

Interventie

Methodiek TOS

Erkenning

Erkend door deelcommissie Ontwikkelingsstimulering, onderwijs-gerelateerd aanbod en jeugdwelzijn

Datum: 17 maart 2022

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Wiefferink (Mei 2021).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Methodiek TOS'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel.....	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1.Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	8
2.Uitvoering	21
3.Onderbouwing	24
4. Onderzoek	32
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	32
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	33
5.Samenvatting Werkzame elementen.....	37
6.Aangehaalde literatuur	38

Samenvatting

Binnen de Methodiek TOS staat de behandeling van peuters met (een vermoeden van) een taalontwikkelingsstoornis (TOS) centraal. De behandeling wordt gegeven door een multidisciplinair team, zoveel mogelijk in samenwerking met ouders. De interdisciplinaire behandeling richt zich op de gehele ontwikkeling van het kind met TOS waarbij de taaltherapie en de algehele taalstimulering belangrijke plekken innemen. De pijlers van de Methodiek TOS zijn het ontwikkelingsgericht werken, het thematisch werken en de Hanen®-programma's. Peuters met (een vermoeden van) TOS vormen een heterogene groep. Gedurende de behandeling wordt de ontwikkeling van de kinderen op verschillende ontwikkelingsgebieden in kaart gebracht en gemonitord zodat de behandeling kindspecifiek kan worden vormgegeven. Het doel van de behandeling is dat de spraak-taalontwikkeling weer in balans wordt gebracht met de andere ontwikkelingsgebieden en de problemen met de communicatieve participatie verminderen dan wel verdwijnen.

Doelgroep

De Methodiek TOS richt zich op peuters van 2 tot 4 jaar met (een vermoeden van) een taalontwikkelingsstoornis (TOS) en een normale ontwikkeling op andere gebieden, en hun ouders.

Doel

Het doel van de behandeling volgens de Methodiek TOS is dat de achterstand in de spraak-/taalontwikkeling van deze kinderen kleiner wordt of wordt ingelopen, de communicatieve nood van het kind vermindert en het kind communicatief zelfredzamer wordt. Hierdoor wordt de spraak-/taalontwikkeling meer in balans gebracht met de andere ontwikkelingsgebieden van het kind.

Aanpak

Na de aanmelding start in principe de interdisciplinaire behandeling met daarbinnen de volgende elementen: (proces- en verdiepende)diagnostiek, een pedagogisch taalklimaat, ouderparticipatie en taaltherapie. Na afronding van de behandeling vindt een overdracht plaats naar vervolgonderwijs en eventueel andere vormen van hulpverlening of logopedie.

Materiaal

Er zijn verschillende materialen beschikbaar voor de uitvoering van de Methodiek TOS, zoals een handleiding Methodiek TOS voor alle behandelaars (NSDSK, 2020) en een e-learning als introductie op de Methodiek TOS. De handleiding is voor alle medewerkers beschikbaar in de vorm van een reader en als pdf-bestand op het intranet. De methodiek Peuterpraat wordt gebruikt voor thematisch werken op de behandelgroep. Voor ouders is het boek 'Praten doe je met z'n tweeën' beschikbaar.

Onderbouwing

De taalontwikkeling van kinderen met een taalontwikkelingsstoornis wordt gestimuleerd door middel van verschillende methodes, zoals woordenschattherapie, interactief voorlezen, interactieve coaching van ouders en spraak-/taal cursus voor ouders, logopedie en het gebruik van ondersteunende gebaren (NmG). Het taalklimaat wordt gevormd door het creëren van mogelijkheden voor geslaagde interactiemomenten waarin ouders en behandelaars door middel van een veilige, responsieve omgeving de taalontwikkeling van het kind stimuleren (ontwikkelingsgericht leren). Het pedagogisch

taalaanbod op de behandelgroep houdt rekening met wat het kind begrijpt, door bijvoorbeeld taal te vereenvoudigen, langzamer te praten en het taalaanbod visueel te ondersteunen. Binnen de vroegbehandeling TOS wordt bij alle onderdelen van de aanpak gewerkt met instrumenten om de ontwikkeling in kaart te brengen. Deze monitor bestaat uit taaltesten, vragenlijsten voor de sociaal-emotionele ontwikkeling en een algemene ontwikkelingstest. Hierdoor kan onder andere adequaat op de individuele taalzorgbehoefte van het kind worden ingespeeld.

Onderzoek

Uit onderzoek (Vermeij, Wiefferink, Van der Zee, Uilenburg, 2014) is gebleken dat het effect van TOS-behandelgroepen op de taalontwikkeling positief is voor zowel taalproductie als taalbegrip. Als de behandeling langer duurt en vroeger start, zijn de resultaten beter. De spraaktaalcursus voor de ouders heeft een positief effect op de zinsontwikkeling van de kinderen.

In een recent onderzoek (Vermeij, Wiefferink, Scholte, Knoors, submitted) werd de Reliable Change Index voor 185 kinderen berekend. De woordproductie van twee derde van de kinderen ging vooruit. Op de andere drie taalmaten gingen minder kinderen vooruit (taalbegrip 21%, woordbegrip 30% en zinsproductie 10%).

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De Methodiek TOS richt zich op peuters van 2 tot 4 jaar met de diagnose TOS of de diagnose vermoeden van TOS en een normale ontwikkeling op andere gebieden.

Intermediaire doelgroep

De intermediaire doelgroep zijn de betrokken ouders/verzorgers, wier kinderen vroegbehandeling TOS krijgen van de NSDSK en pedagogisch medewerkers van de voorschoolse setting.

Selectie van doelgroepen

De Methodiek TOS is bestemd voor de behandeling van kinderen met (een vermoeden van) TOS in de leeftijd van 2-4 jaar. De doelgroep kinderen met (een vermoeden van) TOS is een heterogene groep. De problemen in de taalontwikkeling kunnen zich voordoen op de verschillende taalaspecten (spraakproductie, lexicaal-semantische ontwikkeling, grammaticale kennisontwikkeling en sociaal-pragmatische ontwikkeling) en in verschillende combinaties van de taalaspecten. Dit verschilt per kind en dat maakt de doelgroep heterogeen.

Kinderen die aan één of meer van de volgende voorwaarden voldoen, komen in aanmerking voor een ZG-indicatie (ZG staat voor Zintuiglijk Gehandicapt) en dus vroegbehandeling TOS (ZG-zorg) (<http://www.siac.nu/documenten/>):

1. Het kind heeft een stoornis in de taalproductie. Het niveau van het taalvermogen ligt substantieel en kwantificeerbaar onder het niveau wat gezien de leeftijd verwacht mag worden.
2. Het kind heeft een stoornis in het taalbegrip. Het niveau van het taalvermogen ligt substantieel en kwantificeerbaar onder het niveau wat gezien de leeftijd verwacht mag worden.
3. Het kind heeft een stoornis in de spraakklankontwikkeling (articulatie, fonologie, spraakontwikkelingsdyspraxie). De verwerving van de spraakklanken verloopt niet zoals kan worden verwacht op basis van de leeftijd en het ontwikkelingsstadium van het kind.
4. Het kind heeft een sociaal-pragmatische stoornis. Door dit taalprobleem loopt dit kind vast in het sociale gebruik van de non-verbale en verbale communicatie.

Nb. Bij jonge kinderen tot 5 jaar is het uitgangspunt dat er op de gebieden taalproductie en/of taalbegrip een afwijking is die groter is dan -1.5 maal de standaarddeviatie ten opzichte van het gemiddelde (zie ook paragraaf 1.3 Aanpak).

Contra-indicaties voor de behandeling van TOS zijn ernstige nevenhandicaps op het gebied van gehoor, visus, motoriek of neurologie die de behandeling belemmeren en/of een ernstige zorgbehoefte op medisch gebied die de behandeling belemmert. Op basis van multidisciplinaire diagnostiek wordt (een vermoeden van) een taalontwikkelingsstoornis vastgesteld. Er is altijd een verwijzing nodig van een medisch specialist of klinisch fysicus-audioloog.

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep (in dit geval de ouders/verzorgers van de cliënten) is voortdurend en op allerlei lagen betrokken bij de doorontwikkeling van de Methodiek TOS. Doordat ouders actief betrokken worden bij de behandeling en ouderprogramma's volgen is er veel en op regelmatige basis uitwisseling tussen de behandelaars en ouders. Belangrijke signalen, groot of klein, zijn op deze manier snel opgepikt en worden ingebracht bij het kernteam

van de methodiekwerkgroep. Een voorbeeld daarvan is dat na een signaal van ouders de gebarencursus anders vorm is gegeven zodat ouders met de nieuwe gebarenlessen op elk moment van het jaar kunnen instromen.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de behandeling volgens de Methodiek TOS is dat de achterstand in de spraak-/taalontwikkeling (inclusief de sociaal-pragmatische ontwikkeling) van deze kinderen kleiner wordt of wordt ingelopen, de communicatieve nood van het kind vermindert en het kind communicatief zelfredzamer wordt. Hierdoor wordt de spraak-/taalontwikkeling meer in balans gebracht met de andere ontwikkelingsgebieden van het kind en wordt de communicatieve participatie van het kind verbeterd dan wel geoptimaliseerd.

Subdoelen

De algemene en specifieke doelen zijn afgeleid van het hoofddoel en worden afgestemd op de ontwikkelingsmogelijkheden van het individuele kind. Op basis van de diagnose en klinische redenering stelt de logopedist behandeldoelen op met behulp van het computerprogramma 'Behandeldoelen TOS' (cd-rom behorend bij Van den Dungen, 2007). De 'zone van de naaste ontwikkeling' van Vygotsky vormt het uitgangspunt voor het kiezen van de logopedische subdoelen. De logopedische doelen in het behandelplan zijn er altijd op gericht om de communicatie van het kind te verbeteren, waardoor het beter kan functioneren in het dagelijkse leven. De logopedist stelt samen met het behandelteam en de ouders prioriteiten in de behandeling. Dat wat het kind het meest belemmert en het kind en de omgeving het meest hindert, heeft de hoogste prioriteit. De taalaspecten waar het kind bij de logopedische taaltests de laagste score heeft, krijgen tevens prioriteit. Voor de sociaal-pragmatische ontwikkeling bestaat geen genormeerde logopedische test. Wel wordt de sociaal-pragmatische ontwikkeling geobserveerd met behulp van observatielijst communicatieve functies (van den Dungen, 2007) zodat subdoelen op het gebied van de sociaal-pragmatische ontwikkeling kunnen worden opgesteld.

Doordat het als gevolg van de taal-/spraakproblemen voor de kinderen moeilijk is om de eigen emoties duidelijk te maken aan de omgeving kan dat leiden tot frustratie en (gedrags)problemen op latere leeftijd (Wiefferink & Rieffe, 2012). Bij de behandeling van TOS wordt derhalve naast de taalontwikkeling ook gewerkt aan de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind. Als gevolg van de problemen op het gebied van taalbegrip, taalproductie en woordenschat wordt tevens de cognitieve ontwikkeling van het kind van aandacht voorzien. Het gaat hierbij om de verschillende vaardigheden die verantwoordelijk zijn voor het controleren en reguleren van cognitieve processen, ook wel executieve functies genoemd (Van Beelen, 2012).

In appendix 1 worden enkele doelen behorende bij de verschillende ontwikkelingsgebieden gepresenteerd. Naast het werken met ontwikkelingsdoelen voor de kinderen wordt ook begeleiding voor ouders aangeboden om de transfer van de behandelgroep naar de thuissituatie te bewerkstelligen (zie appendix 2).

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De Methodiek TOS bestaat uit twee verschillende behandelvormen:

1. Behandelgroep
 - a. Ster
 - b. Zon
2. Ambulant Team

Ouders van kinderen die naar een behandelgroep gaan, volgen cursussen gericht op het verbeteren van de interactie met het kind. Daarnaast kunnen zij, als zij daar behoefte aan hebben, ambulante begeleiding bij opvoedingsvraagstukken krijgen. Het proces van de behandeling TOS staat weergegeven in een schema in appendix 3.

Behandelgroep de Ster

Kinderen die naar de Ster gaan hebben problemen in de taalproductie en in één of meerdere andere taalaspecten. De behandeling vindt plaats in drie dagdelen van 3.5 uur per week. De behandelduur op de Ster varieert per kind en is afhankelijk van de leeftijd bij start van de behandeling en de voortgang van de behandeling. De groepsgrootte is 8-10 kinderen. Na het intakegesprek met ouders start het kind op de groep waar het de eerste zes weken geobserveerd wordt en er diagnostiek plaatsvindt. Daarna wordt samen met ouders het behandelplan gemaakt. Tijdens de driemaandelijke kindbesprekingen bespreekt het behandelteam de voortgang van het kind, waarna het behandelplan wordt bijgesteld. Als een kind 3 jaar en 6 maanden is, wordt samen met ouders globaal ingeschat welke onderwijsbehoefte hun kind heeft en welke ondersteuningsbehoefte de toekomstige school zou kunnen hebben. Indien nodig vraagt de teamleider samen met ouders een onderwijsarrangement aan. Tevens verzorgt de teamleider een warme overdracht naar de basisschool.

Behandelgroep de Zon

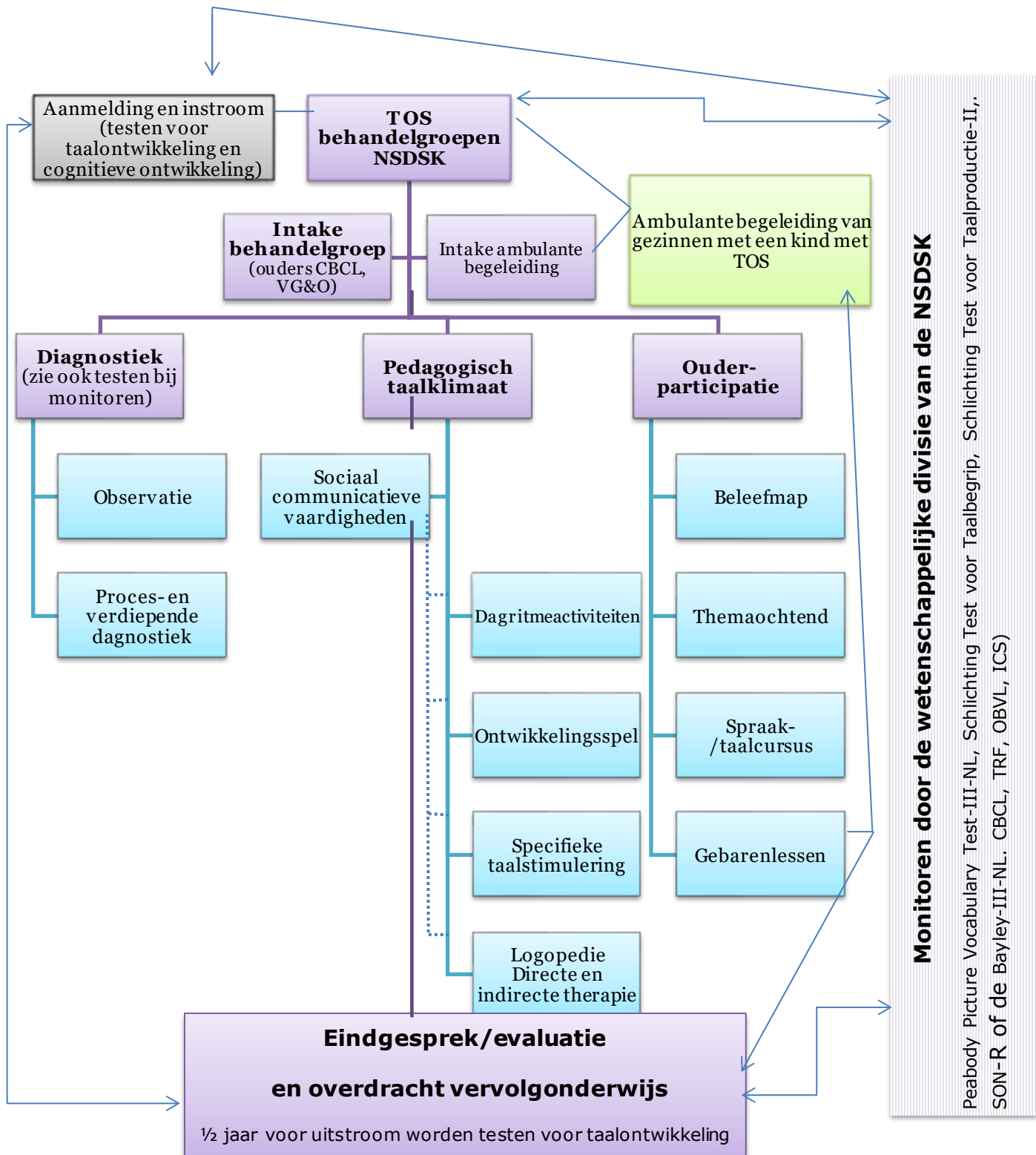
Kinderen die naar de Zon gaan hebben problemen in de taalproductie waarbij problemen in de spraakontwikkeling op de voorgrond staan. De behandeling op de Zon vindt plaats in twee dagdelen van 4 uur per week, gedurende 28 weken. De maximale groepsgrootte is 8 kinderen. Na het intakegesprek met ouders start het kind op de groep waar in de eerste 2 weken het kind geobserveerd wordt en er diagnostiek plaatsvindt. Daarna wordt samen met ouders het behandelplan gemaakt. Halverwege vindt er een kindbespreking plaats waarbij het behandelteam de voortgang van het kind bespreekt. Bij een tussenevaluatiegesprek met ouders wordt het behandelplan bijgesteld en wordt samen met ouders globaal ingeschat welke onderwijsbehoefte hun kind heeft en welke ondersteuningsbehoefte de toekomstige school zou kunnen hebben. Indien nodig vraagt de teamleider samen met ouders een onderwijsarrangement aan. Twee weken voor het einde van de behandeling vindt er opnieuw diagnostiek plaats en de resultaten en de bevindingen worden opgenomen in het eindverslag. Dit eindverslag wordt besproken met ouders en er vindt overdracht plaats naar de (eventuele) eerstelijns logopedist en de (eventuele) basisschool.

In figuur 1 staat de opzet en inhoud van de TOS behandelgroepen beschreven. In deze figuur worden de onderdelen van het programma chronologisch weergegeven, maar in de

praktijk vinden deze echter gelijktijdig plaats. Er is sprake van een 'warme overdracht' tussen de professionals en de ouders. Dat wil zeggen dat de professionals vaste

overlegmomenten hebben met ouders/verzorgers van het kind. De warme overdracht staat naast een goede overdracht van gegevens op papier (of digitaal), de zgn. 'koude' overdracht (Vermeij, Wiefferink, Van der Zee en Uilenburg, 2014). Na de aanmelding start in principe de behandelgroep waarin naast het bieden van (proces- en verdiepende) diagnostiek, een pedagogisch taalklimaat en ouderparticipatie, logopedische begeleiding van het kind plaatsvindt. De behandeling eindigt in de meeste situaties in een overdracht naar vervolgonderwijs en/of andere hulpverlening of logopedie.

Figuur 1 Opzet en inhoud TOS behandelgroepen



Nazorg

Door logopedist, orthopedagoog
 (M. van der Wal, M. van der Wal, M. van der Wal)

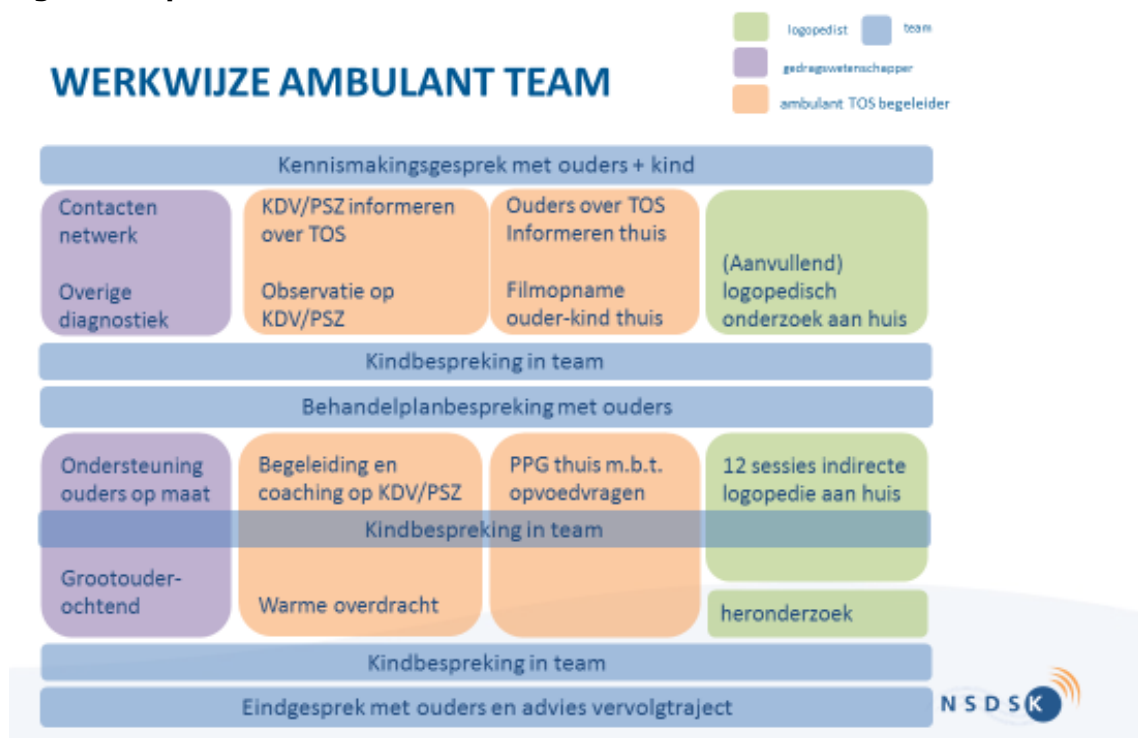
Uitstroom

Basisonderwijs, speciaal onderwijs cluster 2, speciaal

Ambulant Team

Kinderen met problemen in de taalproductie (en soms ook taalbegrip) die naar een kinderdagverblijf gaan komen in aanmerking voor behandeling door het Ambulante team. De behandeling van het Ambulant Team duurt 26 weken en bestaat uit tweewekelijkse logopedische behandelingen thuis en begeleiding van pedagogisch medewerkers op de reguliere dagopvang van het kind. De logopedische behandeling vindt indirect, dat wil zeggen via ouders, plaats. Tijdens de eerste 6 weken vinden er observaties plaats en wordt er diagnostiek verricht. Op basis van deze bevindingen wordt er samen met ouders een behandelplanbespreking gehouden. Halverwege en aan het einde van de behandeling vindt opnieuw een kindbespreking plaats. Met ouders wordt het advies voor een eventueel vervolgtraject besproken. Indien nodig vraagt de teamleider samen met ouders een onderwijsarrangement aan. Tevens verzorgt de teamleider een warme overdracht naar de basisschool als het kind na de beëindiging van de behandeling op de basisschool start.

Figuur 2 Opzet en inhoud Ambulant Team



Inhoud van de interventie

Aanmelding en instroom

Op 2-jarige leeftijd vindt in Nederland de taalscreening plaats op de consultatiebureaus. Bij uitval op de taalscreening worden kinderen verwezen naar het audiologisch centrum. Ook kinderen die logopedie in de eerstelijns krijgen maar onvoldoende vooruitgaan worden verwezen naar het audiologisch centrum voor multidisciplinaire diagnostiek (NVLF Richtlijn TOS, 2017, <https://www.nvlf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2020/10/Richtlijn-TOS.pdf>). Indien de diagnose (een vermoeden van) TOS wordt gesteld kan het kind door de klinisch fysicus audioloog verwezen worden naar de vroegbehandeling TOS. Een andere, minder vaak voorkomende, route is dat kinderen worden verwezen door een medisch specialist (bijv. KNO-arts). Bij de instroom is door middel van de volgende testen inzicht verkregen in de taalontwikkeling van het kind; Peabody Picture Vocabulary Test-III-NL, Schlichting Test voor Taalbegrip, Schlichting Test voor Taalproductie-II. De cognitieve niet-verbale ontwikkeling wordt gemeten voordat het kind wordt toegelaten tot de vroegbehandeling TOS dan wel in de observatieperiode.

Intake

Nadat de aanmelding getoetst is en akkoord bevonden, worden ouders uitgenodigd voor een intakegesprek bij een behandellocatie die het dichtst in de buurt is. De gedragswetenschapper/teamleider voert samen met de logopedist het intakegesprek. De procedure en de werkwijze van de vroegbehandeling TOS wordt hierbij uitgelegd aan ouders. Tijdens het intakegesprek wordt bekeken of de zorg die kan worden geboden aansluit bij de hulpvraag van ouders. Samen met ouders wordt bekeken welke behandelvorm het beste aansluit bij deze hulpvraag en de zorgbehoeftes van het kind en ouders. Dit kan een behandelgroep zijn (Ster of Zon) of behandeling in de directe omgeving van het kind door het Ambulant Team. Met de ouders worden afspraken gemaakt over hun aandeel in de behandeling (bijv. deelname ouderochtenden, actieve rol in de logopedische behandeling, volgen van de spraaktaal cursus, etc.).

Diagnostiek

Om goed aan te kunnen sluiten bij de ontwikkelingsmogelijkheden van elk individueel kind wordt elk kind via objectieve handelingsgerichte observatie en proces- en verdiepende diagnostiek in zijn/haar ontwikkeling en welbevinden gevolgd. De objectieve handelingsgerichte observatie vindt plaats door het gehele behandelteam. De observaties worden na een vast aantal weken (verschillend per behandelvorm: Ster na 6 weken, Zon na 3 weken, Ambulant Team na 8 weken) met ouders besproken, waarna de behandeldoelen kunnen worden bepaald. Bij twijfel of er wel sprake is van (een vermoeden van) TOS bij het kind (zie indicatiecriteria) zal de teamleider plaatsing binnen de vroegbehandeling TOS goed moeten beredeneren en in overleg met collega-teamleiders en/of het team een beslissing nemen over eventuele plaatsing van het kind. De logopedist en gedragswetenschapper zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de procesverdiepende diagnostiek. De gedragswetenschapper coördineert de zorg, voert uit en denkt mee over eventueel (ontwikkelings-)onderzoek zoals linguïstisch onderzoek, schoolkeuze en aanvraag van indicaties. Ten behoeve van onder meer de diagnostiek worden verschillende instrumenten afgenomen (zie figuur 1). In multidisciplinair overleg worden de bevindingen naar aanleiding van de observatie en diagnostiek besproken en in het licht van de totale ontwikkeling van het kind geplaatst. De bevindingen uit de observaties en taalonderzoeken worden elke drie maanden samen met de ouders besproken en geëvalueerd. Een hulpmiddel tijdens deze gesprekken zijn de uitkomsten uit de vragenlijsten. Deze vragenlijsten gaan over het gedrag van het kind (CBCL), stress

van de ouders (OBVL) en verstaanbaarheid van het kind voor anderen (ICS). Op basis van deze bespreking worden gezamenlijk ontwikkelingsdoelen voor de komende periode vast- of bijgesteld in een handelingsplan. Het handelingsplan is de leidraad voor de behandeling van de kinderen. Aan het handelingsplanoverleg met de ouder(s) nemen de gedragswetenschapper/ teamleider, de logopedist en pedagogisch begeleider deel. Indien nodig wordt ook de klinisch linguïst gevraagd het handelingsplanoverleg bij te wonen.

Eindgesprek/overdracht/uitstroom

Wanneer het kind de groep verlaat, omdat de doelstellingen zijn behaald, het kind gebaat is bij een andere vorm van hulp of omdat de leeftijd van vier jaar is bereikt, maakt de gedragswetenschapper/teamleider een eindverslag waarin de beginsituatie en het eindresultaat van de behandeling staat beschreven. Dit verslag is bedoeld voor de ouders en school waar het kind heen gaat dan wel voor de instantie waar het kind verder mee te maken heeft of krijgt. Het verslag maakt tevens deel uit van het eindgesprek, gevoerd door de gedragswetenschapper. In de meeste gevallen heeft al eerder een gesprek met ouders plaatsgevonden waarbij het vervolgtraject en/of schoolkeuze samen bepaald is.

Nazorg

De logopedist, orthopedagoog of ambulant begeleider kan nazorg bieden. Deze nazorg heeft geen vaste vorm en is variërend van aard, passend bij de behoefte van ouders en kinderen.

Monitoren

Integraal onderdeel van de behandeling is het monitoren van de ontwikkeling van de kinderen met TOS. Het monitoren wordt verzorgd door de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling van de NSDSK. Deze kennis wordt vergaard door taaltesten af te nemen, door ouders en pedagogisch begeleiders vragenlijsten in te laten vullen over de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind en door gedetailleerd te registreren waaruit de behandeling bestaat. De resultaten worden onder meer vergeleken met de instroomgegevens en geven inzicht in het individuele behandelingsverloop en in resultaten bij individuele kinderen en op groepsniveau.

Pedagogisch taalklimaat

Het pedagogisch klimaat betreft het totaal van bewust gecreëerde en aanwezige omgevingsfactoren die inspelen op het welbevinden van het kind, waardoor het zich kan ontwikkelen. Bij de ontwikkelingsstimulering van kinderen met TOS zijn vooral de sociaal communicatieve factoren van doorslaggevend belang. Een onderdeel van het pedagogisch klimaat is het taalaanbod. Onder het taalaanbod worden alle middelen verstaan die gebruikt kunnen worden om de communicatie met een kind te optimaliseren. Onder deze hulpmiddelen vallen bijvoorbeeld, naast het praten en luisteren, het gebruik van ondersteunende gebaren, mimiek, kijken/gelaatgerichtheid, lichaamstaal, afbeeldingen, foto's, pictogrammen en lezen. Hieronder wordt aangegeven hoe het taalklimaat wordt vormgegeven binnen de verschillende behandelvormen aan de hand van concrete activiteiten.

Behandelvorm 1a Behandelgroep de Ster

Concrete activiteiten op behandelgroep de Ster

Bieden van betekenisvolle contexten

De behandelaar biedt een context aan voor het nieuwe taalaanbod. Het nieuwe taalaanbod wordt verbonden met een handeling ('rijden': uitgevoerd met een echt autootje), een visuele, auditieve of tactiele ervaring (de behandelaar laat het kind de handeling doen en maakt ondertussen zelf het bijhorende geluid ('brrrr')), de pedagogisch begeleider verbindt vervolgens het nieuwe taalaanbod met eerder taalaanbod dat het kind kent ("de auto rijdt op de tafel, de auto rijdt op de mat, de auto rijdt op de stoel..."), eerdere ervaringen of kennis van de wereld van het kind (ga voor het raam staan en verwijst naar de rijdende auto's op straat). Door het bieden van betekenisvolle contexten wordt de doelklanken, doelwoorden of doelzinsstructuren direct functioneel voor het kind.

Thematisch werken

Thematisch werken vraagt van de pedagogisch begeleiders en de logopedist die op de behandelgroep staan om creatief en flexibel te zijn. Met flexibiliteit wordt bedoeld dat zij de momenten dat kinderen willen leren, zullen aangrijpen. De logopedist begeleidt de pedagogisch begeleiders door aan te geven op welk niveau een kind zit en welke nieuwe woorden hierbij aansluiten (aan de hand van woordenlijsten). De woorden worden zoveel mogelijk ondersteund met een gebaar, een geluid, een tekening of afbeelding, een versje of een liedje. Vervolgens worden de woorden door het thematisch werken (thema dieren(tuin), eten, drinken en boodschappen doen, herfst, etc.) veelvuldig in verschillende soorten situaties betekenisvol herhaald zodat er zoveel mogelijk woordontmoetingen plaatsvinden (focused stimulation). Kinderen met TOS hebben een groot aantal woordontmoetingen nodig alvorens ze een woord gaan gebruiken. Thematisch werken zorgt voor dit grote aantal woordontmoetingen zonder dat het onnatuurlijk en geforceerd wordt aangeboden.

Interactief voorlezen

Interactief voorlezen is een activiteit die een prominente plek inneemt in behandeling van kinderen met TOS. Bij het interactief voorlezen wordt gebruik gemaakt van prentenboeken. Een voordeel is dat prentenboeken herhaaldelijk gelezen kunnen worden, waardoor nieuwe woorden en zinnen makkelijker geleerd kunnen worden en op steeds meer details kan worden ingegaan (Van den Dungen, 2007). Interactief voorlezen bestaat uit vijf stappen:

1. Voorbereiding
2. Introductie
3. Voorlezen en vertellen
4. Praten en ingaan op het verhaal en doen
5. Terugkomen op het verhaal

Taalontwikkeling en taalstimulering

De taalontwikkeling en sociaal-communicatieve ontwikkeling worden bij verschillende activiteiten (bijv. de kring, liedjes zingen, interactief voorlezen, etc.) gericht gestimuleerd. Dit gebeurt o.a. door het inzetten van de Hanen-principes (Pepper &

Weitzman, 2013), dit zijn taalstimulerende interactietechnieken. Kijken, Wachten en Luisteren (KWL) is een belangrijk principe: volwassenen volgen het initiatief van het kind door te kijken, te wachten en te luisteren. Het kind krijgt dan de kans om te laten zien of te vertellen wat hem interesseert of wat hij wil of denkt. Door goed te kijken, te wachten en te luisteren interpreteert de volwassene wat het kind wil vertellen. De volwassene geeft hier vervolgens taal aan op het niveau dat past bij het kind. Omdat de volwassene aandacht heeft, oprecht geïnteresseerd is en mee gaat in de ideeën en wensen van het kind en hier woorden aan geeft, voelt het kind zich begrepen. Daarnaast heeft het de mogelijkheid om taal te imiteren. Het kind zal hiertoe gemotiveerd zijn, omdat er woorden worden gegeven aan datgene waar de aandacht en interesse van het kind op dat moment is. Wanneer kinderen meer taal verwerven en zelf meer verbale initiatieven nemen dan worden naast het kijken, wachten en luisteren ook de principes van het uitbreiden van taal toegepast. Dit is erop gericht om het taalaanbod steeds verder te verrijken. De Hanen-methode biedt duidelijke strategieën hoe dit zowel in een individueel contact als in een groep vormgegeven kan worden. Andere technieken om het kind bijvoorbeeld te helpen meer initiatieven te nemen om te communiceren (en dus te werken aan de sociaal-pragmatische ontwikkeling) zijn op ooghoogte komen, hulpmiddelen geven om de beurt te nemen, gebruiken van visuele communicatie en redenen geven om te communiceren (Pepper & Weitzman, 2013). De logopedist coacht de pedagogisch begeleiders bij het toepassen van de Hanen-principes onder andere door aan te geven wat het taalniveau van een kind is. Per activiteit kunnen verschillende taalaspecten intentioneel worden gestimuleerd middels de Hanen-principes.

Een voorbeeld daarvan is het fonologisch bewustzijn. Op de Ster behandelgroepen wordt het fonologisch bewustzijn (de vaardigheid om onafhankelijk van de inhoud te reflecteren op de vormaspecten van de gesproken taal) van de kinderen vroegtijdig gestimuleerd. Dit vindt plaats door middel van liedjes, rijmpjes, klankspelletjes en het (interactief)voorlezen van prentenboeken. De kinderen ervaren hierdoor ritme, herkennen en discrimineren geluiden en woorden en vullen rijmwoorden aan bij versjes en het luisteren naar versjes, liedjes en verhaaltjes (Stoep & Elsäcker, 2005).

Een ander voorbeeld is de sociaal-pragmatische ontwikkeling. Op de Ster behandelgroepen worden verschillende technieken gebruikt voor het aanleren van communicatieve functies. Een voorbeeld is dat de professional model staat voor het kind en goede voorbeelden geeft. Ook wordt een uitlokkende betekenisvolle context gecreëerd, door bijvoorbeeld een door het kind gewenst voorwerp hoog in de kast te plaatsen. Het kind moet dan hulp vragen. Andere technieken om het kind te helpen om te communiceren zijn op ooghoogte komen, hulpmiddelen geven om de beurt te nemen en visuele communicatie te gebruiken.

Cognitieve ontwikkeling/executieve functies

Met behulp van onder andere de Denkstimulerende gespreksmethodiek (DGM) leert een kind zijn ervaringen en waarnemingen beter te organiseren, te reguleren en te ordenen (Bokkem en Van der Velden, 1994). De principes van DGM, zoals de denkgesprekjes, zijn toe te passen in de TOS-behandelgroepen in groepsverband en op individueel niveau. In groepsverband krijgen de kinderen de mogelijkheid van elkaar te leren en plezier te beleven aan het samen handelen. De activiteiten rond de denkgesprekjes worden vaak onthouden en nieuwe begrippen en taal krijgen de kans beter te bekijken. De logopedist kan de principes van de DGM in elke fase en bij het stimuleren van elk taalaspect gebruiken. Door het goede voorbeeld te geven

(modelling) en de denkstappen te verwoorden stimuleert de logopedist de innerlijke taal van het kind. Het kind kan op die manier meer structuur aanbrengen in de wereld om zich heen waardoor deze overzichtelijker en veiliger wordt. Het denkniveau van het kind zal zich dan verder kunnen ontwikkelen. De dialoog wordt gebruikt als belangrijk leermiddel, antwoorden worden uitgelokt door het stellen van gerichte vragen (wie, wat, waar en waarom), aangepast aan het denkniveau van het kind.

Sociaal-emotionele ontwikkeling

De activiteiten in het kader van de sociaal-emotionele ontwikkeling zijn gericht op de vier basisgevoelens: boos, blij, bang en verdrietig en op het leren herkennen, benoemen en anticiperen op emoties van het kind zelf en van anderen. Taal speelt een belangrijke rol bij deze activiteiten. De kinderen leren woorden die gevoelens en gemoedstoestanden uitdrukken. De kinderen leren de inhoud en reikwijdte van emotiewoorden kennen en worden aangemoedigd om gevoelens bij zichzelf en bij anderen te herkennen.

Visuele ondersteuning

Gebaren kunnen een belangrijke rol spelen bij het leren van taal. Binnen de behandelgroep de Ster wordt derhalve aan alle kinderen Nederlands met Gebaren aangeboden (NmG). Het taalaanbod op de behandelgroep wordt ook ondersteund door afbeeldingen en pictogrammen. Visuele ondersteuning van het gesproken woord kan zowel het taalbegrip als de communicatiemogelijkheden van het kind vergroten. Pictogrammen worden vooral gebruikt om de dagstructuur van de groep weer te geven. Afbeeldingen of concrete voorwerpen worden gebruikt ter ondersteuning van de woorden en liedjes en bij de thema's. Het gebruik van NmG op de behandelgroep alleen zal niet voldoende zijn om de spraak-/taalontwikkeling van het kind optimaal te stimuleren. Ook thuis zal het kind de mogelijkheid moeten hebben om in NmG te kunnen communiceren (ouders volgen eveneens cursus NmG).

Dagritmeactiviteiten

De dagritmeactiviteiten - zoals halen en brengen, eten en drinken, naar de wc gaan, opruimen - lenen zich bij uitstek voor herhaling: de pedagogisch begeleider gebruikt deze momenten om eerder aangeboden taal opnieuw aan te bieden.

Ruimte

Op de peuterleeftijd speelt het 'levensecht leren' een belangrijke rol. De ruimte is hierop aangepast met speelhoeken waarin alledaagse situaties nagespeeld kunnen worden (huishoek, bouwhoek, verkleedhoek etc.). De groepsruimte heeft een herkenbare indeling, zodat een kind weet waar ruimte is voor rust (bv. binnen aan de grote tafel of op de bank) en waar ruimte is voor actie (bv. in de bouwhoek). De indeling is dusdanig dat kinderen zowel gezamenlijk als individueel kunnen spelen. Voor het stimuleren van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid is het van belang dat de ruimte dusdanig is ingericht dat het kind zoveel mogelijk activiteiten zelf kan uitvoeren. Er zijn lage tafels en stoelen waar het kind zelfstandig met spelmateriaal aan de gang kan. Het speelgoed is zo opgeruimd dat het kind (een deel van) het speelgoed zelf kan pakken en zelf kan bepalen waarmee hij wil spelen. De buitenruimte biedt voldoende ruimte voor eigen initiatief van het kind. De materialen in de buitenruimte sluiten aan bij de belevingswereld van het kind.

Logopedie

De logopedische behandeling bestaat uit een combinatie van directe en indirecte taaltherapie. De indirecte therapie bestaat uit het begeleiden van ouders en/of verzorgers van het kind zodat deze, soms in algemene zin communicatiever, soms meer specifiek taalstimulerender met hun kind kunnen omgaan. Dit wordt onder andere vorm gegeven door een oudercursus (zie kopje ouderparticipatie dat hieronder staat weergegeven). Ook geeft de logopedist indirecte logopedische behandeling door het coachen van de pedagogisch begeleiders van de TOS-behandelgroepen in hun taalaanbod en taalstimulering. Alle kinderen krijgen wekelijks individuele logopedische behandeling. Daarnaast krijgen zij een tot drie keer per week groepslogopedie.

Ouderparticipatie

De behandelgroep is een aanvulling op het thuismilieu van het kind. Er dient een transfer plaats te vinden van de aangeleerde vaardigheden op de behandelgroep naar de thuissituatie en vice versa. Deze afstemming vindt plaats bij de hierboven genoemde behandelplangesprekken maar ook tijdens de vaste overdrachtsmomenten tijdens het halen en brengen. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de beleefmap van het kind (hierin worden de belevenissen van het kind in de thuissituatie en op de groep weergegeven aan de hand van foto's, knip- en plakzels, tekeningen en verhalen) en de online omgeving Tabulo. Het doel van Tabulo is het mogelijk maken van online informatie-uitwisseling met ouders over praktische zaken rond de behandelgroep. Het gaat om het online delen van berichten, documenten en foto-/filmmateriaal. Het gaat dan om informatie die van toepassing is op alle ouders van dezelfde behandelgroep. Ook volgen de ouders een ouderprogramma, deze is opgebouwd uit de volgende activiteiten:

- Meelopen op de groep: Ouders worden uitgenodigd een ochtend mee te draaien op de groep zodat zij met eigen ogen kunnen zien hoe er op de groep gewerkt wordt. De ouders krijgen hierdoor meer inzicht in wat er zoal gebeurt op de groep en kunnen hier thuis op aansluiten. Tijdens het meelopen volgen ouders alle activiteiten van hun kind, inclusief de individuele logopedie.
- Standaard huisbezoek: Op het moment dat een kind gestart is op de behandelgroep wordt door de ambulante begeleider van de betreffende behandelgroep standaard een huisbezoek met ouders gepland. Dit standaard-huisbezoek vindt meestal plaats binnen 6 weken nadat het kind gestart is, in de observatieperiode. Het doel van dit huisbezoek is om ouders aan de hand van de TOS-film uitleg te geven over wat TOS is, wat ambulante begeleiding inhoudt en om een eerste indruk van de thuissituatie te krijgen. Tijdens het bezoek is er tevens ruimte om vragen van ouders te bespreken. De ambulante begeleider inventariseert of ouders in de thuissituatie een hulpvraag hebben rondom de communicatie met hun kind of mogelijke opvoedvragen.
- Psycho-educatie aan de hand van thema-ochtenden: eens in de 6 weken organiseert de teamleider een ouderochtend met een bepaald thema op het tijdstip dat de kinderen op de groep zijn. Tijdens deze bijeenkomsten komen verschillende thema's aan de orde. Sommige thema's zijn hoofdzakelijk informatief (werkwijze op de groep, schoolkeuze), andere thema's zijn meer gericht op aspecten van de opvoeding die bij kinderen met TOS vaak problemen opleveren (grenzen stellen, zindelijkheid, sociaal-emotionele ontwikkeling, etc.). Ook wordt door de klinisch linguïst een ouderochtend gegeven gericht op taalontwikkeling en TOS. Deze bijeenkomsten zijn niet alleen informatief, maar

ook bedoeld om ouders de mogelijkheid te geven ervaringen uit te wisselen (lotgenotencontact)

- Hanen-oudercursus "Praten doe je met z'n tweeën": Deze cursus wordt gegeven door twee logopedisten van wie één het vaste gezicht is op die locatie. Er zijn drie cursuslocaties waaruit ouders kunnen kiezen. De cursus wordt vier keer per jaar per locatie aangeboden en bij voorkeur nemen beide ouders deel. De cursus bestaat uit zes bijeenkomsten van twee uur. Naast de bijeenkomsten wordt driemaal een video-opname van een interactiemoment van ouders en kind gemaakt, waarmee ouders gecoacht worden. De eerste vijf bijeenkomsten richten zich op het stimuleren van de taalontwikkeling aan de hand van de Hanen-principes. De zesde bijeenkomst richt zich op voorlezen. Er geldt een minimaal aantal deelnemers van 4 en een maximaal van 16.
- Ervaar TOS (ontwikkeld door Koninklijke Aurisgroep): Ervaar TOS is een ervaringscircuit waarbij ouders zelf kunnen ervaren hoe het is om een TOS te hebben door 10 opdrachten met elkaar te doen. De Ervaar TOS-workshop wordt in de avonden gegeven door twee medewerkers van de vroegbehandeling TOS. Ouders hebben de keus uit drie verschillende locaties en de workshop duurt 2,5 uur. Er zijn workshops voor ouders en voor grootouders. Er wordt gestart met een kennismaking waarbij (groot)ouders iets vertellen over hun (klein)kind. Hierna gaan (groot)ouders zelf aan de slag en doorlopen ze het circuit door de 10 opdrachten uit te voeren. De opdrachten vertegenwoordigen allemaal een bepaald taalaspect. Na twee uur wordt er samen besproken wat (groot)ouders hebben ervaren en wat ze hieruit meenemen voor hun (klein)kind.
- Gebarenlessen: Nederlands ondersteunt met Gebaren (NmG) kan een hulpmiddel zijn bij het verwerven van gesproken Nederlands. Het gebruik van gebaren kan helpen om gesproken taal beter te gaan begrijpen. Daarnaast kan een gebaar gebruikt worden als extra middel om te communiceren zolang de productie van het Nederlands ontoereikend is. Om het kind optimaal te laten profiteren van het gebruik van gebaren is het niet voldoende dat het gebruik van gebaren beperkt blijft tot de momenten dat het kind op de groep is. Ouders van een kind met TOS zouden gebaren moeten leren gebruiken die toepasbaar zijn in routinesituaties. Hierdoor krijgt het gebruik van gebaren een plek in het dagelijkse leven. Daarom kunnen ouders van kinderen met TOS die in behandeling zijn de gebarenlessen NmG volgen. In de lessen worden verschillende thema's behandeld. De gebarenlessen worden maandelijks aangeboden (met uitzondering van de zomervakantie).
- Gebarenkwartier: Behandelaars die de interne gebarencursus hebben gevolgd, mogen het gebarenkwartier geven. Zij leren de ouders ongeveer 10-15 gebaren op een interactieve manier bij de start van elk nieuw thema. Het gebarenkwartier vindt plaats onder groepstijd.

Behandelvorm 1b Behandelgroep de Zon

Veel concrete activiteiten op behandelgroep de Zon komen overeen met behandelgroep de Ster (zie bovenstaand). Enkele activiteiten worden anders vorm gegeven en daarom in onderstaand schema beschreven.

Concrete activiteiten op behandelgroep de Zon

Logopedie

De groepslogopedie is vervlochten in het dagprogramma van de Zon doordat 100% van de tijd een logopedist aanwezig is op de groep. Het dagprogramma bevat een aantal vaste logopedische activiteiten: oefeningen voor fonologisch bewustzijn (volgens het programma van van de Wetering & Bouwens (2012)) (uitwerking: zie Ster), een klankles (volgens de structuur van de methode Hodson & Paden (1991) gebaseerd op de klankinterventie zoals in het onderzoek 'klankontwikkeling bij peuters' gefinancierd door de Programmaraad Auditief Communicatief), oefening voor de zinsontwikkeling (volgens de methode FIT Digitaal (Schlichting & de Koning, 2015). Alle logopedische activiteiten vinden plaats in het licht van het thema volgens de principes van thematisch werken. Alle kinderen krijgen tweemaal per week individuele, directe logopedische behandeling in de aparte logopedieruimte. De behandeling bestaat uit fonologische therapie volgens de methode Hodson & Paden (1991) eventueel aangevuld met de PROMPT-methode (Hayden, 2003). Een voorbeeld van de uitwerking van een klankles:

- Introductie klank en klankeigenschappen (plaats, manier en klankgebaar): de /r/ is een rinkelgeluidje dat achter in de keel wordt gemaakt + klankgebaar.
- Auditief en visueel bombardement: kinderen luisteren naar woorden die beginnen met de /r/.
- Minimale parenspeel (passief, waarbij klankeigenschappen voortduren worden benoemd): kinderen doen een korte oefening waarbij ze leren discrimineren tussen r-l of r-j, bijvoorbeeld een met 'rek' en 'jack';
- Productieoefening (aanvulzinnen, recasten, specifieke feedback: ik hoorde 'rook' met /rrrr/);
- Versje met woorden die de doelklanken bevatten;

Psycho-educatie

Naast psycho-educatie voor de ouders vindt op de Zon ook een vorm van psycho-educatie plaats voor de kinderen. Dit wordt vormgegeven met behulp van de mascotte Sjon van de Zon. Sjon wordt bij veel activiteiten betrokken, maar heeft een speciale rol bij de psycho-educatie. Zo wordt met Sjon bespreekbaar gemaakt dat het soms kan gebeuren dat "je mond het moeilijk vindt om het goed te zeggen". Dit wordt aan de hand van grappige miscommunicaties duidelijk gemaakt. Dit geeft aanleiding om verschillende onderwerpen te behandelen. Zo leren kinderen dat Sjon ook moet oefenen en dat hij van het proberen kan leren en weer de baas wordt over zijn mond. Ook wordt besproken dat het niet erg is als je iets niet zo goed kan zeggen en welke manieren er zijn om je toch duidelijk te maken. Zo helpen de kinderen Sjon door hem een gebaar te leren of hem iets aan te laten wijzen. Ook wordt geoefend met de kritische luisterhouding: door goed naar jezelf te luisteren, kan je soms horen dat je mond het anders zegt. Als je dat doorhebt, kan je het 'repareren'.

Ouderparticipatie

De rol van ouders in de behandeling op de Zon komt grotendeels overeen met die van de Ster. Enkele activiteiten verschillen:

- Meekijken en meedoen bij logopedie: Eenmaal in de vier weken (of vaker indien nodig) kijken ouders mee met de individuele logopedische behandeling. De eerste keer gebeurt dit volgens een vaste vorm: ouders kijken achter het one-wayscreen naar de logopedische behandeling van hun kind. De klinisch linguïst geeft daarbij uitleg over de structuur van de behandeling, de technieken die de logopedist hanteert en de verschillende oefeningen die gedaan worden. De volgende keren dat ouders bij de behandeling meekijken, kiest de logopedist samen met ouders een techniek die ouders kunnen oefenen, bijvoorbeeld het recasten van een bepaalde klank. De logopedist coacht ouders bij het inzetten van deze techniek.
- Dagelijkse overdracht: De logopedist informeert ouders kort over de vorderingen bij logopedie, geeft eventueel aan welke klanken stimuleerbaar zijn en deelt ook de successen die in de behandeling gehaald zijn. Hier wordt het kind zelf ook zoveel mogelijk bij betrokken, zodat het ook op een indirecte manier complimentjes voor zijn inzet ontvangt. Indien ouders niet in de gelegenheid zijn om hun kind zelf op te halen, dan vindt de overdracht op een andere manier plaats, bijvoorbeeld via email.
- Huiswerk: Ouders krijgen het auditief bombardement (focused auditory stimulation) opgestuurd om hun kind dagelijks te laten beluisteren. Ouders krijgen tijdens de ouderochtenden technieken aangeleerd, waarmee zij de spraakontwikkeling van hun kind thuis kunnen stimuleren. De volgende technieken (Bowen, 2011) krijgen ouders aangeleerd tijdens de ouderochtenden (en kunnen worden geoefend bij logopedie): recasten, zelfcorrectie, repareer-routines en het geven van specifieke complimentjes.

Groepsruimte

Voor de behandelgroepen is een groepsruimte nodig waar 8-10 peuters uitgenodigd worden tot exploratief (taal)gedrag. Ontwikkelingsgericht werken stelt specifieke eisen aan de omgeving van de kinderen. Een uitdagende omgeving stimuleert de ontdekkingsdrang van kinderen en is daarmee een belangrijk middel om pedagogische doelen te kunnen halen. In de ruimte zijn speelhoeken waarin alledaagse situaties nagespeeld kunnen worden (huishoek, bouwhoek, verkleedhoek etc.). Om de behandeling op de Ster en Zon goed vorm te kunnen geven, is er naast een groepsruimte, een ruimte voor de logopedische behandeling en een extra kantooruimte nodig. De logopedieruimte is ruim genoeg voor kinderen om te spelen en bewegen, zodat de logopedische behandeling niet alleen aan tafel hoeft plaats te vinden en niet alleen individuele maar ook groepslogopedie gegeven kan worden. Daarnaast is het van belang dat er een ruimte is met presentatiemogelijkheden (groot scherm en geluid), voor ongeveer 10 volwassenen. Dit om het ouderprogramma te volgen in de ochtenduren. Op behandelgroep de Zon is daarnaast een onewayscreen nodig waarmee zicht is op de logopedieruimte.

Behandelvorm 2 Ambulant Team

Het Ambulant Team richt zich op behandeling binnen het gezin en tegelijkertijd op de behandeling binnen de peuterspeelzaal, het kinderdagverblijf of de gastouder waar het kind komt (voorschoolse setting). De behandeling van het Ambulant Team bestaat vooral

uit indirecte logopedie, zowel via ouders als via pedagogisch medewerkers van de voorschoolse setting.

Concrete activiteiten Ambulant Team

Logopedie aan huis

Logopedische behandeling door het Ambulant Team gebeurt altijd in de vorm van indirecte therapie bij het kind thuis. Middels deze indirecte therapie coacht de logopedist de ouder(s) in het gebruik van taalstimulerende strategieën. De behandeling vindt plaats volgens het behandelprotocol van ImpACTOS, dat een aanpassing is voor kinderen met TOS van het Impact-programma (Ingersoll & Dvortcsak, 2013). De logopedist behandelt het kind nooit direct maar altijd via ouders. Wanneer de logopedist wel direct met het kind werkt, dient dit als voorbeeld voor ouders.

Elke logopedische behandeling is opgebouwd volgens een vaste indeling:

1. De logopedist bespreekt het huiswerk met ouders na. Ouders vertellen welke ontwikkelingen zij bij hun kind hebben gezien. De logopedist vraagt na wat ouders het kernpunt vinden van de technieken die de vorige keer behandeld zijn en bespreekt evt. nog beknopt de theorie.
2. De logopedist behandelt kort de theorie van de taalstimulerende techniek die deze behandeling centraal staat. Als de keuze uit meerdere technieken bestaat, kiest de logopedist op grond van haar eigen observaties welke technieken langer en uitgebreider geoefend worden.
3. Demonstratie van de taalstimulerende techniek, terwijl de logopedist met het kind speelt
4. Ouders oefenen de taalstimulerende techniek in de interactie met hun kind en krijgen daarbij directe feedback van de logopedist.
5. De logopedist bespreekt met ouders hoe zij het toepassen van de technieken hebben ervaren. Er is ruimte voor het stellen van vragen door ouders. De logopedist bespreekt met ouders het huiswerk voor de volgende keer.

Behandelproces op de voorschoolse setting

Het uitgangspunt is om het kind te behandelen op de voorschoolse setting waar het al komt, dichtbij huis en binnen de omgeving waar het zich vertrouwd voelt. De begeleiding heeft net als de logopedische begeleiding een indirect karakter waarbij de pedagogisch medewerkers van de groep worden gecoacht in het stimuleren van de taalontwikkeling van het kind. Daarvoor ontvangen de pedagogisch medewerkers informatie over wat TOS inhoudt. Vervolgens worden zij gecoacht vanuit het Hanen-programma® LLLI (Learning Language and Loving It), waarbij verschillende strategieën worden aangereikt om de communicatie te stimuleren.

2. Uitvoering

Materialen

- NSDSK Methodiek TOS. (2020). Amsterdam: NSDSK.
- Inwerkprogramma methodiek TOS middels e-learning module (<https://rise.articulate.com/share/j1mvXO7dq5htmHpMG7uA92o3RCtFm7KE>) .
- Praten doe je met z'n tweeën. Een cursus voor ouders van kinderen bij wie het praten niet vanzelf gaat. Docentenhandleiding en informatiemap. Amsterdam: NSDSK.
- Dungen, L. van den (2007). Computerprogramma 'Behandeldoelen TOS'. CD-rom.
- Dungen, L. van den (2007). Taaltherapie voor kinderen met taalontwikkelingsstoornissen. Verantwoording van behandeldoelen tos & behandelsuggesties voor kinderen met een taalniveau van 0 tot 6 jaar. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Peuterpraat (Koninklijke Auris Groep, regio Noord-West).
- Nederlands Gebarent centrum (2006). Standaardlexicon Nederlandse Gebarentaal deel 1 en 2. DVD-ROM. Bunnik: Nederlands Gebarent centrum. Nederlands Gebarent centrum (2002). Basisgrammatica Nederlandse Gebarentaal, deel 1. CD-ROM. Bunnik: Nederlands Gebarent centrum.
- Pepper, J., Weitzman, E. (2013). Praten doe je met zijn tweeën. Een praktische handleiding voor ouders van kinderen met een vertraagde taalverwerving. Amsterdam: SWP.
- Vermeij, B., Backer, M., Van der Zee, R., Huysmans, E., Van Rossum, M. (2009). Nederlands ondersteund met gebaren voor ouders van kinderen met TOS. Cursusboek en dvd. Amsterdam: NSDSK.

Locatie en type organisatie

De interventie kan uitgevoerd worden door organisaties voor kinderen met auditieve en/of communicatieve beperkingen die multidisciplinaire behandeling kunnen geven aan kinderen met (een vermoeden van) TOS. De interventie is ontwikkeld voor de 20 behandelgroepen en 3 ambulante teams van de NSDSK, verspreid over Noord- en Zuid-Holland. De interventie is beschikbaar voor collega-organisaties.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De volgende disciplines zijn betrokken bij de vroegbehandeling TOS:

Pedagogisch begeleider

Pedagogisch begeleiders hebben minimaal een pedagogische opleiding op MBO SPW-/HBO SPH niveau afgerond. De specifieke competentie is gelegen in het beheersen van Nederlands ondersteund met Gebaren (NmG).

Logopedist

Logopedisten hebben de hbo-opleiding logopedie afgerond. De logopedisten volgen de Hanen-cursus, zodat zij gecertificeerd zijn om de Hanen-cursus zelf te verzorgen. De specifieke competenties hebben te maken met behandelervaring bij zeer jonge kinderen en advisering van ouders, en kennis van en vaardigheden in NmG.

Gedragswetenschapper

De gedragswetenschapper heeft de opleiding (ortho)pedagogiek of psychologie aan de universiteit afgerond en is diagnostisch bevoegd (basisaantekening psychodiagnostiek) en gebaarvaardig. De orthopedagoog heeft ervaring met het samenwerken met professionals en met ouders van jonge kinderen. Daarnaast heeft de orthopedagoog kennis van TOS.

Klinisch linguïst

De klinisch linguïst heeft een universitaire opleiding taalwetenschap of gelijkwaardige universitaire opleiding afgerond, waarnaast ook een afgeronde opleiding logopedie en is vaardig in het gebruik van NmG. De specifieke competentie is gelegen in het verrichten van linguïstisch onderzoek bij jonge kinderen met TOS (behandelgroepen) en mede bepalen van handlingsplan binnen het multidisciplinaire team.

GZ psycholoog

De GZ psycholoog heeft de opleiding (ortho)pedagogiek aan de universiteit afgerond en is diagnostisch bevoegd (basisaantekening psychodiagnostiek) en gebaarvaardig. Daarnaast heeft zij de opleiding tot GZ psycholoog gevolgd. De GZ psycholoog heeft ervaring met individuele en groepsobservaties op het gebied van de algemene ontwikkeling en gedrag.

Kwaliteitsbewaking

Het kwaliteitsbewakingssysteem bestaat uit de volgende onderdelen:

- Inwerken op de methodiek. Dit gebeurt aan de hand van 'blended learning'. Dit betekent dat de medewerker enerzijds leest wat er is beschreven in de methodiek en anderzijds stilstaat bij hoe dit in praktijk te brengen door opdrachten te maken (via e-learning).
- Scholing medewerkers. Om te kunnen werken volgens de methodiek wordt iedere medewerker geschoold (zie "implementatie") en volgt, indien nog niet gevolgd, relevante opleidingen.
- Reflecteren op eigen handelen. Behandelaars staan stil bij hoe zij handelen, welke keuzes ze maken, welke vaardigheden ze inzetten en welk effect dit heeft op henzelf en de cliënt. Dit reflecteren gebeurt tijdens monodisciplinaire intervisiemomenten, minimaal vijf keer per jaar. Het reflecteren op eigen handelen kan leiden tot een verbetertraject in de vorm van ontvangen van feedback/coaching of door scholing in het vergroten van kennis en vaardigheden.
- Klinisch linguïst. De klinisch linguïst verricht op verzoek verdiepende spraak- en taaldiagnostiek en geeft gerichte adviezen voor de taaltherapie. Daarnaast vindt eenmaal per jaar de standaard linguïstische observatie plaats waarbij ook deskundigheidsbevordering over een van tevoren vastgesteld onderwerp plaatsvindt.
- GZ- psycholoog. De GZ-psycholoog kijkt op verzoek van het behandelteam mee en geeft (behandel)advies als er vragen zijn over bijvoorbeeld het gedrag en de sociaal-emotionele ontwikkeling van een kind. Ook vinden er periodiek een (groeps)observaties plaats.

De teamleiders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking.

Randvoorwaarden

Voor het uitvoeren van de TOS behandelgroepen zijn de volgende aspecten van belang;

- de aanwezigheid van een multidisciplinair team bestaande uit pedagogisch begeleiders, logopedist en orthopedagoog,
- de samenwerking met een GZ psycholoog en klinisch linguïst,
- een fysieke omgeving waarin maximaal 10 peuters uitgenodigd kunnen worden tot exploratief (taal)gedrag. Ontwikkelingsgericht werken stelt specifieke eisen aan de omgeving van de kinderen. Een uitdagende omgeving stimuleert de ontdekkingsdrang van kinderen en is daarmee een belangrijk middel om pedagogische doelen te kunnen halen. In de ruimte zijn speelhoeken waarin alledaagse situaties nagespeeld kunnen worden (huishoek, bouwhoek, verkleedhoek etc.),
- het thematisch werken zorgt voor een omgeving die aansluit bij de belevingswereld van peuters en hen in staat stelt op verschillende manieren met taal in aanraking te komen.

Implementatie

Er is een implementatieplan waarin het invoeringsproces van de methodiek is beschreven. In dit plan zijn de volgende onderdelen opgenomen;

- a) Handleiding voor pedagogisch begeleiders, logopedisten en teamleiders; de laatste versie van de handleiding is schriftelijk en digitaal beschikbaar voor de professionals.
- b) Inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers, waaronder een e-learning (<https://rise.articulate.com/share/j1mvXO7dq5htmHpMG7uA92o3RCtFm7KE>)
- c) Week van de methodiek. In deze week wordt op verschillende manieren de methodiek onder de aandacht gebracht van de medewerkers
- d) Elk team heeft een implementatiechef. Zij hebben de taak de methodiek binnen het team actief in beeld te houden. Elke implementatiechef volgt een training van 2 dagdelen waarin zij leren werken met verschillende werkvormen. Aan de hand van thema's kiezen zij een werkvorm om met het eigen team aandachtspunten te bespreken.

Kosten

De zorg voor kinderen met een taalontwikkelingsstoornis wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. De kosten van de behandeling van een kind bedragen € 15.000-17.000 per jaar.

Behandelgroep de Ster

Ureninzet behandelteam 3-daagse groep:

2 pedagogisch begeleiders, contract van 16,5 uur per week

1 logopedist, contract van 18 uur per week

1 teamleider/gedragwetenschapper, contract van 16 uur per week

Daarbij: Klinisch linguïst 24 uur per week verdeeld over 24 behandelteams (inclusief Ambulante Teams), GZ-psycholoog 16 uur verdeeld over 24 behandelteams (inclusief Ambulante Teams).

Behandelgroep de Zon

Ureninzet behandelteam:

1 pedagogisch begeleider, contract van 12 uur per week

2 logopedisten, contract van 15 uur per week

1 klinisch linguïst, contract 8 uur per week

1 teamleider/gedragwetenschapper, contract van 16 uur per week

Ambulant Team

Ureninzet behandelteam:

1 Ambulant TOS-begeleider, contract van 20 uur per week

1 logopedist, contract van 16 uur per week

1 teamleider/gedragwetenschapper, contract van 16 uur per week

3. Onderbouwing

Probleem

De TOS -methodiek richt zich op kinderen van twee tot vier jaar die in vergelijking met leeftijdgenootjes een andere of langzamere ontwikkeling van het taalbegrip en/of de taalproductie laten zien (Carmiggelt, Uilenburg, Romeijn, Stam-van den Doel & Pijpers, 2013). Een belangrijk deel van de spraak- taalontwikkeling vindt plaats tussen het 2e en 7e jaar. De diagnose (vermoeden van) TOS komt meestal tussen het 2e en 3e jaar naar voren. De kinderen hebben problemen bij het uitspreken van de spraakklanken en zijn door anderen vaak moeilijk te verstaan. Het kind spreekt vaak in korte zinnen, de zinnen worden niet logisch opgebouwd, ze verlopen niet vloeiend en het kind moet vaak naar woorden zoeken (taalproductie, expressieve vorm). Daarnaast begrijpt het kind maar gedeeltelijk wat de ander zegt (taalbegrip, receptieve vorm) (Grauwels & Houmes, 2014; Lutje Spelberg & Van Berk, 1997; Goorhuis & Schaerlaekens, 1994).

Taalontwikkelingsstoornissen (TOS) betreffen primaire heterogene taalstoornissen waarbij de verschillende taalaspecten kunnen zijn aangedaan (zoals hierna beschreven), meestal in verschillende combinaties (Resing, Evers, Koomen, Pameijer & Bleichrodt, 2005; Wentink, Hoogenboom & Cox, 2009):

- a) stoornissen en/of beperkingen met betrekking tot de spraakproductie; spraak(productie) problemen kunnen als gevolg van zwakke fonologische vaardigheden leiden tot een zwak ontwikkeld fonemisch bewustzijn (weten dat woorden zijn opgebouwd uit losse klanken).
- b) stoornissen en/of beperkingen met betrekking tot de grammaticale kennisontwikkeling; de grammaticale problemen hebben mogelijk taalbegripsproblemen tot gevolg. Het kind kan zijn spreekbedoelingen niet genoeg duidelijk maken door een slechte zinsbouw. De verhaalopbouw is zwak met als gevolg problemen met vertellen en stellen. Het kan leiden tot onzekerheid bij het kind, minder initiatief in communicatie en minder participatie.
- d) stoornissen en/of beperkingen met betrekking tot de lexicaal-semantische kennisontwikkeling; een verstoorde lexicaal-semantische kennisontwikkeling leidt vrijwel altijd tot een zwak begrip voor gesproken en geschreven taal. Het onderliggende probleem is de beperkte woordenschat en ook het leren van nieuwe woorden verloopt moeizaam. Vaak is er sprake van woordvindingsproblemen.
- e) stoornissen en/of beperkingen met betrekking tot de sociaal-pragmatische ontwikkeling (taalgebruik en tekstbouw); kinderen met problemen betreffende het taalgebruik en de tekstbouw passen hun taalgebruik niet aan aan de situatie/aan de luisteraar. Ook geven zij minder relevante of essentiële informatie, de informatie is chaotischer en te gedetailleerd en zij vertellen geen goede verhaallijn. Het taalgedrag komt vreemd dan wel inadequaat over (Ketelaars, 2010). Een stoornis in de sociaal-pragmatische ontwikkeling leidt tot beperkte communicatieve redzaamheid.

Spreiding

Taal- en spraakontwikkelingsstoornissen komen frequent voor, 6% van de kinderen vertoont een taalontwikkelingsstoornis en 15% een spraakontwikkelingsstoornis (Van der Gaag, 2008). De verhouding jongens/meisjes is 3:1 (Gelder, 1998). Naar schatting heeft 5-7% van alle kinderen in de leeftijdsgroep 0-7 jaar TOS (Shriberg et al., 1999; Tomblin et al., 1999). In meer recent onderzoek (Norbury, 2016; McGregor, 2020; Bishop, 2010; Van de Ree, 2012) is de prevalentie van TOS ongeveer 7,5%. De samenhang met specifieke leerstoornissen is zeer groot (60% van de kinderen met specifieke leerstoornissen heeft taal- en spraakontwikkelingsproblemen).

Gevolgen

TOS heeft een negatief effect op de kwaliteit van leven van het kind (Eadie, 2018; Feeney et al., 2012; Carmiggelt, Uilenburg, Romeijn, Stam-van den Doel, en Pijpers, 2013). Er is sprake van grote gevolgen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling, de leerontwikkeling en de gedragsontwikkeling van het kind (St. Clair et al., 2019; Curtis et al., 2018; Cross et al., 2019; Thurm et al., 2018; Wiefferink, 2012). Het kind kan minder participeren in contact met leeftijdgenoten, heeft minder vriendschappen en wordt vaker gepest (Chen et al., 2020; Bedem et al., 2018).

Als gevolg van de communicatieproblemen kan het kind zich terugtrekken of agressief gedrag laten zien. Uit Nederlands onderzoek (Van Daal, Verhoeven en Van Balkom, 2007) blijkt dat 40% van de kinderen een klinische score laat zien op de CBCL, met name problemen met betrekking tot teruggetrokken gedrag, agressief gedrag en denkproblemen worden gesignaleerd. Vooral kinderen met taalproblemen op het terrein van de syntaxis en semantiek hebben een verhoogd risico op emotionele en gedragsproblemen.

Bij 50% van de kinderen met TOS is sprake van een (technisch) leesprobleem en voor allen is begrijpend lezen moeilijk. Tevens is er sprake van een vertraagde Theory of Mind (ToM) ontwikkeling. Dit betekent dat zij zich moeilijker kunnen verplaatsen in iemand anders of dat ze iets slechter kunnen interpreteren vanuit het perspectief van een ander waardoor ze minder adequaat reageren in sociale situaties (Nilsson & Jensen de Lopez, 2016; Durrleman, 2020).

Deze problemen blijven bestaan naarmate kinderen ouder worden en zelfs volwassenen met TOS ervaren nog steeds problemen in sociale situaties: zij lopen een groter risico om gepest te worden, zijn vaker angstig of depressief, zijn vaker werkloos of doen ongeschoold werk, wonen vaker bij ouders of in een beschermde woonvorm en hebben minder vrienden. Algemeen wordt aangenomen dat deze problemen veroorzaakt worden door spraak-/taalproblemen en daarmee samenhangend problemen in de emotionele ontwikkeling (Wiefferink, 2012).

Oorzaken

Kinderen met TOS beschikken ook over een aangeboren vermogen om taal te leren. Bij hen verloopt de taalontwikkeling echter op een andere manier en in een ander tempo dan bij kinderen met een „normale“ taalontwikkeling. De onderliggende oorzaak van TOS is meestal niet bekend, maar de stoornis is vermoedelijk een complexe interactie tussen genen, omgeving en neurobiologie (Graham & Fisher, 2013; Pigdon et al., 2019). Er lijkt iets aan de hand te zijn met het autonome ontwikkelingsproces om taal te leren, hier is echter (nog) niets aan te doen. De verschillende problemen die kinderen met TOS hebben, kunnen elkaar in stand houden en veroorzaken allen problemen in de communicatie.

- **Spraakproductie.** Zo beïnvloeden spraakstoornissen de verstaanbaarheid en dientengevolge de communicatiemogelijkheden van en met het kind.
- **Grammaticale kennisontwikkeling.** Ten aanzien van de grammaticale kennisontwikkeling wordt verondersteld dat het specifiek linguïstische regelsysteem dat nodig is om taalverwerking aan te sturen, verstoord is. Hierdoor ontstaan er problemen bij het begrijpen en produceren van complexe zinnen of woordvolgorden. De regels voor het verbuigen en vervoegen van woorden (morfologie) en de regels voor het vormen van correcte zinnen (syntax) kunnen dan niet goed worden toegepast.
- **Lexicaal-semantische kennisontwikkeling.** Problemen met betekenisverlening en een beperkte woordenschat (woordvindingsproblemen) waardoor het taalbegrip en/of de communicatie wordt verstoord, worden verklaard door drie theorieën; de lemma theorie, de lexeme theorie en de generalized slowing theorie. De lemma en de lexeme theorie gaan er beiden vanuit dat de oorzaak van de

woordvindingsproblemen moet worden gezocht in het mentale lexicon. Het mentale lexicon bestaat uit informatie over de betekenis van een woord, over hoe een woord klinkt, hoe je het uitspreekt en hoe je het in een zin gebruikt. De lemma theorie veronderstelt dat het semantisch netwerk van het mentale lexicon niet voldoende uitgebreid en/of georganiseerd is. In de lexeme theorie gaat men er vanuit dat de woordvindingsproblemen ontstaan in het fonologisch gedeelte van het mentale lexicon. De generalized slowing theorie gaat ervan uit dat woordvindingsproblemen een gevolg zijn van een in het algemeen trager reageren van deze kinderen op linguïstische en niet-linguïstische taken.

- Sociaal-pragmatische ontwikkeling. Kinderen met sociaal-pragmatische problemen passen hun taalgebruik niet aan aan de situatie van de luisteraar. Ook geven zij minder relevante en essentiële informatie, de informatie is chaotischer en te gedetailleerd en zij vertellen geen goede verhaallijn. Het taalgedrag komt vreemd en inadequaaf over. Dit leidt tot een beperkte communicatieve redzaamheid. Problemen in interactie en samenhang kunnen komen door een beperkte woordenschat, maar ook door beperkte mogelijkheden op het gebied van sociaal taalgebruik. Kinderen met TOS hebben veelal moeite met het uitdrukken van verbale interactiefuncties (b.v het herstellen van de interactie) en verbale representatiefuncties (gericht op het uitwisselen van informatie). De problemen in deze verbale functies komen bij jonge kinderen vaak voort uit taalbegrip of taalproductie problemen. In dat geval hebben linguïstische doelen prioriteit. Maar als problemen in verbale interactiefuncties niet verklaard kunnen worden uit taalbegrip of taalproductie problemen, krijgen communicatieve voorwaarden prioriteit.

Aan te pakken factoren

De methodiek van de TOS behandelgroepen richt zich op de volgende aspecten; de taalontwikkeling van het kind, de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind, de cognitieve ontwikkeling van het kind en de transfer naar de thuissituatie en het begeleiden van ouders. Deze aspecten zijn aan concrete doelen gekoppeld die uitgewerkt zijn in Appendix 1 en 2.

Verantwoording

Bij de theoretische onderbouwing van de methodiek TOS hebben we gebruik gemaakt van de volgende theorieën. In schema 4.1 zijn de aan te pakken factoren gekoppeld aan de theorieën die de behandeling verantwoorden en aan de werkzame elementen zoals die uit de praktijk en uit onderzoek zijn gebleken.

Schema 4.1 Aspecten behandeling, theoretische onderbouwing en werkzame elementen

Aspecten van de behandeling	Theoretische onderbouwing	Werkzame elementen
Taalontwikkeling	(1) Taalverwervingstheorie (3) Vraaggestuurd werken (monitoren) (2) Ontwikkelingsgericht leren	Logopedie (waaronder fonologische therapie en hanteren van taalstimulerende interactietechnieken) Interactief voorlezen Gebruik van ondersteunende gebaren Hanen-principes
Sociaal-emotionele ontwikkeling	(2) Ontwikkelingsgericht leren (3) Vraaggestuurd werken (monitoren)	Sensitieve, responsieve houding van de pedagogisch medewerkers en ouders Gebruik van ondersteunende gebaren Hanen-principes

Cognitieve ontwikkeling	(1) Taalverwervingstheorie (3) Vraaggestuurd werken (monitoren) (2) Ontwikkelingsgericht leren	Logopedie Interactief voorlezen
Transfer naar de thuissituatie en ouderbegeleiding	(4) Ouder-kind relatie (3) Vraaggestuurd werken (monitoren) (2) Ontwikkelingsgericht leren	Psycho-educatie Transfer naar de thuissituatie Interactieve coaching van ouders Interactief voorlezen

1) Taalverwervingstheorie: interactioneel

Er bestaan verschillende theorieën over hoe het taalverwervingsproces precies werkt. Deze theorieën zijn onder te brengen in twee stromingen:

a) Veel taalkundigen, o.a. de Amerikaanse linguïst Noam Chomsky, gaan ervan uit dat kinderen een aangeboren taalvermogen hebben waarbij zij de taalverwerving als het ware ondergaan. Dat moedertaalverwerving een onbewust, passief proces is, zou blijken uit het volgende (Frijn & Haan, 1991):

- Een kind kan niet weigeren zijn moedertaal te verwerven.
- Een kind heeft geen specifieke motivatie nodig voor taalverwerving.
- Een kind heeft geen expliciet onderricht nodig om zijn moedertaal te leren beheersen.
- Het kind blijkt ongevoelig voor correctie wat betreft de verwerving van zijn moedertaal.
- Het kind verwerft zijn moedertaal tamelijk onafhankelijk van de kwaliteit van het denkvermogen.
- Ieder kind dat zijn moedertaal leert, blijkt tijdens dat leren bepaalde vaste verwervingspatronen te volgen.

Volgens deze stroming speelt taalinput, de taal die een kind oppikt vanuit zijn omgeving, slechts een marginale rol en is taalinput niet toereikend om taal te verwerven.

b) Anderen zijn ervan overtuigd dat taalverwerving op dezelfde manier gebeurt als al het andere leren en dat input allesbepalend is in de taalontwikkeling van kinderen. Tot deze stroming, die niet in een aangeboren taalvermogen gelooft, behoort de Amerikaanse psycholoog Tomasello. Hij gaat ervan uit dat het met name de gezamenlijke aandacht (joint attention) is tussen ouder en kind, die de taalverwerving gunstig beïnvloedt (Tomasello, 2005). In zijn taalverwervingstheorie legt hij de nadruk op de sociale interactie tussen het kind en de omgeving waarin het opgroeit (usage-based theory). Hij ziet de taalverwerving als de uitkomst van een interactief proces tussen kind en verzorgers, waarbij het gebruik van taal als communicatiemiddel de weg is waarlangs dit proces zich voltrekt. Taalontwikkeling is volgens hem niet gebaseerd op een aangeboren taalvermogen, maar maakt onderdeel uit van de gehele ontwikkeling van het kind en verschilt daarbij niet principieel van de sociale en de cognitieve ontwikkeling.

Samenvattend kunnen we stellen dat er twee stromingen zijn die lijnrecht tegenover elkaar staan. *Elk kind heeft een aangeboren taalvermogen, waarbij taalverwerving een rijpingsproces is en het taalaanbod slechts van marginaal belang is tegenover het leren van taal gaat op dezelfde manier als al het leren en is alleen afhankelijk van de*

taalinput. Aan beide theorieën kleven problemen. Aanhangers van het aangeboren taalvermogen zijn er tot op heden niet in geslaagd hun theorie empirisch te ondersteunen, terwijl het probleem van de algemene leertheoriebenadering is dat zij geen goede verklaring kan bieden voor het feit dat kinderen de regels van de taal zo snel leren. Kinderen worden bijvoorbeeld niet alleen beloond voor correct taalgebruik, maar ook als ze fouten maken. Als bekrachtiging volgt op zowel correct als incorrect taalgebruik, hoe leert een kind dan de regels van de taal? Een middenweg is de *interactionele* benadering waarin beide stromingen gecombineerd zijn. Deze interactionele benadering is het uitgangspunt voor de behandeling van kinderen met TOS.

Volgens het interactionele perspectief is taalontwikkeling het gevolg van een combinatie van genetisch bepaalde aanleg (nature) en omgevingsfactoren (nurture). Volgens deze theorie berust ons vermogen om gesproken taal te verstaan en te begrijpen grotendeels op impliciete kennis van de taal. Jonge kinderen pikken de taal van hun omgeving vanzelf op uit het sociale contact met die omgeving. Algemeen wordt aangenomen dat taalverwerving een combinatie is van een autonoom ontwikkelingsproces en een leerproces. Dat wil zeggen dat alle kinderen een aangeboren vermogen bezitten om taal te leren, maar dat daarnaast een taalaanbod afgestemd op de ontwikkeling van het kind een voorwaarde is (Gerrits, 2017).

Kinderen met TOS beschikken ook over een aangeboren vermogen om taal te leren. Bij hen verloopt de taalontwikkeling echter in een ander tempo en soms ook op een andere manier dan bij kinderen met een normaal verlopende taalontwikkeling. De onderliggende oorzaak van TOS wordt gezocht in factoren die te maken hebben met de neurologische ontwikkeling (Pigdon et al., 2019). Er lijkt dus iets aan de hand te zijn met het autonome ontwikkelingsproces om taal te leren. Hier is echter (nog) niets aan te doen. Daarom richten we ons in deze methodiek op het leerproces. In het leerproces speelt het taalaanbod een grote rol. Bij kinderen met TOS komt het taalaanbod van de ouders, maar ook op het kinderdagverblijf, hoogstwaarschijnlijk overeen met het taalaanbod aan kinderen met een 'normale' taalontwikkeling. Echter, dit aanbod is voor hen niet voldoende (Gerrits, 2017). Daarom richt de taaltherapie in deze methodiek zich op het aanbieden van een adequaat taalaanbod aan kinderen met TOS: enerzijds door ouders en andere volwassenen in de omgeving van het kind te ondersteunen bij hoe zij het beste met hun kind kunnen communiceren; anderzijds door directe behandeling van een deel van de kinderen. Het uitgangspunt van deze methodiek is dat de interactie tussen het kind en ouders (en andere volwassenen) en het taalaanbod worden afgestemd op de ontwikkeling van het kind met TOS, waardoor het beter in staat zal zijn om taal te leren.

Taaltherapie in deze methodiek is anders dan algemene taalstimulering, zoals die wordt aangeboden op de kinderopvang en binnen de voorschoolse educatie (VVE). Algemene taalstimulering is voor alle kinderen hetzelfde, terwijl kinderen met TOS een taalaanbod nodig hebben dat is afgestemd op hun specifieke behoeften waarbij de interactie met behandelaars en tussen kinderen onderling de basis vormt van waaruit wordt gewerkt (Gerrits, 2017). In plaats van kinderen met TOS te overspoelen met taal (het zogeheten 'taalbad'), zoals kinderen met een taalachterstand op de peuteropvang krijgen, wordt binnen de vroegbehandeling TOS de communicatieve en taalontwikkeling per kind nauwkeurig in kaart gebracht en een behandelplan op maat gemaakt. De technieken die hiervoor gebruikt worden, dragen bij aan het effect van de behandeling. De *logopedische behandeling* binnen de vroegbehandeling is een tussenvorm van de therapeutgestuurde en kindvolgende benadering, waarbij het zwaartepunt op de kindvolgende benadering

ligt. De logopedische behandeling richt zich op alle aspecten van de taalontwikkeling. Van de verschillende technieken die binnen deze hybride benadering worden gebruikt, is de effectiviteit aangetoond (Cirrin & Gillam, 2008; Leonard, 2014; Cleave, Becker, Curran, Van Horne, & Fey, 2015). Bovendien past deze benadering goed bij de communicatieve taaltherapie zoals beschreven in Van den Dungen (2007) en het werken met de 'zone van naaste ontwikkeling' (Vygotsky, 1978). Meerdere wetenschappelijke onderzoeken hebben een positief effect van de *Hanen-principes* gevonden op de taalontwikkeling van kinderen (Kruythoff et al., 2019; Heidlage, 2020; Roberts & Kaiser, 2011). Ook *interactief voorlezen* heeft een overtuigend en positief effect op de taalontwikkeling en andere ontwikkelingsgebieden (Roberts et al., 2019; Kalb & Ours, 2013; Whitehurst et al., 1994). Voor het *gebruik van ondersteunende gebaren* is minder empirische evidentie, hoewel er wel aanwijzingen zijn dat het gebruik van gebaren een positieve invloed heeft op het taalbegrip (Wiefferink, Diender, Wijs & Vermeij, 2015)

2) Ontwikkelingsgericht leren

Bij het werken met peuters wordt de laatste jaren, zeker in groepsverband, steeds meer uitgegaan van het principe van het ontwikkelingsgericht werken. Het principe van het ontwikkelingsgericht werken is gebaseerd op de theorie van Vygotsky (Vygotsky, 1978). Hij stelt dat de ontwikkelingsmogelijkheden van kinderen samenhangen met de interacties van het kind met de mensen in zijn omgeving. Kinderen hebben een natuurlijke drang om te spelen (later leren). Spel heeft dan ook een leidende rol in het ontwikkelingsproces, wat al bij te zien is. Kinderen leren het meest in de door Vygotsky genoemde 'zone van naaste ontwikkeling', dat wil zeggen activiteiten die ze nog niet alleen kunnen, maar wel met hulp van een volwassene. Om zich goed te kunnen ontwikkelen, hebben kinderen daarom iemand nodig die hen prikkelt om een stapje verder te gaan. Ontwikkelingsgericht werken wil dan ook zeggen: opzettelijk en doelgericht erop uit zijn om kinderen verder te brengen in hun ontwikkeling door het aanbieden van activiteiten die aansluiten bij hun vaardigheden en deze net overstijgen.

Tijdens het werken met kinderen in de zone van naaste ontwikkeling is het van belang dat de behandelaar weet wat het actuele ontwikkelingsniveau is van een kind en wat het hogere ontwikkelingsniveau is dat een kind met hulp van een volwassene kan bereiken. Een kind heeft ondersteuning, aangepaste instructie, leerstrategieën en sturing van een volwassene nodig om de dingen die hij nog net niet zelfstandig kan (zone van naaste ontwikkeling) te leren. Door een actieve en constructieve bijdrage van de volwassene en het kind ontstaan leermomenten, waardoor het kind een stapje verder komt in zijn ontwikkeling. Wanneer de volwassene een te hoog niveau aanbiedt waar een kind nog niet aan toe is, zal het kind moeilijker kunnen leren.

Ontwikkelingsgericht werken stelt eisen aan het kind, de behandelaar en de leeromgeving:

- Er is sprake van een grote mate van *welbevinden en vertrouwen* bij het kind. Een kind leert wanneer hij een gevoel van geborgenheid en veiligheid ervaart en er sprake is van positieve interacties met de ander. Als de volwassene reageert vanuit een sensitieve en responsieve houding op de signalen en de taal van het kind kunnen er positieve interacties ontstaan.
- De *sociale interactie*, d.w.z. de interactie met de behandelaar en andere kinderen is belangrijk voor verdere ontwikkeling. Het kind kan zijn ontwikkeling zelf sturen door middel van confrontatie met objecten uit zijn fysieke en sociale omgeving. Het kind ontwikkelt zich door spel, onder andere door objecten te exploreren en ermee te spelen. Maar ook door te spelen met andere kinderen, waarbij het kind

geconfronteerd wordt met de perspectieven van andere kinderen. Echter, spel leidt niet per definitie tot ontwikkeling. Onderzoek naar de ontwikkeling van jonge kinderen en naar het vrije spelen van kinderen maakt duidelijk dat invloed van volwassenen op het spel belangrijk is. Sociale interacties zijn hierbij belangrijk. In de ontwikkeling van het kind kunnen we twee aspecten onderscheiden: datgene wat het kind correct en zelfstandig kan volbrengen en datgene wat het kind met hulp van de volwassene, door diens voorbeeld te volgen, kan realiseren. Wat het kind op zeker moment met hulp van de volwassene volbrengt, kan het in de regel niet veel later zonder diens hulp (de 'zone van naaste ontwikkeling'). De volwassene geeft die ondersteuning die het kind helpt grip te krijgen op het spel en de taak: door richting te geven, door aanwijzingen te geven, door de taak (voor) te structureren en zo nodig in kleinere stukken te verdelen, maar dat moet wel zo gebeuren dat het kind zelf actief leert. Hiervoor is het van belang om de interesses en initiatieven van het kind goed te volgen en hierop in te spelen, zodat het kind betrokken en gemotiveerd blijft. Belangrijk is dat het kind tijd en ruimte krijgt om zich het aangeboden eigen te maken.

- De omgeving en de materialen moeten kinderen nieuwsgierig maken en uitdagen tot spel. Een rijke *leeromgeving* is daarbij belangrijk. Het materiaal waarmee het kind speelt, heeft een zeer belangrijke rol bij het leren. Het materiaal moet het voor het kind mogelijk maken om op een veilige, overzichtelijke manier de wereld om zich heen te ontdekken: het moet de nieuwsgierigheid prikkelen, uitdagen en stimuleren tot spel en interactie. Naast het materiaal zijn ruimte, rust, voldoende tijd en thematisch werken belangrijke elementen van een rijke leeromgeving. De inrichting van de ruimte is hierbij van belang. Een deels afgebakende ruimte (speelhoek) met een duidelijk spelthema maakt dat kinderen overzicht houden en gemakkelijk met elkaar in contact komen.

3) Vraaggestuurd werken (monitoren)

Vragenlijsten vormen een hulpmiddel bij het aangaan van de dialoog met ouders. Binnen de vroegbehandeling TOS wordt bij alle onderdelen gewerkt met vragenlijsten. De monitor bestaat uit taaltesten, vragenlijsten voor de sociaal-emotionele ontwikkeling en een ontwikkelingstest. Deze testen en vragenlijsten worden voorafgaand aan de start van de behandeling en, afhankelijk van de test, halfjaarlijks of jaarlijks afgenomen totdat de behandeling stopt. Uit onderzoek naar effectieve behandelvormen is gebleken dat methodisch werken met vragenlijsten een algemeen werkzame factor van goed hulpverleners is (Weisz & Weisz, 1993; Van Yperen, Veerman & Bijl, 2017). De uitkomsten van de vragenlijsten worden gebruikt om behandelingsdoelen vast te stellen en dienen als feedback op de hulpverlening. Tevens wordt op basis van de uitkomsten de relatie met het kind en zijn ouders verder uitgebouwd en worden de uitkomsten gecombineerd met andere informatie zoals observaties besproken met de ouders. Daarnaast kunnen effecten op verschillende niveaus worden onderscheiden (kind, instelling en sector). Het werken met vragenlijsten is van belangrijke waarde voor het vormgeven van het nazorgtraject (Bakker, 2012).

4) Ouder-kindrelatie

De ouder-kindrelatie is de belangrijkste context waarbinnen de taalontwikkeling, maar ook de emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling van jonge kinderen zich afspeelt. Door een veilige, sensitieve, responsieve en stimulerende omgeving voor hun kind te creëren, leggen ouders het fundament voor hun kind om zich optimaal te kunnen

ontwikkelen. De eerste levensjaren vormen een kritieke periode voor de verdere ontwikkeling van jonge kinderen. De rol van ouders in de behandeling van de kinderen is dan ook van cruciaal belang. Door - waar nodig- de ouders in hun ouderrol te versterken en hun de gereedschappen te geven hun kind te ondersteunen, wordt het beste resultaat geboekt. Om ouders te kunnen ondersteunen bij het aanpassen van hun gedrag/interactie aan de behoeftes van hun kind, is inzicht in de achtergronden van gedrag belangrijk. Het Health Belief Model biedt hiervoor aanknopingspunten (Brug, van Assema, & Lechner, 2007). De centrale gedachte in dit model is dat het besluit van mensen om hun gedrag te veranderen, wordt bepaald door de risicoperceptie (hoe groot is het probleem) en of zij denken dat het gewenste gedrag kan helpen om het probleem te verminderen. Als de risicoperceptie hoog is, evenals de kans op vermindering van het probleem, dan zullen mensen sneller geneigd zijn om hun gedrag te veranderen. De behandelaars dragen er dan ook zorg voor dat ouders begrijpen dat hun kind een probleem heeft en dat zij kunnen bijdragen aan de vermindering van het probleem door de communicatie en interactie met hun kind aan te passen aan wat hun kind nodig heeft.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Onderzoek naar de uitvoering van de interventie is intern bij de NSDSK uitgevoerd. De resultaten zijn niet gepubliceerd. Hieronder een samenvatting van het meest recente clienttevredenheid onderzoek en een onderzoek onder medewerkers naar de uitvoering van de interventie.

Clïenttevredenheid

- a) Meester, M. (2019). Evaluatie van de zorg: bevindingen van september 2018 – september 2019. Amsterdam: NSDSK, intern rapport
- b) Vragenlijst onderzoek onder cliënten van de vroegbehandeling TOS, het afgelopen jaar ingevuld door 97 ouders (percentage niet bekend). De ouders vullen de vragenlijst aan het eind van de behandeling in. Het onderzoek wordt sinds 2008 jaarlijks uitgevoerd.
- c) Ouders van kinderen die voor TOS in behandeling zijn, zijn heel positief over de behandeling van hun kind: zij geven het rapportcijfer 8,6. Het rapportcijfer is de afgelopen 5 jaar stabiel gebleven en schommelt tussen de 8,6 en 8,8. Ouders beoordelen de wachtlijsten en de reisafstand naar de behandelgroep het laagst. Daarnaast valt op dat het aantal ouders dat aangeeft aan ouderprogramma's deel te nemen daalt. Als reden geven ouders vooral dat het tijdstip hen niet uitkomt. Mogelijk biedt eHealth en het deels digitaliseren van ouderprogramma's een uitkomst. In het NSDSK-jaarplan van 2019 (gebaseerd op het strategisch plan 2019-2023) worden projecten benoemd om de mogelijkheden hiertoe verder uit te zoeken.

Onderzoek onder medewerkers naar het gebruik van de interventie

- a) Wiefferink, K. (2020). Evaluatie methodiek TOS. Amsterdam: NSDSK, intern rapport
- b) Vragenlijst onderzoek onder alle medewerkers van de vroegbehandeling TOS in april 2020. Pedagogisch begeleiders (16), logopedisten (18) en teamleiders (14) hebben de vragenlijsten ingevuld. De respons was hoog voor logopedisten en teamleiders (> 80%), maar lager voor pedagogisch begeleiders (± 40%).
- c) In de vragenlijst werden een aantal algemene vragen gesteld naar attitude t.a.v. de methodiek, kennis/vaardigheden die nodig zijn om volgens de methodiek te werken en toepassing van de methodiek in de dagelijkse praktijk. De vragen gingen steeds over drie belangrijke uitgangspunten van de methodiek, nl. Hanen-principes, thematisch werken en interactief voorlezen. De bevindingen zijn overwegend positief en de medewerkers geven aan dat zij de elementen van de methodiek in het algemeen uitvoeren. Een uitzondering vormen de logopedisten: zij voeren de drie belangrijke uitgangspunten van de methodiek ook goed uit. Er is echter wel een grote variatie in het gebruik van het boek van Van den Dungen om behandeldoelen te formuleren, het uitvoeren van mondmotorische oefeningen tijdens eetmomenten en wekelijkse aandacht in de groep voor klanken. Naar aanleiding van deze resultaten worden nu mogelijkheden besproken om de zogenaamde 'fidelity' van de uitvoering te verhogen. Een recent gestart initiatief is het per behandelgroep aanstellen van een logopedist of pedagogisch begeleider die

de uitvoering van de methodiek moet bewaken. Zij worden hiervoor in november geschoold.

Behalve deze onderzoeken wordt er kwalitatief onderzoek gedaan naar de faalfactoren van de interventie. Dit gebeurt door observaties op de behandelgroepen door 1) de klinisch linguïst en 2) de GZ psycholoog.

Ad 1

De klinisch linguïst komt minimaal één keer per jaar op alle behandelgroepen en ziet hoe er op de verschillende groepen wordt gewerkt. Zij signaleert wanneer er structureel wordt afgeweken van de methodiek en maakt dit bespreekbaar. Ook signaleert zij nieuwe ontwikkelingen en ideeën die vervolgens in het kernteam van de methodiekwerkgroep besproken worden en weer in de methodiek verwerkt worden. Tot slot signaleert zij eventuele kennishiaten en bespreekt deze in het kernteam. Hierop kunnen onderwerpen voor logopedie-kennisdagen, TOS-overleggen, Masterclasses, etc. bepaald worden zodat de kennishiaten weer worden opgevuld.

Ad 2

Elke behandelgroep wordt minimaal één maar vaak meerdere keren per jaar bezocht voor observaties door de GZ-psycholoog. De medewerkers op de groepen werken intensief met elkaar samen, maar werken in mindere mate samen met medewerkers van andere groepen waardoor deze verschillen kunnen gaan ontstaan. In het laatste geval wordt dit ook besproken en kan de methodiek erbij gepakt worden.

Wanneer de verschillen tussen de werkwijzen groter worden, worden deze besproken in het teamleidersoverleg of in de vakgroep. Vervolgens wordt het kernteam betrokken en wordt er gekeken of de verschillen binnen de methodiek passen en wat best practice is. Wanneer er kennishiaten worden geconstateerd op één of meerdere groepen wordt dit met het team en/of de teamleider besproken.

Via masterclasses wordt kennis op peil gehouden en met behulp van intervisie wordt het praktisch werken besproken en geëvalueerd.

Daarnaast kwam de werkgroep die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van de methodiek elke drie maanden bij elkaar. In deze werkgroep zitten twee gedragswetenschappers/teamleiders, een GZ psycholoog, een klinisch linguïst, twee logopedisten, twee pedagogisch begeleiders en een onderzoeker. Tijdens deze bijeenkomsten werd besproken hoe het werken met de methodiek in de praktijk ging, welke knelpunten er waren en werden nieuwe ontwikkelingen in de sector besproken en hoe deze ontwikkelingen in de methodiek pasten. Dit leidde tot een aantal fundamentele veranderingen, maar ook tot enkele minder ingrijpende veranderingen. Deze veranderingen zijn beschreven in de nieuwe versie van de methodiek TOS.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Onderzoek 1. Effect van behandelgroep op taalontwikkeling kind

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. [ja](#)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). [ja](#)
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. [ja](#)
- Er is een voormeting. [ja](#)
- Er is een nameting. [ja](#)

- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. nee

Publicatie

- a) Bernadette Vermeij, Karin Wiefferink, Rosanne van der Zee, Noelle Uilenburg. (2014). Effect van behandelgroepen voor kinderen met een taalontwikkelingsstoornis. *Logopedie*, 86 (6), 6-11.
- b) In het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM) is in 2013 een onderzoek uitgevoerd bij 75 kinderen (61 jongens (81 %) en 14 meisjes (19%) met een gemiddelde leeftijd van 37 maanden (range 28-45 maanden) en een gemiddelde cognitie) die in de periode september 2010-januari 2013 minimaal 25 dagdelen aanwezig waren op de behandelgroep (range 29-211). Bij de onderzoekspopulatie waren geen meertalige kinderen betrokken. De verandering in taalontwikkeling werd met gestandaardiseerde testen in kaart gebracht: De Schlichting Test voor Taalproductie, de Schlichting Test voor Taalbegrip en de Nederlandse versie van de Peabody Picture Vocabulary Test-III-NL. Betrouwbaarheid van de uitvoering van de interventie is niet gemeten.
- c) Het effect van TOS-behandelgroepen van de NSDSK op de taalontwikkeling is positief voor zowel taalproductie als taalbegrip. De gemiddelde scores op de nameting waren op bijna alle taaldomeinen hoger dan op de voormeting voor kinderen met alleen taalproductieproblemen en kinderen met zowel taalproductie- als taalbegripsproblemen. De vooruitgang in zinsontwikkeling en woordontwikkeling was voor beide groepen significant. De kinderen met taalbegripsproblemen gingen bovendien ook significant vooruit in zinsbegrip en woordbegrip. Het taalbegrip van kinderen met enkel taalproductieproblemen was niet veranderd bij het verlaten van de groep, maar dat was bij aanvang al voldoende. Bovendien bleek dat hoe langer de duur van de behandeling des te beter de resultaten. Er was een significante correlatie met het produceren van zinnen ($p < .01$) en het taalbegrip ($p = .08$). Als ouders de spraaktaalcursus volgden, had dat een positief effect op de zinsontwikkeling van de kinderen ($t(41) = 1,94$, $p = 0,030$). Voor de overige taaldomeinen vonden we geen significant verschil.
Bij de interpretatie van de resultaten moet met een aantal methodologische beperkingen rekening worden gehouden. Ten eerste ontbreekt een deel van de nametingen, waardoor niet van alle kinderen op elk taaldomein de ontwikkeling goed in kaart kon worden gebracht. Ten tweede hadden we geen controlegroep waarmee de resultaten vergeleken konden worden, omdat het ethisch niet verantwoord is om kinderen behandeling te onthouden.

Onderzoek 2 Vooruitgang in taalvaardigheid bij peuters met TOS gedurende vroegbehandeling.

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. nee

Publicatie

- a) Bernadette Vermeij, Karin Wiefferink, Ron Scholte, Harry Knoors. (submitted). Progression in Language Proficiency in Toddlers With a Developmental Language Disorder during early language intervention.
- b) Momenteel wordt een promotie onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de Ster behandelgroep. In een nog niet verschenen artikel is gekeken naar de verandering in taalvaardigheid bij 183 kinderen die een behandelgroep van de NSDSK bezochten (Vermeij et al, submitted). Taalbegrip en taalproductie werden aan het begin en eind van de behandeling gemeten middels Routine Outcome Monitoring (ROM). De verandering in taalontwikkeling werd met gestandaardiseerde testen in kaart gebracht: De Schlichting Test voor Taalproductie (woordenschat en syntax), de Schlichting Test voor Taalbegrip en de Nederlandse versie van de Peabody Picture Vocabulary Test-III-NL (woordbegrip). Betrouwbaarheid van de uitvoering van de interventie is niet gemeten. Alle taaltesten zijn genormeerd op een representatieve steekproef van Nederlandssprekende kinderen. Om inzicht te krijgen in de taalontwikkeling gedurende behandelingen werden bij alle kinderen voor- en nametingen gedaan. Repeated Measures ANCOVA werd gebruikt om de taalontwikkeling in de tijd te analyseren, waarbij de duur van de behandeling als covariaat werd meegenomen. Met de Reliable Change Index werd per taalmaat nagegaan of een kind vooruit ging of stabiel bleef.
- c) Resultaten lieten zien dat de vooruitgang op drie van de vier taaltesten afhankelijk was van de duur van de behandeling. Er was een interactie-effect voor taalbegrip ($F [1,181] = 4.794, p = .030, \eta_p^2 = .026$), syntax productie ($F [1,181] = 7.043, p = .009, \eta_p^2 = .037$) en woordproductie ($F [1,181] = 38.183, p < .001, \eta_p^2 = .174$). Voor woordbegrip was er geen interactie-effect, maar wel een hoofdeffect ($F [1,181] = 3.954, p = .048, \eta_p^2 = .021$). De Reliable Change Index liet zien dat 64% van de kinderen een betrouwbare vooruitgang boekten op woordproductie. Op de andere drie taalaspecten gingen minder kinderen vooruit: 13% op taalbegrip, 24% op woordbegrip en 6% op syntax productie. Een enkel kind ging achteruit, variërend van 1 tot 5 kinderen op de vier taalaspecten. De overige kinderen lieten geen betrouwbare verandering zien. Dit betekent dat de achterstand in vergelijking met kinderen zonder taalproblemen niet groter werd, maar dat ze hun achterstand ook niet inliepen.

Onderzoek 3 Vergelijking van behandelgroep ZON met behandelgroep STER.

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. [ja](#)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). [ja](#)
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. [ja](#)
- Er is een voormeting. [ja](#)
- Er is een nameting. [ja](#)
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. [ja](#)

Publicatie

- a) Ketelaar, L., Diender, M. & Scheper, A. (in voorbereiding). Intensieve fonologische behandeling voor peuters met (een vermoeden van) TOS. Stem- spraak & taalpathologie.

- b) De vraag die centraal stond was: Zijn kinderen met een fonologische stoornis meer gebaat bij een specifieke behandeling gericht op de fonologie (op behandelgroep de Zon) dan bij het reguliere behandelaanbod van de NSDSK (behandelgroep de Ster)? Om dit te kunnen onderzoeken is er een studie opgezet waarbij één groep kinderen de nieuwe behandelgroep bezocht en een andere groep kinderen (met een vergelijkbaar profiel), geworven is bij de bestaande behandelgroepen. Op behandelgroep de Zon volgden kinderen een intensief behandeltraject waarbinnen de fonologische therapie centraal stond. Het behandelteam had zich gespecialiseerd in het behandelen van spraakontwikkelingsstoornissen. De verwachting was dat kinderen door de juiste en intensieve vorm van behandeling door een specialistisch team sneller of meer vooruitgang zouden laten zien in hun verstaanbaarheid zodat de behandeling daarna mogelijk overgedragen kon worden aan de perifere logopedist. Aan het onderzoek deden 22 kinderen van behandelgroep de Zon mee en 23 kinderen van behandelgroep de Ster. De verandering in fonologie-ontwikkeling werd met drie uitkomstmaten in kaart gebracht: Percentage Consonanten Correct-Revised (PCC-R) (Shriberg, Austin, Lewis, McSweeny, & Wilson, 1997), Phonological Mean Length Utterance (PMLU) (Ingram, 2002) en ICS-NL (oudervragenlijst over verstaanbaarheid in het dagelijks leven; Van Doornik-Van der Zee & Terband, 2013). De PCC-R werd berekend over het totaal aantal benoemde woorden door het aantal correct geproduceerde consonanten te delen door het totaal aantal geproduceerde consonanten. De PMLU werd berekend door het totaal aantal segmenten (vocalen + consonanten) op te tellen bij het totaal aantal correct geproduceerde consonanten. Vervolgens is het gemiddelde berekend door deze somscore te delen door het totaal aantal benoemde woorden.
- c) Bij de start van de behandeling waren er geen verschillen in de PCC-R tussen de groepen ($t(43) = -0.49$, $p = .625$). Repeated measures ANOVA (2(groep: fonologie of controle) x 3 (meting: voormeting, nameting, retentiemeting)) liet zien dat beide groepen een vooruitgang over tijd lieten zien in PCC ($F(1.53, 65.84) = 149.49$, $p < .001$, $\eta^2_p = .78$), echter de toename was groter voor de fonologiegroep ($F(1.53, 65.84) = 7.82$, $p = .002$, $\eta^2_p = .15$). Voor de PMLU en de ICS werd hetzelfde patroon gevonden als voor de PCC-R: beide groepen gingen vooruit (PMLU: $F(1.40, 60.15) = 172.79$, $p < .001$, $\eta^2_p = .80$; ICS: $F(2, 60) = 75.81$, $p < .001$, $\eta^2_p = .72$) maar de fonologiegroep ging meer of sneller vooruit dan de controlegroep (PMLU: $F(1.40, 60.15) = 7.66$, $p = .003$, $\eta^2_p = .15$; ICS: $F(2, 60) = 4.81$, $p = .012$, $\eta^2_p = .14$). Groepsgemiddelden laten dus zien dat kinderen met problemen in het verstaanbaar spreken meer baat hebben bij behandeling op de Zon dan op de Ster. Toch zijn in beide groepen enkele kinderen die niet of nauwelijks vooruitgang toonden. Nadere analyse van de data kan licht werpen op de kenmerken en factoren die hierbij een rol zouden kunnen spelen. Door de onderzoeksopzet is het niet mogelijk exact te duiden wat nu precies de werkzame elementen zijn die de behandeling op de Zon meer effectief maken. Hier kunnen verschillende variabelen aan ten grondslag liggen, zoals bijvoorbeeld de teamsamenstelling (een extra logopedist en klinisch linguïst op de Zon), de frequentie en dosis van de behandeling (tweedaagse behandeling op de Zon met focus op fonologische therapie versus driedaagse behandeling op de Ster met focus op communicatieve taaltherapie met daarbij eenmaal per week fonologische therapie), de individuele vaardigheden van de behandelaars, etc. Het onderzoek wordt momenteel beschreven in een artikel.

Voor alle drie effectonderzoeken geldt dat er geen negatieve effecten zijn waargenomen.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Werkzame elementen

1. Logopedie, bijvoorbeeld
 - a. Fonologische therapie (Hodson & Paden)
 - b. Woordenschattherapie (focused stimulation)
 - c. Grammaticale therapie (FIT)
 - d. Sociaal-pragmatische therapie (o.a. taalstimulerende interactietechnieken)
2. Interactief voorlezen, gebaseerd op taalstimulerende interactietechnieken
3. Visueel communiceren, bijvoorbeeld gebruik van
 - a. Gebaren
 - b. Picto's
 - c. Foto's
 - d. Gestures
4. Taalstimulerende interactietechnieken, bijvoorbeeld
 - a. Kijken-wachten-luisteren
 - b. Taal vereenvoudigen, maar wel grammaticaal correct spreken
 - c. Herhaling
 - d. Denkstimulerende gesprekstechnieken (DGM)
5. Indirecte therapie via ouder
 - a. Ouders leren taalstimulerende interactietechnieken toepassen (in groepsverband of individueel)
 - b. Ouders hebben de mogelijkheid om een cursus over gebruik van gebaren te volgen
6. Thematisch werken
7. Groepslogopedie
8. Ambulante ondersteuning bij vragen binnen de thuissituatie over de communicatie en het gedrag van het kind
9. Multidisciplinaire behandeling met verschillende disciplines
 - a. Logopedist
 - b. Pedagogisch begeleider
 - c. Gedragswetenschapper
 - d. Klinisch linguïst
 - e. GZ psycholoog

6. Aangehaalde literatuur

- Bakker, L.W.H. (2012). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Doen Wat Werkt (DWW)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bedem, N.P. van den, Dockrell, J.E., van Alphen, P.M., Kalicharan, S.V., Rieffe, C. (2018). Victimization, bullying, and emotional competence: Longitudinal associations in (pre)adolescents with and without Developmental Language Disorder. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 61(8), **DOI:** 10.1044/2018_JSLHR-L-17-0429.
- Beelen, J. van (2012). *De ontwikkeling van executieve functies bij jongens en meisjes in de leeftijd van twee tot en met vijf jaar*. Master Thesis Orthopedagogiek. Leiden: Universiteit Leiden.
- Bishop, D.V.M. (2010). Overlaps Between Autism and Language Impairment: Phenomimicry or Shared Etiology? Geraadpleegd 6 mei 2014 op <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921070/>.
- Bokkem, van, M. & Velden, van der, I.M. (1994). *DGM in de praktijk: een handboek bij de denkstimulerende gespreksmethodiek van Marion Blank*. Rotterdam: Partners Training & Innovatie.
- Bowen, C. (2011). Information for Families: Encouraging speech development in children with speech sound disorders. Retrieved September 2, 2019, from <http://www.speech-language-therapy.com/>
- Brug, J., van Assema, P., Lechner, L. (2007). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Carmiggelt, E.C., Uilenburg, N.N., Romeijn, J.E., Stam-van den Doel, H.H., Pijpers, F.I.M. (2013). *Uniforme signalering van taalachterstanden bij jonge kinderen*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).
- Chen, J., Justice, L. M., Rhoad-Drogalis, A., Lin, T. J., & Sawyer, B. (2020). Social networks of children with developmental language disorder in inclusive preschool programs. *Child development*, 91(2), 471-487.
- Cirrin, F. M., & Gillam, R. B. (2008). Language intervention practices for school-age children with spoken language disorders: A systematic review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39(1), S110-S137.
- Cleave, P. L., Becker, S. D., Curran, M. K., Van Horne, A. J. O., & Fey, M. E. (2015). The efficacy of recasts in language intervention: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 237-255.
- Cross, A.M., Joanisse, M.F., Archibald, L.M.D. (2019). Mathematical abilities in children with developmental language disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 50, 150-163.
- Curtis, P. R., Frey, J. R., Watson, C. D., Hampton, L. H., & Roberts, M. Y. (2018). Language disorders and problem behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 142(2).

- Daal, J. van, Verhoeven, L. & Van Balkom, H. (2007). Behaviour problems in children with language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(11), 1139-1147.
- Doornik van-Van der Zee, A., & Terband, H. (2013). *Schaal voor verstaanbaarheid in de context: Nederlands*. Universiteit Utrecht. Utrecht.
- Dungen van den, L. (2007). *Taaltherapie voor kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Durrleman (2020). Mentalizing: What's language got to do with it? *Language Acquisition*;27(3): 255-257.
- Eadie, P.E., Conway, L. Hallenstein, B., Mensah, F., McKean, C., Reilly, S. (2018). Quality of life in children with developmental language disorder. *International Journal of Language and Communication Disorders*, DOI: <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12385>.
- Feeney, R., Desha, L., Ziviani, J., & Nicholson, J. M. (2012). Health-related quality-of-life of children with speech and language difficulties: A review of the literature. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(1), 59-72.
- Frijn, J., & de Haan, G. (1991). *Het taallerend kind*. Dordrecht: ICG Publications.
- Gaag, R.J. van der (z.d.). Overige kinderpsychiatrische stoornissen. Geraadpleegd 30 april 2014 op Inhoudsopgah<http://mijn.bsl.nl/mijn-bsl/boeken/handboek-psycho-pathologie-deel-1---9789031353095/c-stoornissen-bij-kinderen-en-adolescenten/overige-kinderpsychiatrische-stoornissen/4375042.html>lve.
- Gelder, L. van (1998). *Een multidisciplinaire kijk op stem-, spraak- en taalpathologie. Handboek Stem – Spraak – Taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gerrits, E., Beers, M., Bruinsma, G., Singer, I. (2017), *Handboek taalontwikkelingsstoornissen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Goorhuis, S.M., Schaerlaekens, A.M. (1994). *Handboek Taalontwikkeling, Taalpathologie en Taaltherapie bij Nederlandssprekende Kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Graham, S.A., Fisher, S.E. (2013). Decoding the genetics of speech and language. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 43-51.
- Grauwels, R., Houmes, C. (2014). *Ik ben niet perfect, nou én! Zes portretten van kinderen met taalontwikkelingsstoornis (TOS)*. Deventer: Van Tricht Uitgeverij/Koninklijke Auris Groep.
- Hayden, D. A. (2003). PROMPT Prompts for restructuring oral muscular phonetic targets, introduction to technique: A manual. Santa Fe: The Prompt Institute.
- Heidlage, J.K., Cunningham, J.E., Kaiser, A.P., Trivette, C.M., Barton, E.E., Frey, J.R., Roberts, M.Y. (2020). The effects of parent-implemented language interventions on child linguistic outcomes: A meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly*, 50, 6-23.
- Hodson, B. W., & Paden, E. P. (1991). *A phonological approach to remediation: Targeting intelligible speech*. Austin: PRO-ED.

- Ingersoll, B., & Dvortcsak, A. (2013). *Trainen van sociaalcommunicatieve vaardigheden bij kinderen met een autismespectrumstoornis*. (H. Roeyers, S. van der Paelt, & P. Wareyn, Eds.). Leuven: Acco Uitgeverij.
- Ingram, D. (2002). The measurement of whole-word productions. *Journal of Child Language*, 29, 713-733.
- Kalb, G., & van Ours, J. C. (2014). Reading to young children: A head-start in life? *Economics of Education Review*, 40, 1–24.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2014.01.002>
- Ketelaar, L., Diender, M. & Scheper, A. (in voorbereiding). Intensieve fonologiebehandeling voor kinderen met (een vermoeden van) TOS en verstaanbaarheidsproblemen. *Stem- spraak & taalpathologie*.
- Ketelaars, M. (2010). Pragmatische taalproblemen. Omgaan met een gesprekgebrek. *De wereld van Het Jonge Kind*, 38, 22-24.
- Kruijthoff-Broekman, A., Wiefferink, K., Rieffe, C., & Uilenburg, N. (2019). Parent-implemented early language intervention programme for late talkers: parental communicative behaviour change and child language outcomes at 3 and 4 years of age. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(3), 451–464.
- Leonard, L. B. (2014). *Children with specific language impairment*. Massachusetts: MIT press.
- Lutje Spelberg, H.C., Berk, K. van (1997). Het taalniveau van kinderen met primaire taalontwikkelingsstoornissen. *Stem-, Spraak- en Taalpathologie* 6: 101-111.
- McGregor, K.K. (2020). How we fail children with developmental language disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 51, 981-992.
- Nilsson & Jensen de Lopez. (2016). Theory of mind in children with specific language impairment: A systematic review and meta-analysis. *Child Development*;87(1):143-153.
- Norbury, C.F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G., Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247-1257.
- Parisse, C., & Maillart, C. (2009). Specific language impairment as systemic developmental disorders. *Journal of Neurolinguistics*, 22(2), 109–122.
- Pepper, E., & Weitzman, E. (2013). *Praten doe je met z'n tweeën*. Amsterdam: SWP.
- Pigdon, L., Willmott, C., Reilly, S., Conti-Ramsden, G., Gaser, C., Connelly, A., Morgan, A.T. (2019). Grey matter volume in developmental speech and language disorder. *Brain Structure and Function*, 224,3387-3398.
- Ree, P. van de (2012). *Dubbeldiagnose dyslexie en dysfatische ontwikkeling*. Parallelsessie C: Dubbeldiagnoses: dubbele zorg? Presentatie januari 2012. Geraadpleegd 6 mei 2014 op

http://www.lexima.nl/media/189156/petra_van_de_ree_de_relatie_tussen_taal-en leesstoornissen.pdf.

- Resing, W.C.M., Evers, A., Koomen, H.M.Y., Pameijer, N.K. en Bleichrodt, N. (2005). *Indicatiestelling speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering. Conditie en instrumentarium*. Amsterdam: Boom Testuitgevers.
- Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180–199.
- Roberts, M.Y., Curtis, P.R., Sone, B.J., Hampton, L.H. (2019). Association of parent training with child language development. A systematic review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 173(7), 671-680.
- Schlichting, L., & de Koning, G. (2015). FIT Digitaal: een interactief taalprogramma voor de zinsbouw.
- Retrieved from <http://www.liesbethschlichting.nl/fit/>
- Shriberg, L. D., Austin, D., Lewis, B. A., McSweeney, J. L., & Wilson, D. L. (1997). The percentage of consonants correct (PCC) metric: Extensions and reliability data. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 708-722.
- Shriberg et al. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 42, 1461-1481.
- St Clair, M. C., Forrest, C. L., Yew, S. G. K., & Gibson, J. L. (2019). Early risk factors and emotional difficulties in children at risk of developmental language disorder: A population cohort study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(8), 2750-2771. DOI: 10.1044/2018_JSLHR-L-18-0061
- Stoep, J., van Elsäcker, W. (2005). *Peuters interactief met taal: de taallijn VVE: taalstimulering voor jonge kinderen*. Utrecht: Sardes.
- Thurm, A., Manwaring, S. S., Cardozo Jimenez, C., Swineford, L., Farmer, C., Gallo, R., & Maeda, M. (2018). Socioemotional and behavioral problems in toddlers with language delay. *Infant mental health journal*, 39(5), 569-580.
- Tomasello, M. (2005). *Constructing a language*. Cambridge: Harvard University Press.
- Tomblin et al. (1999). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 40, 1245-1260.
- Vermeij, B., Wiefferink, K., van der Zee, R., & Uilenburg, N. (2014). Effect van behandelgroepen voor kinderen met taalontwikkelingsstoornissen. *Logopedie*, 86(6), 6–11.
- Vermeij, B.A.M., Wiefferink, C.H., Scholte, R.H.J., Knoors, H. (submitted). Language Development and Behavior Problems in Toddlers With a Developmental Language Disorder.

- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society. The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wentink, H., Hoogenboom, S., Cox, A. (2009). *Leesonderwijs en leesbegeleiding voor leerlingen met ernstige spraak- en/of taalmoeilijkheden (ESM). Een katern bij de protocollen leesproblemen en dyslexie*. 's-Hertogenbosch: www.masterplandyslexie.nl.
- Weisz, J. R., & Weisz, B. (1993), *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. New York: Sage.
- Wetering, M., van de & Bouwens, N. (2012). Handboek fonologisch bewustzijn in het communicatief klimaat, Kentalis Academie
- Wiefferink, K., & Rieffe, C. (2012). Sociaal-emotioneel functioneren van kinderen met ernstige spraak-/taalmoeilijkheden. *Logopedie En Foniatrie*, 84(2), 40–44.
- Wiefferink, K., Diender, M., Wijs, M., & Vermeij, B. (2015). Het gebruik van gebaren bij jonge kinderen met TOS. *Van Horen Zeggen*, 56(4), 15-19.
- Whitehurst, G. J., Epstein, J. N., Angell, A. L., Payne, A. C., Crone, D. A., & Fischel, J. E. (1994). Outcomes of an emergent literacy intervention in Head Start. *Journal of Educational Psychology*, 86(4), 542–555.
- Yperen, T.A. van, Veerman, J.W., Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector*. Rotterdam: Lemniscaat B.V., Uitgeverij.

Appendix 1

Doelen taal-, sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling kind

Hoofddoelen	Subdoelen	Voorbeelden van subdoelen
Achterstand in <i>woordenschat</i> wordt kleiner of verdwijnt	Het kind heeft begrip van woorden passend bij leeftijd	Het kind begrijpt 50 woorden
	Het kind gebruikt de woordenschat passend bij leeftijd	Het kind gebruikt per thema 8 nieuwe woorden, waarvan 2 werkwoorden
Achterstand in <i>fonologie</i> wordt kleiner of verdwijnt	Het kind gebruikt vocalen correct in woorden	Het kind gebruikt ie, i, oe, aa correct in woorden
	Het kind gebruikt initiale consonanten correct in woorden	Het kind gebruikt de k correct aan het woordbegin
	Het kind gebruikt finale consonanten correct in woorden	Het kind gebruikt de p correct aan het wordeinde
Achterstand in <i>grammatica</i> wordt kleiner of verdwijnt	Het kind gebruikt meerwoorduitingen	Het kind maakt 2- en 3-woordzinnen
	Het kind gebruikt vraagzinnen	Het kind gebruikt vraagwoordzinnen met Wat ...?
	Het kind vervoegt werkwoorden	Het kind gebruikt voltooid deelwoorden
	Het kind verbuigt zelfstandige naamwoorden	Het kind gebruikt verkleiningsvormen van het zelfstandige naamwoord
Achterstand in <i>sociaal-pragmatische ontwikkeling</i> wordt kleiner of verdwijnt	Het kind gebruikt preverbale interactiefuncties	Het kind vestigt zonder woorden de aandacht op zichzelf
	Het kind gebruikt verbale interactiefuncties	Het kind roept of spreekt iemand aan
De <i>sociaal-emotionele ontwikkeling</i> is leeftijdsadequaat	Het kind kan zich in anderen inleven	Het kind troost een ander kind als het pijn heeft
	Het kind kan samenspelen met andere kinderen	Het kind kan beurtwisselen met andere kinderen

De *cognitieve ontwikkeling* is leeftijdsadequaat

Het kind kan zichzelf vermaken	Het kind speelt/werkt gedurende 5 minuten zelfstandig
Het kind heeft een goede zelfcontrole	Het kind is gemakkelijk te kalmeren
Het kind heeft sociale vaardigheden passend bij de leeftijd	Het kind kent de regels die gelden op de groep
Het kind is taakgericht	Het kind kan zonder externe motivatie een taakje afronden
Het kind kan ordenen en sorteren	Het kind kent tegenstellingen zoals groot/klein, oud/jong
Het kind begrijpt de opdrachten binnen de rituelen van de dag.	Het kind weet wat er van hem verwacht wordt bij het opruimen/eten/kring
Het kind heeft aandacht voor de taak	Het kind kan zich minimaal 5-10 minuten op een taak concentreren

Appendix 2

Doelen ouderbegeleiding

Hoofdoelen	Subdoelen	Voorbeelden van subdoelen
Ouders hebben <i>inzicht</i> in TOS en de gevolgen ervan (psycho-educatie)	De ouders hebben inzicht in de normale spraak-/taalontwikkeling en in de achterstand of het spraak-/taalprobleem van hun kind	De ouders bezoeken informatieve (digitale) thema-bijeenkomsten over de spraak-/taalontwikkeling en TOS, de werkwijze op de groep en de invloed van TOS op taalontwikkeling en de sociaal-emotionele ontwikkeling
Ouders beschikken over <i>vaardigheden</i> om de taalontwikkeling van hun kind te stimuleren	De ouders beschikken over technieken en vaardigheden met betrekking tot het optimaal begeleiden en stimuleren van de spraak-/taalontwikkeling van hun kind	De ouders hebben de cursus gevolgd waarin zij taalstimulerende strategieën (Hanen) leren en passen de Hanen-principes toe in hun dagelijks leven
Ouders kunnen het geleerde <i>toepassen</i> in verschillende situaties/domeinen (transfer)	De ouders kunnen de taalontwikkeling van hun kind stimuleren in verschillende opvoedsituaties	Ouders maken gebruik van ondersteunende gestures en gebaren. De ouders hanteren gesprekstechnieken om de taalontwikkeling van hun kind te stimuleren in verschillende situaties

Ouders hebben contact met lotgenoten

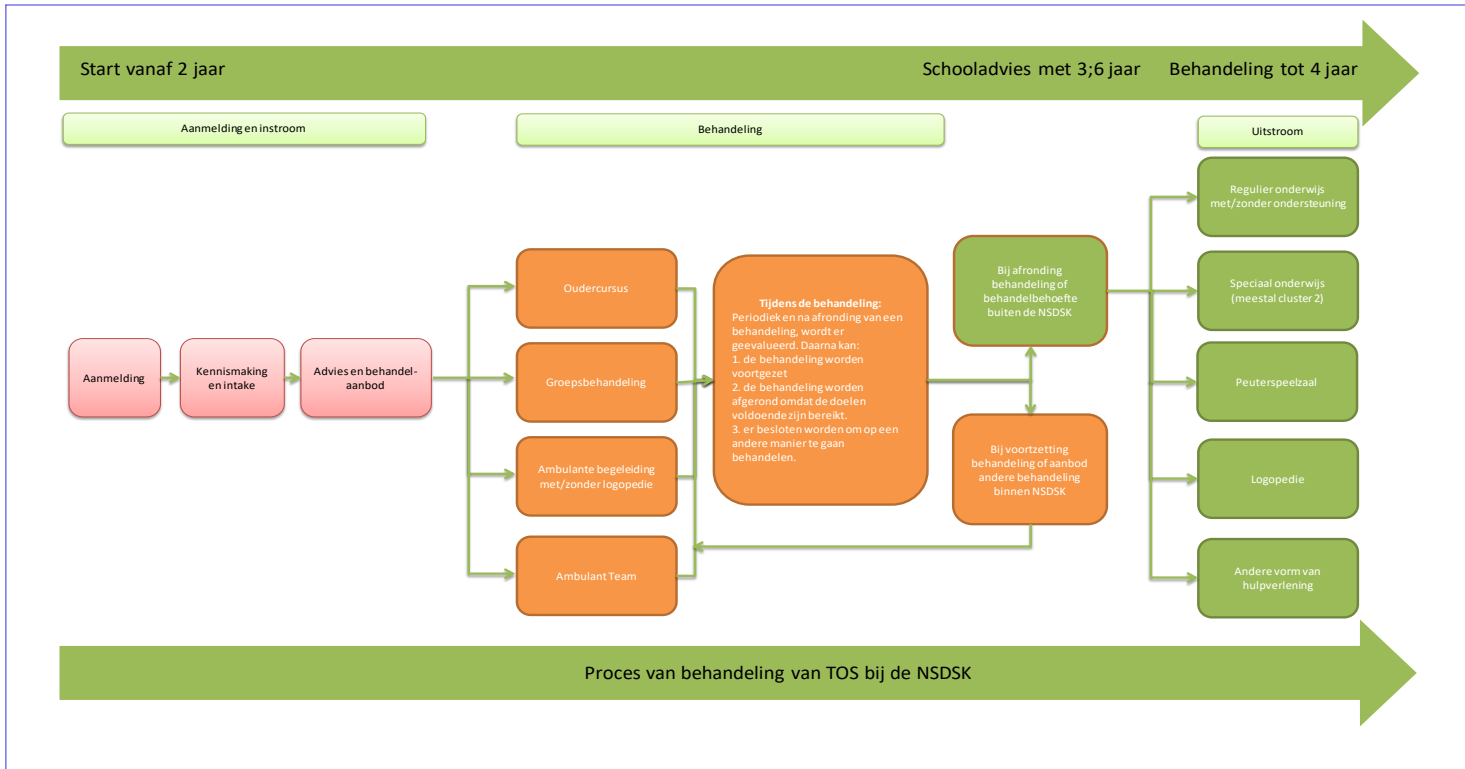
De ouders kunnen een verantwoorde keuze maken voor passend vervolgonderwijs en het vervolgtraject

De ouders ontmoeten andere ouders die in een vergelijkbare situatie verkeren

De ouders hebben inzicht in de ondersteuningsbehoefte van hun kind na beëindiging van de behandeling

De ouders kunnen hun ervaringen uitwisselen met andere ouders tijdens informatie-bijeenkomsten en cursussen

Appendix 3



Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

