4;0 jaar.

4.5 Hoe vaak werden de adviezen na meetmoment 1 opgevolgd?



(In procent)

Bij proefgroep A werden de gegeven adviezen in 75,9% (85) van de gevallen volledig en in 9,8% (11) van de gevallen helemaal niet opgevolgd. Gedeeltelijk werden ze in 14,3% (16) van de gevallen opgevolgd, waarbij gedeeltelijk betekende, dat in sommige gevallen alleen één advies werd opgevolgd. Zo werd bijvoorbeeld alleen de Hanencursus en niet de OAB, of alleen de directe therapie en niet de indirecte therapie opgevolgd. Of dat er alleen het advies indirecte therapie werd opgevolgd en nog bijkomend directe therapie werd gegeven op verzoek van ouders.

Bij proefgroep B werden de adviezen in 87,5% (56) van de gevallen volledig opgevolgd. Gedeeltelijk werden de adviezen in 9,3% (6) en in 3,1% (2) van de gevallen helemaal niet opgevolgd.

4.6 Proefpersonen met een significante verbetering

Vervolgens werd de significante vooruitgang over het totale proces van de individuele proefpersonen beschreven. De significante vooruitgang werd in sommige gevallen tussen meetmoment 2 en 3 gevonden, wat betekende dat de proefpersoon ouder was dan zijn of haar proefgroep.

Proefpersonen die al op meetmoment 1 een TBQ, WQ of ZQ binnen de gemiddelde spreiding in vergelijking met leeftijdsgenootjes hadden, werden in de verdere berekeningen voor een significantie niet meer betrokken omdat ze geen vooruitgang meer nodig hadden.

In totaal hadden 35,8% (63/176) van de proefpersonen op tenminste één quotiënt een significante verbetering.

Bij proefgroep A hadden 42% (47/112) op tenminste één quotiënt een significante vooruitgang gemaakt, bij proefgroep B waren het 25% (16/64). De verdeling per quotiënt en per proefgroep was als volgt:

Significante vooruitgang per quotiënt	Aantal in percent	Verdeling tussen de twee proefgroepen
TBQ	12,8% (19/149)	Groep A: 68,4% (13/19) Groep B: 31,6% (6/19)
WQ	30,5% (43/141)	Groep A: 83,6% (36/43) Groep B: 16,3% (7/43)
ZQ	17% (17/100)	Groep A: 47,1% (8/17) Groep B: 52,9% (9/17)

4.7 Proefpersonen met een significante verbetering in twee quotiënten

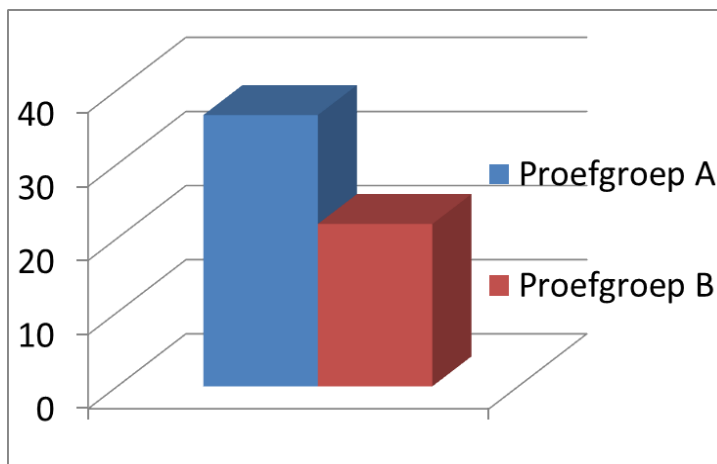
In totaal hadden bij proefgroep A 9,8% (9/112) op twee of drie quotiënten, bij proefgroep B 9,4% (6/64) een significante verbetering. De verdeling was als volgt:

Significante vooruitgang in twee of drie quotiënten	Aantal in percent	Proefgroep
TBQ – WQ – ZQ	11,1% (1/9)	A
WQ – ZQ	55,6% (5/9)	A
TBQ – WQ	22,2% (2/9)	A
TBQ – ZQ	11,1% (1/9)	A
TBQ – WQ – ZQ	16,7% (1/6)	B
WQ – ZQ	66,7% (4/6)	B
TBQ – WQ	16,7% (1/6)	B
TBQ – ZQ	-	-

4.8 Significante verbetering tussen meetmoment 1 en 2

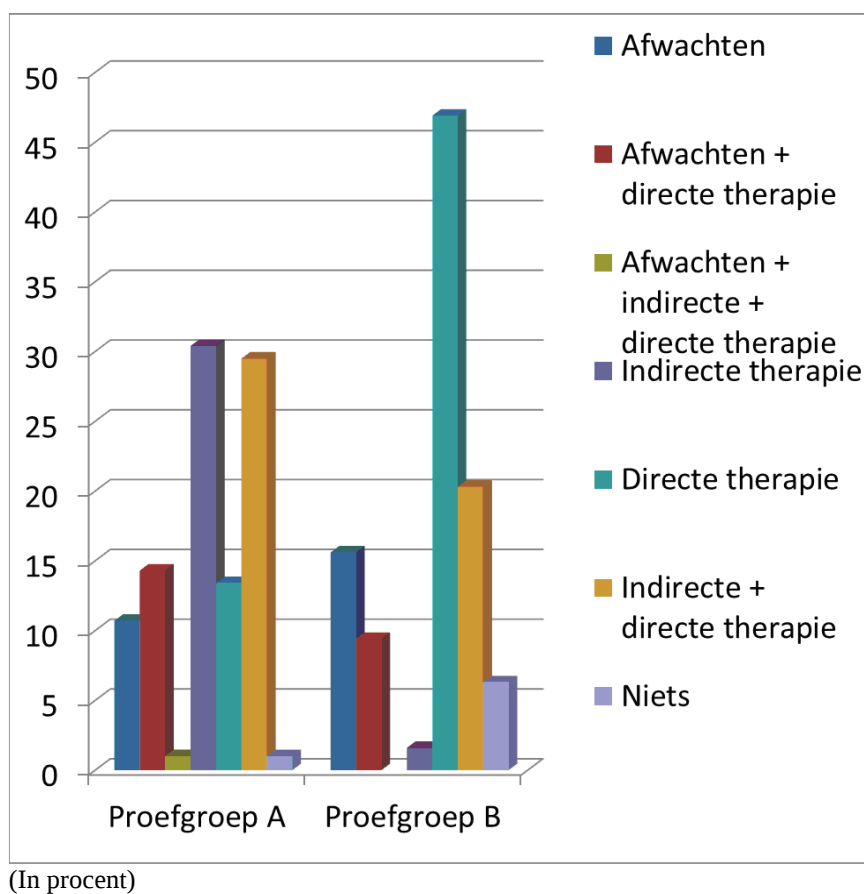
Er werd voor gekozen de significante verbeteringen tussen meetmoment 1 en meetmoment 2 apart te bekijken, omdat de proefpersonen tijdens deze periode puur bij proefgroep A óf proefgroep B hoorden.

Tussen meetmoment 1 en 2 hadden bij proefgroep A 36,6% (41/112) en bij proefgroep B 21,9% (14/64) van de proefpersonen een significante verbetering.



(In procent)

4.9 Adviezen voor het totale proces

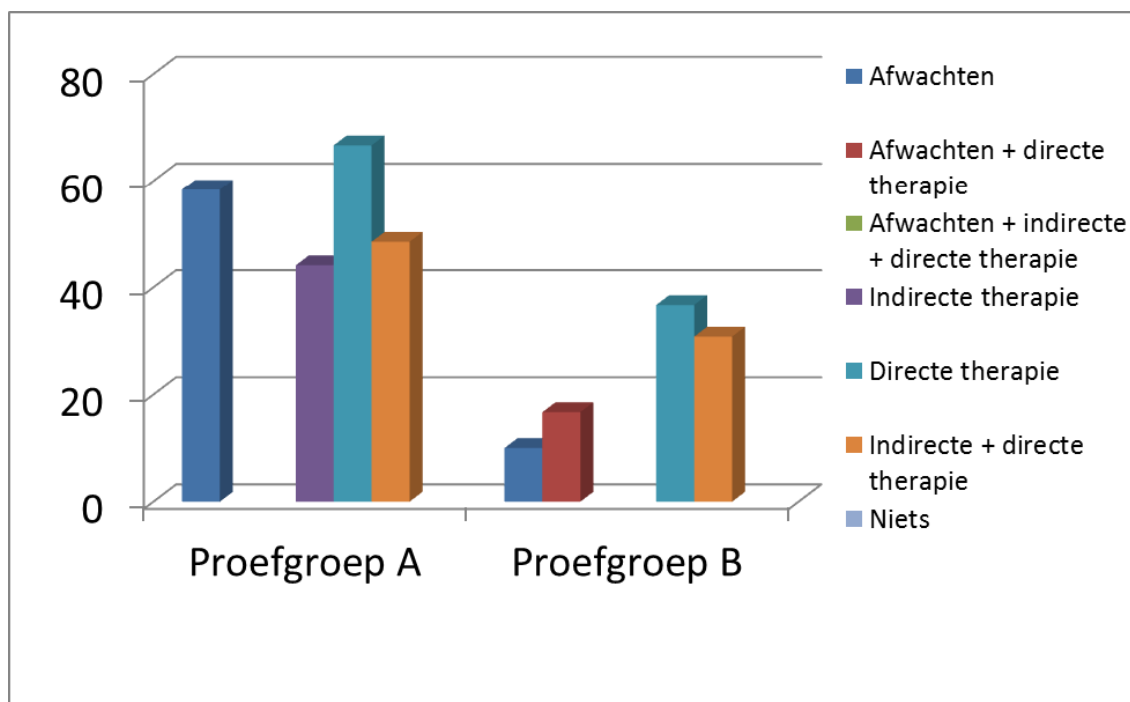


Dit diagram beschrijft de adviezen per proefgroep, die de proefpersonen voor het totale proces, onafhankelijk van de vooruitgang, hadden gekregen.

Bij proefgroep A hadden 10,7% (12/112) het advies “afwachten”, 14,3% (16/112) het advies “afwachten + directe therapie”, 1% (1/112) het advies “afwachten + indirecte + directe therapie” en 30,4% (34/112) het advies “indirecte therapie” gekregen. 13,4% (15/112) van de proefpersonen hadden het advies “directe therapie” gekregen, 29,5% (33/112) het advies “indirecte + directe therapie” en 1% (1/112) het advies “niets”.

Bij proefgroep B werd het advies “afwachten” 15,6% (10/64), het advies “afwachten + directe therapie” 9,4% (6/64) en het advies “indirecte therapie” 1,6% (1/64) van de proefpersonen gegeven. 46,9 (30/64) van de proefpersonen kregen het advies “directe therapie”, 20,3% (13/64) het advies “indirecte + directe therapie” en 6,3% (4/64) het advies “niets”.

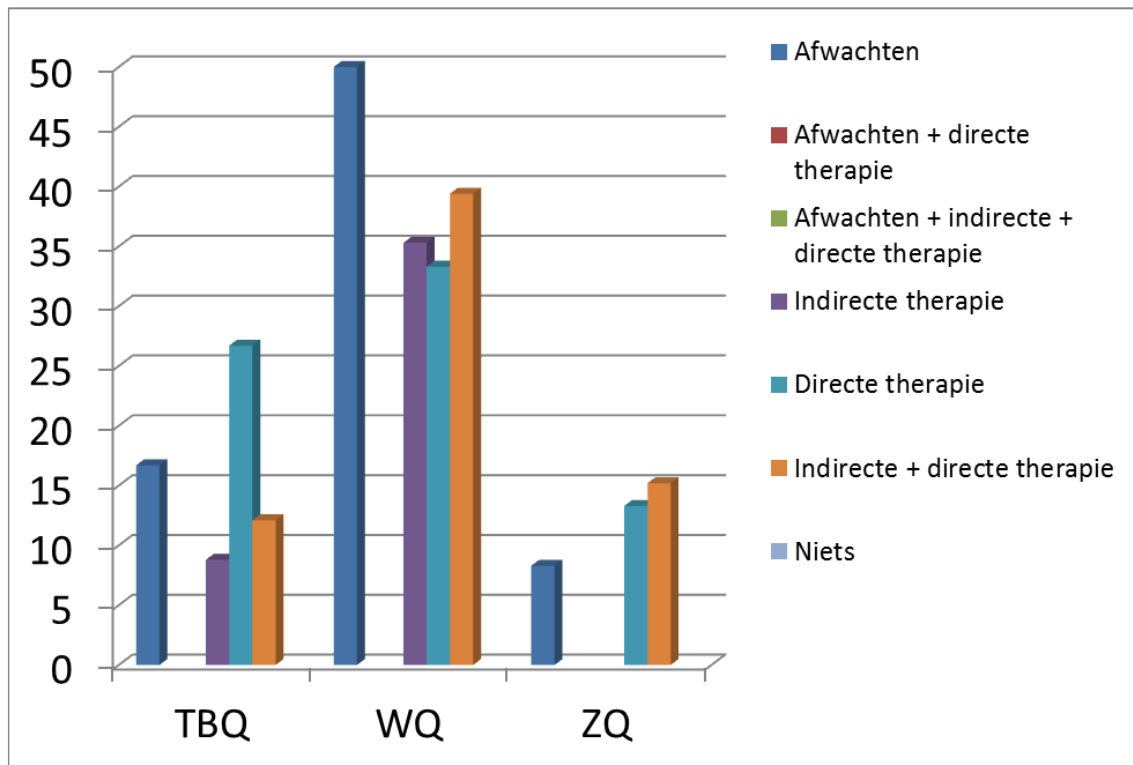
4.10 Adviezen bij een significante verbetering



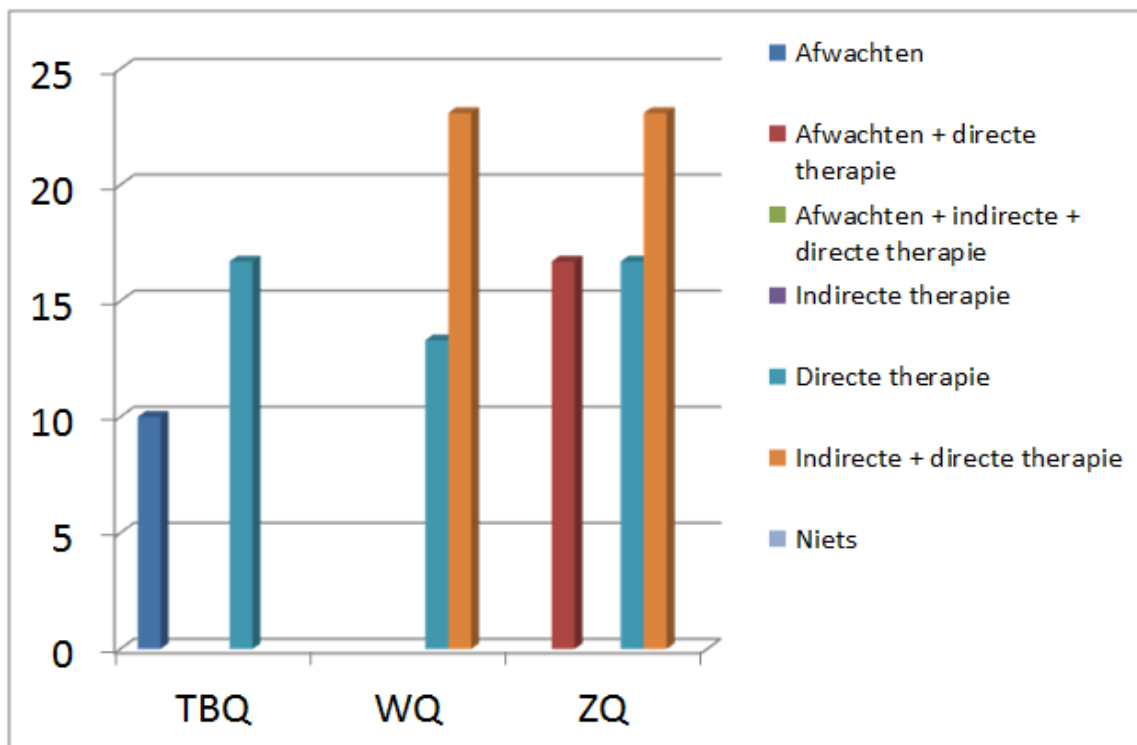
(In procent)

Bij proefgroep A hadden 58,3% (7/12) met het advies “afwachten” een significante verbetering, 44,1% (15/34) met het advies “indirecte therapie” en 66,7% (10/15) met het advies “directe therapie”. 48,5% (16/33) hadden een significante verbetering met het advies “indirecte + directe therapie” bereikt.

Met het advies “afwachten” hadden bij proefgroep B 10% (1/10) een significante verbetering, 16,7% (1/6) met het advies “afwachten + directe therapie” en 36,7% (11/30) met het advies “directe therapie”. Een significante verbetering hadden 30,8% (4/13) met het advies “indirecte + directe therapie” bereikt.



(Proefgroep A)



(Proefgroep B)

16,7% (2/12) van proefgroep A hadden een significante vooruitgang in TBQ bereikt met het advies “afwachten”, 50% (6/12) in WQ en 8,3% (1/12) in ZQ.

8,8% (3/34) hadden een significante vooruitgang in TBQ bereikt met het advies “indirecte therapie”, 35,3% (12/34) in WQ.

26,7% (4/15) hadden een significante vooruitgang in TBQ bereikt met het advies “directe therapie”, 33,3% (5/15) in WQ en 13,3% (2/15) in ZQ.

12,1% (4/33) hadden een significante vooruitgang in TBQ bereikt met het advies “indirecte + directe therapie”, 39,4% (13/33) in WQ en 15,2% (5/33) in ZQ.

10% (1/10) van proefgroep B hadden een significante vooruitgang in TBQ bereikt met het advies “afwachten”.

16,7% (1/6) hadden een significante vooruitgang in ZQ bereikt met het advies “afwachten + directe therapie”.

16,7% (5/30) hadden een significante vooruitgang in TBQ bereikt met het advies “directe therapie”, 13,3% (4/30) in WQ en 16,7% (5/30) in ZQ.

23,1% (3/13) hadden een significante vooruitgang in zowel WQ en ZQ bereikt met het advies “indirecte + directe therapie”.

5. DISCUSSIE/CONCLUSIE

5.1 Evaluatie en interpretatie van de resultaten

Het doel van deze thesis was een uitspraak te kunnen doen welke therapievorm het sterkste effect op de spraak- en taalverwerving heeft, afhankelijk van de leeftijd.

In dit hoofdstuk wordt dit doel bereikt door middel van de beantwoording van de hoofdvraagstelling (*Welke therapievorm is voor kinderen tussen 2;00 en 3;00 en tussen 3;00 en 4;00 jaar het meest geschikt?*)

De volgende subvragen werden al binnen de theoretische achtergrond en de resultaten beantwoord en hier niet meer nader toegelicht:

I. *Welke therapievormen worden bij Adelante audiologie & communicatie geadviseerd?*

II. *Bestaat bij Adelante audiologie & communicatie een voorkeur voor advisering bij de verschillende leeftijden?*

III. *Worden de adviezen die van de medewerkers van Adelante audiologie & communicatie worden gegeven door de ouders opgevolgd?*

IV. *Welke therapievorm is volgens de literatuur voor welke leeftijd het meest geschikt?*

Dit waren de opgestelde hypothesen:

H₀: Er bestaat geen therapievorm die het beste effect op de spraak- en taalverwerving heeft afhankelijk van de leeftijd.

H₁: Er bestaat een therapievorm die het beste effect op de spraak- en taalverwerving heeft afhankelijk van de leeftijd.

Het bleek dat zowel H_0 als ook H_1 gedeeltelijk van toepassing waren.

Er bestaat niet “één” therapievorm die het beste effect op de spraak- en taalverwerving heeft, maar meerdere. Daarom bestaat het vermoeden dat een therapieeffect ook van andere factoren en niet alleen van de therapievorm afhangt. Deze factoren kunnen deels afhankelijk van het kind, van de ouders en van de omgeving zijn.

Opvallend was dat zowel in het totale proces duidelijk meer proefpersonen van proefgroep A een significante vooruitgang vertoonden (42%) in vergelijking met proefgroep B (25%), als ook tussen meetmoment 1 en 2, waar de proefpersonen puur tot hun proefgroepen behoorden qua leeftijd. Dit was bij proefgroep A bij 36,6% en bij proefgroep B bij 21,9% het geval. Zo kan een duidelijk pleidooi vóór een vroege interventie worden gegeven (zie hiervoor 2.3).

Van Adelante audiologie & communicatie werden bij de twee- tot driejarige kinderen het vaakst de adviezen “indirecte therapie” (30,4%) en “indirecte + directe therapie” (29,5%) gegeven.

De significante verbeteringen waren hier heel gelijkmatig verdeeld. 66,7% verbeterden significant met het advies “directe therapie”, 58,3% met het advies “afwachten”, 48,5% met het advies “indirecte + directe therapie” en 44,1% met het advies “indirecte therapie”.

Men kan stellen dat op jongere leeftijd elke therapievorm geschikt is en Adelante audiologie & communicatie een goede advisering heeft gedaan. Daarom moet meer naar de voorwaarden waaraan een kind moet voldoen ofwel de ouder-kind-interactie worden gekeken. Adelante audiologie & communicatie moet zelf bepalen welke kinderen bijvoorbeeld de voorwaarden voor het advies “afwachten” hebben. Precies op deze manier moet het ook bij de keuze voor een indirecte, directe of een gecombineerde interventie gebeuren.

Wat voorwaarden betreft bij de keuze voor wel of geen interventie kan de preverbale ontwikkeling van het desbetreffend kind een belangrijke indicator zijn. Vanaf negen maanden is het kind in staat een beurt te geven en te nemen (Hecking 2008, in Schlesiger 2009). Verder wordt de aandacht op deze leeftijd uitgebreider, wat betekent dat het kind zich zowel op een gesprekspartner als ook op een voorwerp kan richten (joint attention, triangular blik) en deze kan focuseren. Als aan deze voorwaarden voldaan is, wordt van “Late-Bloomers” gesproken die de achterstand later vanzelf weer

inhalen. Volgens deze thesis kan bij deze kinderen ook het advies “afwachten” vaker worden geadviseerd en dan ook goede resultaten opleveren.

Bij het advies “indirecte therapie” moeten voorwaarden zoals ze in 2.4 van Buekers & Dekelver (2002) zijn beschreven, worden vervuld. Ook kan hierbij naar Van den Dungen & Verboog (2005, 2.4) worden verwezen, die beschrijven dat een kind uitsluitend voor indirecte therapie in aanmerking komt, als de taalverwervingsstoornis niet te ernstig is. Hierbij stelt zich echter de vraag wat “te ernstig” betekent. Andersom kan concludeerd worden dat kinderen die een ernstige stoornis in de taalverwerving hebben voor directe therapie in aanmerking komen.

Kinderen van wie de ouders voor een oudercursus in aanmerking komen (zie 2.4) en die een ernstige stoornis in de taalverwerving hebben, zouden het best een combinatie van beide interventies moeten krijgen.

Het advies “directe therapie” (46,9%) werd door Adelante audiologie & communicatie het meest bij de drie- tot vierjarigen gegeven. Met dit advies lieten de meeste kinderen (36,7%) een significante verbetering zien. Met het advies “indirecte + directe therapie” hadden 30,8% zich verbeterd. Men kan ervan uitgaan dat voor deze groep in ieder geval een interventie noodzakelijk is. Afwachten heeft hier geen effect meer. Naast de directe therapie, die op deze leeftijd het beste effect oplevert, zou het goed zijn, als ook de ouder-kind-interactie apart bekeken wordt en bij kinderen die niet aan de voorwaarden voldoen ook de indirecte component erbij betrokken wordt.

5.2 Aanbevelingen voor Adelante audiologie & communicatie

Bij de analyse van de gegevens uit de dossiers viel op dat de mogelijkheid van het bestuderen van de ontwikkeling van een kind beperkt of niet altijd volledig mogelijk was omdat in de vervolgonderzoeken niet altijd dezelfde tests en testonderdelen werden afgenomen.

Ook viel op dat bij sommige kinderen een quotiënt slechts één keer werd gemeten, ook als dit onder de gemiddelde spreiding in vergelijking met leeftijdgenootjes lag. Hier werd de verdere taalverwerving niet meer onderzocht.

5.3 Algemene aanbevelingen

Tijdens het bewerken van de gegevens uit de dossierstudie bleek dat er van vele kinderen testresultaten ontbraken, waardoor de vergelijkbaarheid van de groepen sterk werd beperkt. Er waren proefpersonen waarvan alleen één TBQ, WQ of ZQ aanwezig was. Maar bij deze proefpersonen was tenminste één andere quotiënt aanwezig zodat deze na het filteren in de proefgroep konden blijven. Dat betekende dat bijvoorbeeld een proefpersoon alleen een TBQ had maar twee WQ's, zodat hier een ontwikkeling zichtbaar werd.

Redenen hiervoor kunnen zijn:

- Geen nader onderzoek meer nodig, vanwege resultaten die op meetmoment 1 in de gemiddelde spreiding in vergelijking met leeftijdgenootjes lagen
- Proefpersoon sprak op meetmoment 1 nog zo weinig, dat bijvoorbeeld de Schlichting test voor zinsproductie niet uitvoerbaar was
- Proefpersoon kwam alleen met vermoeden van vertraagde taalverwerving, maar er werd een articulatoirisch probleem gediagnosticeerd wat prioriteit had (op meetmoment 2 werd dan alleen een articulatoirische test gedaan en niet meer op alle gebieden getest)
- Andere tests werden afgenomen vanwege te korte afstand tussen enkele meetmomenten

Omdat deze redenen het totaal aantal proefpersonen bij de vergelijking van de verschillende quotiënten reduceert, maar deze nooit helemaal kunnen worden voorkomen, zou het voor de toekomst een mogelijkheid zijn om een grotere dossierstudie te doen. Hierbij zou het ook mogelijk zijn niet meer met twee verschillende leeftijdsgroepen te werken, maar slechts één groep te creëren, die bij het begin van een interventie tussen 2;0 en 3;0 jaar was, omdat deze in het verloop van de tijd ouder wordt. Zo kan men alleen bij één groep de ontwikkeling analyseren en nog meer nadruk op het effect van vroege of latere interventie leggen.

Het zou een mogelijkheid kunnen zijn om precies de voorwaarden, waaraan een kind en zijn ouders zouden moeten voldoen, middels een verdere dossierstudie of een observatie te onderzoeken, om individueel de beste therapievorm te kunnen adviseren. Verder zou

het interessant zijn te analyseren of de voorwaarden alleen intuïtief of via een bepaald schema worden onderzocht. Als dit niet het geval is, zou het een meerwaarde voor Adelante audiologie & communicatie kunnen zijn, een handleiding met een overzicht van de verschillende voorwaarden te hebben.

Het verder onderzoeken van de verhouding van gedrag en therapievorm via een verdere dossierstudie, zou een ander boeiend onderwerp kunnen zijn. Tijdens onze dossierstudie viel op dat het gedrag en het functioneren van de individuele kinderen uitgebreid door Adelante audiologie & communicatie wordt bekeken, zodat er voldoende informatie in de dossiers te vinden is. Zo is het mogelijk dat een advies voor een bepaalde therapievorm effecten op het gedrag kan hebben.

De laatste aanbeveling naar aanleiding van deze thesis is dat er testmateriaal gebruikt wordt, dat de vooruitgang in taalverwerving van een kind preciezer in kaart kan brengen. RTTB en STTP zijn namelijk niet bedoeld om een ontwikkeling te meten. Deze test moet dan ook voor oudere leeftijden bruikbaar zijn, zodat alle testresultaten casu quo effect vergelijkbaar zijn. Belangrijk is dat dan ook de waarden bij het eerste onderzoeksmoment in kaart worden gebracht.

6. LITERATUUR

Adelante (2011) *Audiologie en communicatie*. [Online]. Available:

<http://www.adelante-zorggroep.nl> [2011, March 7].

Agt, H. Van, Blumenthal, M., Brink, G. van den, Denderen-Lubbers, M. van, Dieleman, L., Goorhuis-Brouwer, S., Strik, M. & Koning, H. de (2007). *Richtlijn: Een uniforme signalering van een vermoeden van taalachterstand en een uniform follow-up beleid. Draagvlak voor implementatie in de jeugdgezondheidszorg in Nederland.*

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

Buekers, R. & Dekelver, J. (2002). *Indirecte taaltherapie: Vormen van ouderbegeleiding bij kinderen met een gestoorde taalverwerving*. In: Manders, E. & Zink, I. (2002) *Taaltherapie bij kinderen*. Antwerpen/Appeldoorn: Garant.

Dale, P.S., Craine-Thoreson, C., Syverson, A. & Cole, K. (1996). Parent-child book reading as an intervention technique for young children with language delay. *Topics in Early Childhood Special Education*, 16, 213-235.

Doil, H. (2002). *Die Sprachentwicklung ist der Schlüssel* (Dissertation) Bielefeld: Universität Bielefeld

Dungen van den, L. & Verboog, M. (2005). *Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen* (derde editie). Bussum: Coutinho.

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

Eldik van, M., Schlichting, J., Lutje Spelberg, H., Meulen van der, B. & Meulen van der, S. (1997). *Reynell Test voor Taalbegrip*. Nijmegen: Berkhout.

Eldik van, M., Schlichting, J., Lutje Spelberg, H., Meulen van der, B. & Meulen van der, S.J. (1998). *Schlichting Test voor Taalproductie* (tweede editie). Nijmegen: Swets + Zeitlinger.

FENAC. (2005, november). *Multidisciplinaire Diagnostiek bij Taal-/Spraakproblemen KITS-2*. [Online]. Available: <http://www.fenac.nl/documentatie/fenac-kits-2.pdf> [2011, March 7].

Gibbard, D. (1994). Parental-based intervention with pre-school language-delayed children. *European Journal of Disorders of Communication*, 29 (2), 131-50.

Girolametto, L. & Weitzman, E. (2006). It Takes Two to Talk - The Hanen Program for Parents: Early Language Intervention through Caregiver Training. In R. McCauley and M. Fey (Eds.). *Treatment of language disorders in children*, 77-103. New York: Brookes Publishing.

Goorhuis-Brouwer, S. & Knijff, W. (2003). Language disorders in young children: when is speech therapy recommended? *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 67, 525-529.

Goorhuis-Brouwer, S.M., Coster F.W. & Nakken, H. (1999). Pädagogische Aspekte von Sprachentwicklungsstörungen. *Sprache Stimme Gehör*, 23, 149-154.

Hall, N. & Segarra, V. (2007). Predicting academic performance in children language impairment: The role of parent report. *Journal of Communication Disorders*, 40, 82-95.

Law, J., Garrett, Z. & Nye, C. (2004). The Efficacy of Treatment for Children With Developmental Speech and Language Delay/Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 47, 924-943.

Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A. & Nye, C. (2000). The feasibility universal screening for primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 190-200.

Maaßen, J. & Zimmer, S. (2010). *Levenskwaliteit van kinderen en ouders: een vergelijking bij directe en indirecte logopedische begeleiding bij jonge kinderen met een taalstoornis*. Heerlen: Bachelorthesis.

Möller, D. & Spreen-Rauscher, M. (2009). *Frühe Sprachintervention mit Eltern*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Nelson, H., Nygren, P., Walker, M. & Panoscha, R. (2006). Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics – Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 117, 298-319.

Ritterfeld, U. (2007). *Elternpartizipation*; In: Schöler, H. & Welling, A. (2007) *Handbuch der Sonderpädagogik*. Band 1: Sonderpädagogik der Sprache. Göttingen: Hogrefe; 922-949.

Schlesiger, C. (2009). *Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers – Eine randomisierte und kontrollierte Studie zur Effektivität eines direkten und kindzentrierten Konzeptes*. Idstein: Schulz- Kirchner Verlag.

Schlesiger, C. (2009). *Sprachtherapeutische Frühintervention für Late Talkers*. Dortmund: Skript zur Fortbildung.

Thomas-Stonell, N., Oddson, B., Robertson, B. & Rosenbaum, P. (2009). Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 42, 29-42.

Whitehurst, G.J., Falco, F.L., Lonigan, C.J. & Fischel, J.E. (1988). Accelerating language development through picture book reading. *Developmental Psychology*, 24, 552-559.

Zollinger, B. (2007). *Die Entdeckung der Sprache* (zevende editie). Bern: Haupt.

Zollinger, B. (2008). *Spracherwerbsstörungen – Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie* (achte editie). Bern: Haupt.

7. BIJLAGEN

Aantal proefpersonen (niet gefilterd)

Steekproef					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	2-3	126	63,0	63,0	63,0
	3-4	74	37,0	37,0	100,0
	Gesamt	200	100,0	100,0	

Aantal proefpersonen gefilterd

Steekproef					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	2-3	112	63,6	63,6	63,6
	3-4	64	36,4	36,4	100,0
	Gesamt	176	100,0	100,0	

Gemiddelde leeftijd proefgroep A

Deskriptive Statistik(a)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Leeftijd in Maanden1	112	24	35	29,9	3,042
Leeftijd in Maanden2	112	28	43	35,5	3,177
Leeftijd in Maanden3	67	34	50	42,7	4,978
Gültige Werte (Listenweise)	74				

a Steekproef = 2-3

Gemiddelde leeftijd proefgroep B

Deskriptive Statistik(a)					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Leeftijd in Maanden1	64	36	47	40,1	3,366
Leeftijd in Maanden2	64	40	56	46,5	4,013
Leeftijd in Maanden3	32	42	59	52,8	6,366
Gültige Werte (Listenweise)	37				

Geslacht van 2-3jarige**Geslacht(a)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig jongen	88	78,6	78,6	78,6
meisje	24	21,4	21,4	100,0
Gesamt	112	100,0	100,0	

a Steekproef = 2-3

Geslacht van 3-4 jarige**Geslacht(a)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig jongen	44	71,9	71,9	71,9
meisje	18	28,1	28,1	100,0
Gesamt	64	100,0	100,0	

a Steekproef = 3-4

Aantal testwaarden bij de drie meetmomenten, proefgroep A**Deskriptive Statistik(a)**

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabw eichung
TBQ1	110	55	119	90,56	12,074
TBQ2	92	73	128	89,86	9,095
WQ1	79	64	101	81,82	10,770
WQ2	104	57	125	90,46	13,600
ZQ1	31	62	94	79,56	9,531
ZQ2	84	61	121	85,74	10,761
Gültige Werte (Listenweise)	16				

a Steekproef = 2-3

Deskriptive Statistik(a)

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabw eichung
TBQ3	48	63	114	86,48	8,053
WQ3	57	58	119	91,46	11,418
ZQ3	55	67	127	86,98	9,666
Gültige Werte (Listenweise)	41				

a Steekproef = 2-3

Aantal testwaarden bij de drie meetmomenten, proefgroep B**Deskriptive Statistik(a)**

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
TBQ1	62	55	107	86,65	8,829
TBQ2	57	67	118	85,95	9,156
WQ1	58	55	118	87,81	13,240
WQ2	59	56	127	90,52	12,862
ZQ1	29	61	101	85,16	9,526
ZQ2	55	62	119	86,98	8,813
Gültige Werte (Listenweise) = wieviele alle 6 tests gemacht haben	18				

a Steekproef = 3-4

Deskriptive Statistik(a)

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
TBQ3	24	76	102	87,20	7,024
WQ3	28	72	105	89,48	7,150
ZQ3	24	67	110	90,64	10,547
Gültige Werte (Listenweise)	20				

a Steekproef = 3-4

Aantal adviezen in procent na meetmoment 1 Proefgroep A**Advies1(a)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	,9	,9	,9
0	30	26,8	26,8	27,6
1	28	25,0	25,0	51,7
2	21	18,8	18,8	69,8
3	7	6,3	6,3	75,9
4	15	13,4	13,4	90,5
5	11	9,8	9,8	100,0
Gesamt	112	100,0	100,0	

a Steekproef = 2-3

0 = afwachten

1 = indirect OAB

2 = indirect Hanencursus

3 = indirect OAB en Hanencursus

4 = direct

5 = indirect en direct

6 = Niets

Aantal adviezen in procent na meetmoment 1 Proefgroep B

Advies1(a)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	11	17,2	17,2	18,8
	1	3	4,7	4,7	23,2
	4	31	48,4	48,4	69,6
	5	10	15,6	15,6	84,1
	6	9	14,1	14,1	100,0
	Gesamt	64	100,0	100,0	

a Steekproef = 3-4

Aantal adviezen in procent na meetmoment 2 Proefgroep A

Advies2(a)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	afwachten	23	20,5	20,5	19,8
	indirect OAB	2	1,8	1,8	21,6
	indirect Hanen	3	2,7	2,7	24,1
	direct	58	51,8	51,8	75,9
	indirect en direct	3	2,7	2,7	78,4
	niets	23	20,5	20,5	100,0
	Gesamt	112	100,0	100,0	

a Steekproef = 2-3

Aantal adviezen in procent na meetmoment 2 Proefgroep B

Advies2(a)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	afwachten	8	12,5	12,5	11,6
	direct	43	67,2	67,2	79,7
	indirect en direct	1	1,6	1,6	81,2
	niets	12	18,8	18,8	100,0
	Gesamt	64	100,0	100,0	

a Steekproef = 3-4

Aantal adviezen in procent na meetmoment 3 Proefgroep A**Advies3(a)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	afwachten	7	10,4	10,8	10,8
	direct	43	64,2	69,2	80,0
	niets	17	25,4	20,0	100,0
	Gesamt	67	59,8	100,0	
Fehlend	System	45	40,2		
Gesamt		112	100,0		

a Steekproef = 2-3

Aantal adviezen in procent na meetmoment 3 Proefgroep B**Advies3(a)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	afwachten	4	12,5	12,5	12,5
	direct	20	62,5	62,5	78,1
	niets	8	25,0	25,0	100,0
	Gesamt	32	50,0	100,0	
Fehlend	System	32	50,0		
Gesamt		64	100,0		

a Steekproef = 3-4

Hoe vaak werden de adviezen na meetmoment 1 opgevolgd? Proefgroep A**Advies1Opgevolgd(a)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nee	16	14,3	14,3	2,9
	gedeeltelijk	11	9,8	9,8	11,6
	ja	85	75,9	75,9	100,0
	Gesamt	112	100,0	100,0	

a Steekproef = 2-3

Hoe vaak werden de adviezen na meetmoment 1 opgevolgd? Proefgroep B**Advies1Opgevolgd(a)**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nee	2	3,1	3,1	2,9
	gedeeltelijk	6	9,3	9,3	11,6
	ja	56	87,5	87,5	100,0
	Gesamt	64	100,0	100,0	

a Steekproef = 3-4

Testresultaten op alleen één meetmoment**TBQ**

102	-	-	A 14
109	-	-	A 16
101	-	-	A 23
98	-	-	A 35
94	-	-	A 42
99	-	-	A 60
97	-	-	A 64
101	-	-	A 69
87	-	-	A 75
96	-	-	A 76

97	-	-	A 84
101	-	-	A 107
103	-	-	B 2
83	-	-	B 25
107	-	-	B 38
93	-	-	B 40
89	-	-	B 42
-	93	-	B 56
-	-	-	B 62

WQ

-	96	-	A 3
-	103	-	A 11
-	-	98	A 13
-	57	-	A 15
93	-	-	A 20
-	102	-	A 23
-	-	65	A 28
-	103	-	A 32
-	114	-	A 34
-	96	-	A 39
-	75	-	A 57
-	73	-	A 58
-	110	-	A 68
-	102	-	A 71
-	78	-	A 72
-	64	-	A 77

-	103	-	A 85
-	105	-	A 90
-	74	-	A 97
-	89	-	A 108
-	86	-	B 15
-	-	95	B 17
-	99	-	B 20
94	-	-	B 30
-	74	-	B 35
110	-	-	B 41
-	58	-	B 44
-	94	-	B 56

ZQ

-	73	-	A 2
-	-	-	A 7
-	83	-	A 8
-	103	-	A 14
73	-	-	A 15
-	-	-	A 16
-	75	-	A 17
-	90	-	A 20
-	-	-	A 24
-	-	69	A 26
-	-	67	A 28
-	-	81	A 31
-	92	-	A 35
-	-	-	A 36
-	-	-	A 37
-	78	-	A 39
-	92	-	A 40
-	-	-	A 43
-	-	92	A 44
-	-	92	A 49
-	-	-	A 53
-	-	-	A 54
-	121	-	A 56
-	73	-	A 57
-	80	-	A 58
-	103	-	A 60
-	87	-	A 61
-	78	-	A 62
-	75	-	A 63
-	104	-	A 66

-	84	-	A 67
-	104	-	A 68
-	100	-	A 69
-	92	-	A 71
-	-	-	A 72
-	-	-	A 73
-	86	-	A 74
-	61	-	A 77
-	-	76	A 81
-	85	-	A 83
-	90	-	A 85
-	81	-	A 86
-	90	-	A 88
-	77	-	A 90
-	-	-	A 94
-	91	-	A 96
-	69	-	A 97
-	-	77	A 99
-	-	90	A 104
-	-	-	A 108
-	73	-	A 110
-	-	92	A 112
-	96	-	B 2
-	119	-	B 3
-	-	-	B 9
-	70	-	B 11
-	95	-	B 12
-	85	-	B 14
79	-	-	B 24
-	95	-	B 25
-	88	-	B 29

-	90	-	B 30
-	99	-	B 32
-	93	-	B 36
-	100	-	B 38
-	91	-	B 40
-	94	-	B 41
-	88	-	B 43
-	63	-	B 44

-	76	-	B 47
-	-	-	B 51
-	88	-	B 52
-	62	-	B 58
-	81	-	B 60
-	81	-	B 64
-	-	-	B 65

Proefpersonen met significant vooruitgang in de TBQ

Nr.	TBQ 1	TBQ 2	TBQ 3
A 17	55 (2;8)	73 (3;0)	
A 20	67 (2;8) MKD	80 (2;11)	
A 21	80 (2;4)	96 (3;0)	
A 31	67 (2;6)	87 (3;0)	84 (3;5)
A 40	64 (2;3)	77 (3;0)	76 (3;9)
A 52	73 (2;8)	85 (3;5)	83 (3;10)
A 63	67 (2;3)	85 (3;0)	
A 72	78 (2;5) Aud. Centr.	90 (2;10)	
A 80	81 (2;2)	96 (2;7)	89
A 90	72 (2;0)	90 (2;10)	
A 95	77 (2;2)	89 (2;7) Ex.thuisbeg.	88 (3;1)
A	81	93	85

AfwachtenDirectIndirect + direct

101	(2;9)	(3;3)	(3;10)
A 102	63 (2;9) Bur.jeugdz.	84 (3;4) MKD	
B 3	83 (3;1)	116 (3;7)	
B 8	96 (3;5)	118 (4;2)	
B 11	55 (3;11)	67 (4;8) S(B)O	
B 16	72 (3;5)	78 (3;8) MKD	86 (4;1)
B 18	68 (3;6)	80 (3;9)	82 (4;4)
B 26	80 (3;0)	86 (3;8)	99 (4;5)
B 41	89 (3;5)	106 (3;11)	
B 59	85 (3;3)	87 (3;9) Bur.Jeugdz., ouderbeg.	102 (4;6)
B 61	81 (3;1)	93 (3;11)	
B 65	85 (3;3)	80 (3;9)	92 (4;7)

OAB OAB+HanencursusHanencursus

Proefpersonen met significant vooruitgang in de WQ

Nr.	WQ 1	WQ 2	WQ 3
A 2	75 (2;6)	102 (3;0)	
A 5	81 (2;10)	97 (3;4)	
A 16	73 (2;5)	98 (3;4)	
A 19	78 (2;8)	109 (3;2)	
A 21	79 (2;4)	106 (3;0)	
A 24	80 (2;1)	96 (2;11)	
A 27	73 (2;11)	93 (3;3)	
A 35	89 (2;4)	111 (3;0)	
A 36	70 (2;7)	87 (3;4)	71 (4;1)
A 42	74 (2;2)	98 (2;7)	
A 46	82 (2;4)	76 (2;9)	94 (3;6)
A 48	69 (2;5)	71 (3;2)	85 (3;7)
A 55	81 (2;3)	101 (3;2)	
A 56	87 (2;0)	125 (2;6)	
A	78	106	114

59	(2;6)	(3;2)	(3;10)?
A 60	82 (2;6)	108 (3;0)	
A 61	71 (2;4)	109 (3;1)	
A 62	65 (2;11) MKD	85 (3;5)	
A 64	71 (2;6) Bijz. Zorg	96 (3;1)	86 (3;8)
A 65	72 (2;8) Bijz. Zorg	95 (3;3)	95 (3;9)
A 67	77 (2;5)	98 (3;0)	
A 69	82 (2;6)	115 (2;10)	
A 76	73 (2;11)	109 (3;3)	115 (3;8)
A 79	89 (2;4)	91 (2;9)	106 (3;4)
A 80	74 (2;2)	77 (2;7)	97 (3;2)
A 81	(2;10)	60 (3;4)	79 (3;10)
A 84	68 (2;6)	69 (3;3)	111 (3;9)
A 86	66 (2;7)	96 (3;2)	

A 87	82 (2;4) <i>Bijz. Zorg</i>	98 (2;9)	
A 91	68 (2;10)	85 (3;1)	
A 92	96 (2;8)	110 (2;11)	
A 93	75 (2;8) <i>Bijz. Zorg</i>	92 (3;1)	101 (3;5)
A 95	(2;2) <i>Ex.thuisbeg.</i>	80 (2;7)	100 (3;1)
A 96	70 (2;9)	97 (3;3)	
A 99	(2;2) <i>Videohome, MDO, Bijz. Zorg</i>	82 (2;9)	97 (3;2)
A 101	85 (2;9)	102 (3;3)	101 (3;10)
A 103	(2;3)	72 (2;8)	89 (3;8)
A 104	86 (2;7)	111 (3;2)	102 (3;6)
A	73	94	119

106	(2;5)	(3;1)	(3;5)
A 107	84 (2;3)	117 (2;11)	
A 109	70 (2;9) <i>VVE-Proj.</i>	64 (3;3) <i>VVE-Proj.</i>	96 (3;9)
A 112	82 (2;6) <i>Bijz. Zorg</i>	87 (2;11) <i>Cluster 2</i>	101 (3;9)
B 13	58 (3;3)	75 (3;11)	92 (4;9)
B 21	81 (3;2)	95 (3;9)	94 (4;2)
B 29	89 (3;8)	103 (4;4)	
B 31	71 (3;2) <i>Bijz. Zorg</i>	101 (3;7)	93 (3;11)
B 45	68 (3;0)	101 (3;5)	98 (3;11)
B 59	74 (3;3) <i>Bur.Jeugdz.</i>	96 (3;9)	96 (4;6)
B 61	67 (3;1)	91 (3;11)	84 (4;5)
B 62	64 (3;1)	113 (3;8)	92 (4;1)

Afwachten

Indirect OAB

Indirect Hanencursus

Indirect OAB + Hanencursus

Direct

Indirect + direct

Proefpersonen met significant vooruitgang in de ZQ

<u>Nr.</u>	<u>ZQ 1</u>	<u>ZQ 2</u>	<u>ZQ 3</u>
A 6	73 (2;9)	(3;4)	84 (3;7)
A 21	76 (2;4)	100 (3;0)	
A 25	89 (2;4)	104 (2;10)	105 (3;4)
A 46	(2;4)	67 (2;9)	87 (3;6)
A 55	78 (2;3)	(3;2)	112 (3;8)
A 59	(2;6)	89 (3;4)	127 (4;0)
A 84	72 (2;6)	(3;3)	89 (3;9)
A 102	62 (2;9) <i>Bur.Jeugd.</i>	86 (3;4) <i>MKD</i>	
A 103	(2;3)	62 (2;8)	90 (3;8)
A 109	(2;9)	71 (3;3) VVE- Proj.	92 (3;9)
B 13	61 (3;3)	78 (3;11)	78 (4;9)
B 31	72 (3;2) <i>Bijz. Zorg</i>		107 (3;11)

B 33	(3;1)	89 (3;7)	105 (4;4)
B 42	75 (3;4)	93 (3;10)	
B 45	69 (3;0)	75 (3;5)	89 (3;11)
B 46	(3;3)	81 (3;8)	96 (4;3)
B 50	81 (3;2)	88 (4;2)	102 (4;10)
B 53	(3;3)	88 (3;10)	105 (4;5)
B 54	(3;1)	83 (3;9)	110 (4;9)
B 61	(3;1)	72 (3;11)	92 (4;5)
B 62	78 (3;1)	93 (3;8)	

Afwachten Indirect OAB

Indirect Hanencursus

Indirect OAB + Hanencursus

Direct Indirect + direct

Significante verbeteringen bij tenminste twee quotiënten

0 = Afwachten 1= Indirect OAB 2= Indirect Hanencursus
 3 = Indirect OAB en Hanencursus 4= Directe therapie
 5 = Indirecte en directe therapie 6 = Niets

	TBQ	WQ	ZQ	Advies	TBQ2	WQ2	ZQ2	Advies 2	TBQ3	WQ3	ZQ3
A 21	80	79	76	4	96	106	100	4			
A 46	88	82		2	92	76	67	4	87	94	87
A 55	83	81	78	0	92	101		4			112
A 80	81	74		2	96	77	88	4	89	97	96
A 84	97	68	72	2		69		4		111	89
A 95	77			2	89	80	77	0	88	100	83
A 102	63	64	62	0	84	70	86	6			
A 103	83			1	83	72	62	4	84	89	90
A 109	98	70		3	93	64	71	4	96	96	92

(Proefgroep A)

	TBQ	WQ	ZQ	Advies	TBQ2	WQ2	ZQ2	Advies 2	TBQ3	WQ3	ZQ3
B 13	89	58	61	5	83	75	78	4	89	92	78
B 31	88	71	72	5	91	101		4		93	107
B 45	94	68	69	5	90	101	75	4	85	98	89
B 59	85	74		4	87	96	89	4	102	96	92
B 61	81	67		4	93	91	72	4		84	92
B 62		64	78	5		113	93	4		92	

(Proefgroep B)

De Hanencursus

De Hanencursus – Praten doe je met z'n tweeën werd 1974 ontwikkeld.

Bij de Hanencursus staat het stimuleren van de communicatieve vaardigheden van de kinderen centraal. De bedoeling is dat de communicatieve interactie tussen ouders en kinderen wordt verbeterd. Door middel van de cursus kan de spraak- en taalverwerving van een kind op optimale manier worden bevordert.

In het begin wordt een videoopname van de ouder-kind-interactie gemaakt. Daarna krijgen de ouders een groepstraining van minimaal 16 uren (zes tot acht sessies). Tenslotte worden drie individuele videofeedback sessies voor iedere ouder gegeven, waarbij de ouder-kind-interactie wordt opgenomen en besproken.

Inhoudelijk leren de ouders hoe ze de taalverwerving van hun kind op een optimale manier kunnen stimuleren. Verder weten ze na de Hanencursus hoe ze hun taal het best kunnen aanpassen aan de mogelijkheden van hun kind. Ook wordt met de Hanencursus bedoeld dat de ouders dagelijkse activiteiten voor een communicatieve interactie met hun kind kunnen gebruiken (Maaßen & Zimmer, 2010).

Definitie: “Late Talker”

“Late Talker” spreken met 24 maanden minder dan 50 woorden of maken geen gebruik van woordcombinaties. “Late-Talker” zijn de 10% van de kinderen tussen 18 en 30 maanden met de kleinste expressieve woordenschat bij een onopvallende algeme ontwikkeling.

De diagnose “Late-Talker” werd vanaf 24 maanden gesteld.

“Late-Talker” worden vanaf 36 maanden in twee verschillende groepen ingedeeld: “Late-Bloomer” (kinderen die de achterstand inlopen) en kinderen met een stoornis in de taalverwerving. “Late-Bloomer” maken 35-50% en kinderen met een stoornis in de taalverwerving 50-65% eruit.

Een latere begin met spreken kan, maar moet geen symptoom voor een stoornis in de taalverwerving zijn (Schlesiger, 2009).