

# Vroegdiagnostiek en Vroegbegeleiding

## *bij kinderen met een gestoorde communicatieve ontwikkeling*

*De ontwikkeling van het leren spreken bij kinderen verloopt zeer verschillend. Toch zijn er steeds betere normen ontwikkeld waardoor we het individuele kind ook steeds beter kunnen situeren ten opzichte van de norm voor leeftijdsgenootjes. Dit levert een advies op gaande van geruststellen en afwachten tot een verwijzing voor nadere diagnostiek, maar ook kan zo nodig een begeleiding starten voor ouders en kind.*

Vroegdiagnostiek van de communicatieve ontwikkeling betekent dat men niet zozeer kijkt naar de gesproken taal maar naar voorlopers van communicatie: kijkt het kind, herkent het namen of begrijpt het veel voorkomende gebaren of woorden, gebruikt het bewegingen om iets duidelijk te maken? Uiteraard observeert men ook het communicatieaanbod van de ouder, evenals de communicatieve interactie tussen ouder en kind. Deze dient afgestemd te zijn (en te reageren) op de mogelijkheden van het kind.

### **Ongerust**

Wanneer ouders zich zorgen maken over de communicatie met hun kind is dit een signaal dat ter harte moet worden genomen. Bij jonge kinderen maken ouders zich eerder zorgen over de zintuiglijke ontwikkeling: ziet zij me wel, hoort hij me wel? Bij iets oudere kinderen stellen ze vast dat hij geen interesse heeft in contact, dat hij niet reageert, dat hij geen geluiden (woorden) maakt

of niet op woorden reageert. Geluiden, woorden, maar ook gebaren krijgen maar geen betekenis. Het gebeurt ook wel eens dat ouders zich nog geen zorgen maken, maar dat consultatiebureau of huisarts vaststellen dat de mijlpalen aangaande contact, reageren, initiatief nemen, signalen geven, geluiden maken niet of onvoldoende aanwezig zijn. Zij vinden nader onderzoek dan zinvol. Of men slaat de weg in van onderzoek naar het communicatieve probleem, of men gaat eerst mogelijk onderliggende oorzaken opsporen via het medisch circuit (kinderarts, KNO-arts, kinderpsychiater).

### **Communicatieve expertise op Audiologische centra**

Audiologische centra hebben al jaren ervaring met diagnostiek en begeleiding van slechthorende en dove kinderen. Doordat deze kinderen niet of slecht horen, hebben ze uiteraard grote problemen met de verwerving van de gesproken taal. Sinds 1998 hebben de Audiologische centra de erkenning

gekregen om kinderen met taal- en spraakproblemen te onderzoeken, ook als de oorzaak hiervan niet aan het gehoor ligt. Natuurlijk is een gestoorde communicatieve ontwikkeling maar bij een minderheid van de kinderen te wijten aan een verminderd gehoor en vaker hangt deze stoornis samen met een cognitief probleem (retardatie) of een gedragsprobleem (autisme, ASS) of een medisch syndroom (Pierre Robin), maar ook soms met een pedagogisch probleem (ouders weten niet hoe ze dit kind kunnen helpen). In uitzonderlijke gevallen (1%) kan er sprake zijn van een specifieke ontwikkelingsstoornis die enkel de taalverwerving treft en waarvan de oorzaak niet te achterhalen valt (SLI, Specific Language Impairment).

Soms hebben ouders van deze kinderen ook problemen gehad met taalverwerving of heeft een broertje dyslexie, want een gestoorde communicatieve ontwikkeling is vaak genetisch bepaald.

**Tabel 1 Oorzaken Communicatieve Ontwikkelingsstoornissen**

- Aanleg (genetische factoren)
- Type cognitieve ontwikkeling ( ; , )
- Medische factoren (syndroom, prematuriteit)

**Problemen met informatieverwerking**

- Hersen(functie)stoornis
- Zintuigstoornis (gehoor)
- Intelligentiestoornis
- Emotionele ontwikkelingsstoornis
- Contactstoornis
- Opvoedingsfactoren

**Tabel 2 Disciplines bij de Taal unit van een Audiologisch centrum**

- Spraaktaalpathologie/klinisch linguïst
- Logopedie
- Psychologie
- Orthopedagogie
- Orthodidactiek
- Audioloog/KNO-arts
- Kinderneuroloog
- Kinderpsychiater
- Kinderrevalidatiearts

**VroegDiagnostiek**

Door de disciplines die op een Audiologisch centrum aanwezig zijn, kan men aandacht schenken aan het in kaart brengen van het communicatieve probleem (= de stoornis) en wordt tegemoet gekomen aan de vraag van ouders wat er aan gedaan kan of moet worden (= de hulpvraag), maar ook aan de belangrijkste factoren die van invloed zijn op die ontwikkeling (= de oorzaak). Er zal een uitgebreide anamnese plaatsvinden waarbij ouders zich soms afvragen waarom dat nodig is. Taalverwerving staat immers niet op zichzelf, maar hangt samen met verschillende voorwaarden en andere ontwikkelings-

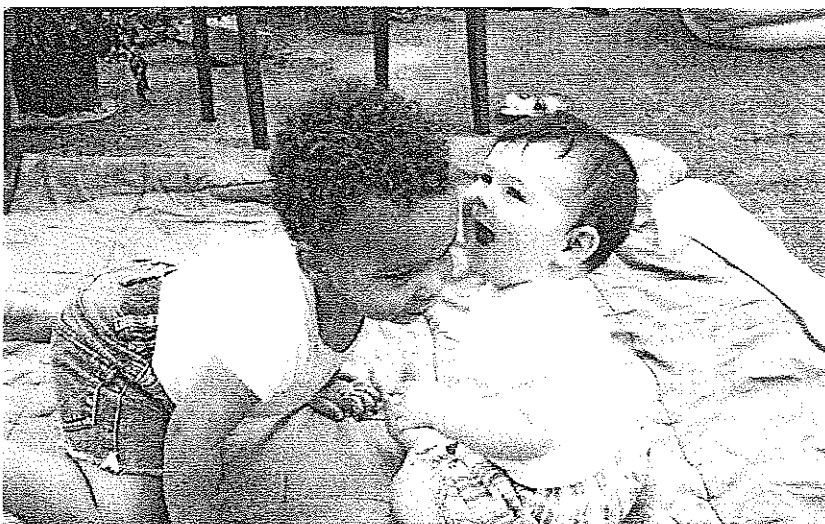
aspecten. Maar er kan ook gericht onderzoek gebeuren naar de communicatieve mogelijkheden van het kind.

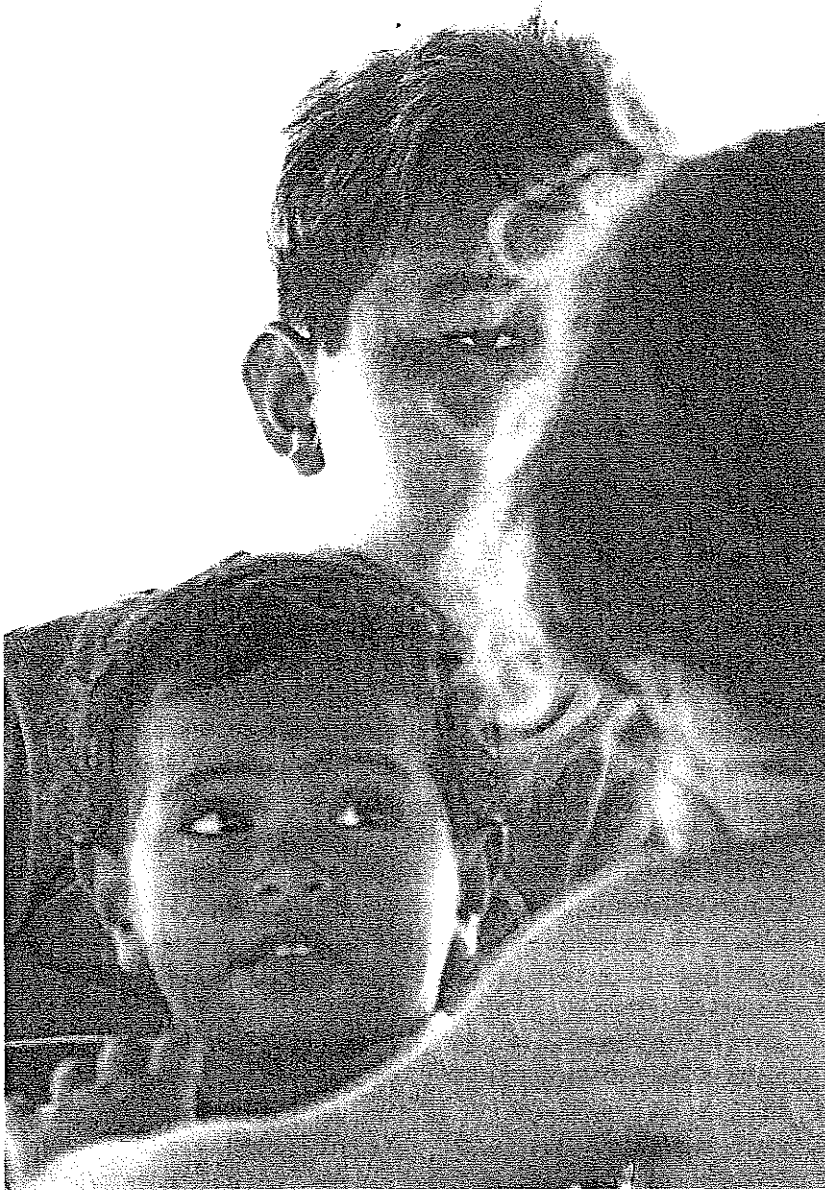
Met behulp van de Nederlandstalige Nonspeech Test (NNST) hebben we een gestandaardiseerd middel voor het observeren, scoren en beoordelen van communicatievoorwaarden en van de eerste non-verbale en verbale communicatie. Ook wanneer het jonge kind niet of slechts beperkt kan spreken is het een geschikt diagnostisch instrument. De klinische blik wordt gewaardeerd, maar dat niet alleen, er is ook een gedegen psychometrische verantwoording. Er zijn afzonderlijke tabellen voor de normen

van taalbegrip en taalproductie en dat voor de vier leeftijdsgroepen (12, 15, 18 en 21 maanden). In deze percentietabellen zien we wat de score betekent ten opzichte van q00 leeftijdgenootjes: bij de zwakste vijf, of in de buurt van rang 20, of misschien gemiddeld (rond p50), of mogelijk bovengemiddeld (p 90).

**Verskillende instrumenten**

Daarnaast beschikken we over de NCDI's, Nederlandstalige vragenlijsten voor de communicatieve ontwikkeling: een aanpassing van de Mac-Arthur Communicative Development Inventories, die teruggaat tot 1980 en in 1993 in zijn huidige vorm gepubliceerd werd en inmiddels in meer dan 30 talen wordt gebruikt. De inbreng van de ouders komt bij deze vragenlijsten duidelijk aan bod en men heeft aandacht voor 'acties en gebaren' (tussen 8 en 16 maanden) en voor 'woorden en zinnen' tussen 16 en 30 maanden. Naast het in kaart brengen van wat het kind reeds kan (gebruiken), wordt ook gekeken naar wat het kind reeds begrijpt (de basis voor het gebruik). Ook hier zijn er duidelijke regels voor de scoring en interpretatie met tabellen voor het berekenen van percentielen en taalleeftijden voor jongens en meisjes tussen 8 en 30 maanden.





Een instrument om de algemene ontwikkeling van jonge kinderen te beoordelen is de Bayley Scales of Infant Development (BSID-II-NL). Het is een vertaling en aanpassing van de Amerikaanse Bayley II en een herziene uitgave van de Nederlandse BOS 2-30. Met behulp van speelgoed en het uitlokken van gedrag kan men op verschillende domeinen de ontwikkeling inschatten bij kinderen tussen 1 en 42 maanden. De Mentale schaal en de Motorische schaal leveren ontwikkelingsleeftijden op, van de Gedragsobservatieschaal kunnen percentielscores worden bepaald.

Naast een inspectie van de mond en een oraal onderzoek naar de mobiliteit van de spraakorganen, wordt altijd het gehoor gescreend: het kind krijgt een dopje in het oor en moet alleen even stil blijven zitten bij mama. Met behulp van de Accuscreen worden oto-akoestische emissies (OAE's) gemeten en kan men vaststellen of het gehoor normaal is. Bij twijfel of onvoldoende emissies zal een uitgebreider audiometrisch onderzoek plaatsvinden.

#### *Vroegbegeleiding*

Als bovenstaande diagnostiek is afgerond - gemiddeld na 2 x 2 uur - volgt

een adviesgesprek met de ouders waarin conclusies en advies naar hulpverlening aan bod komen. Deze laatste kan zeer divers zijn:

1. Verwijzing voor begeleiding elders (MEE, de vroegere SPD, die info, advies en ondersteuning biedt aan ieder met een beperking of ontwikkelingsachterstand. Voor vragen over de ontwikkeling van kinderen heeft MEE in sommige regio's Teams Integrale Vroeghulp. Bureau Jeugdzorg bij problemen met opvoeden en opgroeien. Logopedisten voor de behandeling van taal en spraakproblemen.)
2. Nadere medische diagnostiek bij een van de consulenten (kinderneuroloog, kinderpsychiater, kinderrevalidatiearts).
3. Aanvullende gedrags- en communicatiediagnostiek kunnen we bieden via de Taalobservatiegroep (gemiddeld vier sessies van 2 uur) of via de Diagnose-Behandelgroep van het Klankbeeld Limburg, een AWBZ-voorziening in samenwerking met Viataal en Sint Marie.
4. Een aantal hulpverleningsvormen kunnen we zelf aanbieden, gaande van een uitgebreid traject (de Hanencursus Praten doe je met z'n Tweeën, visite) tot kortdurende begeleiding via Ouderadviesbijeenkomsten en/of een aantal individuele huisbezoeken.

#### *Doelgericht*

Binnen vroegbegeleiding is het niet alleen belangrijk WAT je met ouders doet, maar ook HOE je het doet. Uitgangspunt binnen elke vorm van begeleiding is de natuurlijke communicatiebenadering, gebaseerd op het sociaal-interactioneel perspectief. Samen met de ouders wordt een traject uitgezet, waarbij ouders niet afhankelijk gemaakt mogen worden van de hulpverlener. Ouders zijn geen therapeut, maar ze zijn wel de deskundige van hun kind.

Ouders worden dan ook actief betrokken in het hele proces. Dat willen ze ook, ouders zijn en voelen zich verantwoordelijk voor hun kind. Wij kunnen fungeren als wegwijzer en meedenker.

Vroegbegeleiding dient wel steeds doelgerichte interventie te zijn (werken met reële en haalbare doelen) en zal zich richten op het hele (gezins)systeem. Hierdoor wordt mede een bijdrage geleverd aan een sterkere cohesie binnen het gezin en een meer betekenisvol gezinsleven, wat de draagkracht van ouders ten goede komt. Een zeer handig, maar vooral waardevol middel is het gebruiken van video-opnamen en het geven van gerichte feedback hierop. Het competentiegevoel van de ouder kan hierdoor continu bevestigd en vergroot worden.

Naast deze gerichte interventie kan vroegbegeleiding ook dienst doen als verlengde diagnostiek, waarbij al werkende met ouders en kind gekeken wordt naar de sterke en zwakke punten en het begeleidingstraject hierop continu wordt aangepast.

### *De hulpverlener*

De taak van de hulpverlener binnen vroegbegeleiding bestaat er in ouders de juiste gereedschappen aan te reiken, waarmee ze kunnen omgaan met hun kind met een auditieve of communicatieve beperking. Bij voldoende zekerheid, waar wij ze in kunnen steunen, o.a. door feedback op de ouder-kindinteractie, gaan ouders dit hoe langer hoe meer 'vanzelfsprekend' toepassen binnen dagelijkse routines. Wij dienen te zorgen voor de nodige kennis bij de ouders en kunnen hun competentiegevoel vergroten, waardoor ouders op termijn zelf ontwikkelingsdoelen kunnen opstellen. Onderzoek toont verder aan dat ouders door vroegbegeleiding meer responsief en stimulerend zijn. Het interactiepatroon verloopt veel positiever en effectiever met meer beurtwisseling, en dit op een natuurlijke manier. Doelmatig-

heidsonderzoek aan de Universiteit Groningen openbaarde dat bij Audiologische centra's waar ouderbegeleiding gegeven wordt, meer kinderen vooruitgaan in hun taalprestaties.

### *Enkele resultaten en verwijzingen*

De resultaten van de diagnostiek op Audiologische centra laten zien hoe verschillend de adviezen kunnen zijn na de onderzoeken:

- Logopedie is maar in 42% van de gevallen het eerste advies;
- Mee thuiszorg indien er sprake is van een algemene ontwikkelingsvertraging of beperking;
- Bureau Jeugdzorg als de gedrags- en opvoedingsproblemen primair zijn, een medische behandeling als een ziekte of defect mede aan de basis ligt;
- Speciaal Onderwijs voor kinderen met ernstige spreekmoeilijkheden (ESM, cluster 2) indien het kind voldoet aan de criteria voor Leerling Gebonden Financiering;
- Een afwachtende houding en evt. een controle;
- Een meer indirecte taalstimulering en ouderbegeleiding.

Op basis van eindevaluaties van begeleidingsprogramma's op Hoensbroeck Audiologisch Centrum blijken alle ouders aan te geven minstens een beter contact te hebben met hun kind. Uit retrospectief onderzoek blijkt verder dat er een grotere verandering is opgetreden dan ouders in eerste instantie dachten.

In 2004 zagen wij 114 kinderen jonger dan 3 jaar:

- hiervan werden er 14 verwezen naar KNO en audiologie omdat op grond van onze meting een gehoorprobleem werd vermoed;
- hiervan werd door de verwijzer zesmaal geadviseerd de kinderarts in te schakelen;
- hiervan werden 12 kinderen verwe-

zen naar MEE;

- hiervan kregen 18 kinderen een verwijzing richting Bureau Jeugdzorg, maar dat kon divers zijn: medisch kleuterdagverblijf of videohometraïning of kinderpsychiater (ASS);
- sommige van bovenstaande kinderen hadden inderdaad communicatieve problemen, maar de andere problemen leken primair;
- bij 35 kinderen waren er duidelijke en specifieke taalproblemen, bij 22 ging het hoofdzakelijk om de productie en bij de anderen om zowel begrip als productie;
- bij 17 kinderen was er geen (ernstig) taalprobleem: soms was de taal wel zwak, maar niet afwijkend en in enkele gevallen konden we de ouders geruststellen dat er (nog) geen reden was tot verwijzing of therapie;
- bij 44 kinderen werd logopedische therapie geadviseerd;
- er waren kinderen bij met dubbele adviezen, bijv. ouderbegeleiding en logopedie, logopedie starten en daarna speciaal onderwijs ESM, kinderarts en MEE;
- wij zien ook allochtone kinderen met communicatieve problemen (zo'n 5% van het totaal), maar bij de kinderen jonger dan 3 jaar zijn het echt uitzonderingen.

» Dr. Romain Buekers en drs. Johan Dekelver

De auteurs zijn werkzaam als taal-spraakpathologen op het Audiologisch Centrum te Hoensbroeck (Stichting Revalidatie Limburg).

Postbus 88

6430 AB Hoensbroeck

T (045) 528 29 60

F (045) 528 29 65

E r.buekers@srl.nl

www.srl.nl