

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z 2006.070

Ouder- en Kindcentra Amsterdam Evaluatie van het protocol 'Preventie logopedie' in stadsdeel De Baarsjes

Datum	September 2006
Auteur(s)	Drs. M.L. Verlaan Drs. O.R.W. de Jong
Opdrachtgever	OKC Projectteam GGD Amsterdam
Projectnummer	011.85146/01.01
Aantal pagina's	48 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	6

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Uitgebreide samenvatting

Hoofdstuk 1 Inleiding

In opdracht van de gemeente Amsterdam en de stadsdelen wordt sinds 2002 gewerkt aan het oprichten van Ouder-en-Kindcentra (OKC's) in alle Amsterdamse stadsdelen. Het streven is dat in 2006 in elk stadsdeel minstens één OKC staat.

Het OKC is een goed bereikbare plek waar alle ouders, vanaf zo vroeg mogelijk in de zwangerschap tot het moment dat het kind naar de basisschool gaat, terecht kunnen met alle vragen over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun kind. Het doel is om het kind een zo groot mogelijke kans te geven om gezond op te groeien en het zo goed mogelijk voor te bereiden op een plaats in de maatschappij. Per jaar worden plusminus 10000 kinderen in Amsterdam geboren. Met 85 % van deze kinderen gaat het goed maar 15 % zal tijdens hun jeugd met problemen geconfronteerd worden. Dit zijn bij 5% van de kinderen ernstige problemen. Hoe eerder deze worden aangepakt hoe meer kans op een betere uitkomst. Daarom zetten OKC's in op zo vroeg mogelijke preventie.

Spraak- en taalproblematiek is met een prevalentie van 5% bij Nederlandse kinderen één van de meest voorkomende problemen, ook in Amsterdam.

Er is echter ook een grijs gebied van kinderen met een bedreigde spraaktaalontwikkeling. Bij hen is de aard van de problemen en de wenselijkheid van het inzetten van hulp en ondersteuning moeilijker in te schatten.

OKC Magalhaensplein heeft het vroegtijdig signaleren van spraak-/taalproblematiek in 2003 als een van de speerpunten in haar beleid opgenomen. Omdat in dit stadsdeel relatief veel allochtone kinderen wonen, waarvan het leeuwendeel tweetalig wordt opgevoed. OKC Magalhaensplein heeft daarom de GGD Amsterdam gevraagd een hulpmiddel voor hen te ontwikkelen om aan dit speerpunt invulling te geven.

In antwoord hierop heeft de GGD Amsterdam het protocol Preventieve logopedie ontwikkeld.

Het doel van het protocol 'Preventieve logopedie' is vroegtijdige signalering van en zonodig hulp bieden aan kinderen met een spraaktaalachterstand of met een risico op het verkrijgen van een spraaktaalachterstand. Van dit protocol wordt verwacht dat JGZ-artsen en verpleegkundigen bij twijfel aanvullende diagnostiek kunnen laten verrichten door de preventief logopedist in plaats van het kind zelf herhaaldelijk op te roepen. Dit zal vermoedelijk leiden tot een afname van het aantal extra-zorgconsulten door JGZ-artsen en verpleegkundigen. Door de aanvullende expertise van de preventief logopedist wordt ook verwacht dat sneller duidelijk is wat de aard en ernst en aard van de problematiek is, zodat een kind sneller geadviseerd en of verwezen kan worden.

Het doel van deze pilot is om na te gaan of het protocol in de praktijk haalbaar en uitvoerbaar is en de beoogde effecten oplevert. Concrete doelen van de invoering van het protocol waar in de pilot naar wordt gekeken zijn:

- Toename van consultatietijd ingezet door de preventief logopedist
- Afname van het aantal extra-zorgconsulten per kind met spraaktaalproblematiek door JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen.
- Eerdere signalering van spraaktaalproblematiek.

Hoofdstuk 2 Procesbeschrijving

In dit hoofdstuk wordt de inhoud van het protocol Preventieve logopedie toegelicht en worden ook de verschillen belicht tussen de situatie voorafgaand aan de invoering van

het protocol en de situatie na invoering van het protocol Preventieve logopedie bij OKC Magalhaensplein.

Het protocol “Preventieve logopedie” is gericht op vroegtijdige signalering van kinderen met spraaktaalachterstanden en op kinderen met een risico op spraaktaalachterstand in de leeftijd van twee tot vier jaar.

Als de JGZ-arts of de JGZ-verpleegkundige bij een van de consulten spraaktaalproblemen signaleert zijn er drie verschillende opties mogelijk of combinaties daarvan mogelijk.

Optie 1: Bij overduidelijke ernstige spraaktaalproblemen, verwijst de JGZ-arts het kind door naar de logopedist, het Audiologisch Centrum of een KNO-arts. Deze verwijzingen lopen via de huisarts.

Optie 2: De JGZ-arts kan ook de ouders adviseren het kind op een voorschool te plaatsen. Dit doet de JGZ-arts als deze denkt dat de achterstand zuiver wordt veroorzaakt door onderstimulering van het kind qua taalontwikkeling. De voorschoolprogramma's hebben namelijk een bewezen positief effect op de spraaktaalontwikkeling.

Optie 3: Als echter na het consult nog niet volledig helder is wat de aard en ernst van de problemen is, geeft de JGZ-arts of JGZ-verpleegkundige een indicatie voor richtinggevende diagnostiek door de preventief logopedist op locatie. Deze heeft meer expertise en meer gestandaardiseerde instrumenten beschikbaar om de spraaktaalontwikkeling van jonge kinderen te onderzoeken, ouders voor te lichten en desgewenst taalstimulatie-adviezen te geven en kinderen indien nodig gericht te kunnen verwijzen.

Drie of zes maanden na het onderzoek door de preventief logopediste wordt nagegaan of het kind de juiste hulp heeft ontvangen of de taalstimulatie-adviezen vruchten afwerpen. Ook wordt dan gekeken of en zo ja welke hulp er nog meer ingezet dient te worden.

Met behulp van het formulier “Preventief logopedisch onderzoek op indicatie” vindt overdracht van gegevens plaats tussen de JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en de preventief logopedist. Eventuele bijzonderheden kunnen mondeling worden overgedragen. De resultaten van het onderzoek van de preventief logopedist worden per kind bijgehouden in het dossier van het kind.

Hoofdstuk 3 Methoden

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methoden en uitkomstmaten zijn gebruikt om de evaluatie van het protocol preventieve logopedie vorm te geven en uit te voeren.

Het onderzoek bestaat uit twee metingen. Enerzijds vindt een effectmeting plaats om te zien in hoeverre met het protocol de beoogde doelen worden bereikt. Anderzijds vindt een procesevaluatie plaats om inzicht te krijgen in de beleving van het protocol door de betrokken disciplines en disciplines die er mogelijk effecten van kunnen merken.

Voor de effectmeting is gekozen voor het zogenaamde pretest-posttest design. Hierbij wordt in stadsdeel de Baarsjes locatie OKC Magalhaensplein, de situatie voor de invoering van het protocol, vergeleken met de situatie na invoering van het protocol. De voormeting heeft betrekking op de periode maart 2003 tot en met september 2003. De nameting heeft betrekking op de periode september 2004 tot en met augustus 2005.

De dataverzameling geschiedt d.m.v. dossieronderzoek en beschouwen van de extra-zorg mappen. Doordat er nog geen volledige registratie is van de extra-zorg consulten en verwijzingen, is het helaas niet mogelijk om de resultaten die we zullen vinden af te zetten tegen totalen op stadsdeelniveau en OKC-niveau.

De uitkomstmaten die worden beschouwd zijn;

1. Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar met extra zorg gericht op spraaktaalproblematiek ten opzichte van de in totaal gegeven extra zorg.
2. Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar doorverwezen voor spraaktaalproblematiek.
3. Aantal extra-zorgconsulten gegeven aan kinderen van 2 tot 4 jaar met spraaktaalproblemen.
4. Leeftijd van kind op het moment van advies of doorverwijzing.

Naast de effectmeting vindt ook een procesevaluatie plaats door middel van semi-gestructureerde interviews met de disciplines die betrokken zijn bij de uitvoering van het protocol of er mogelijk effecten van kunnen merken. Kwalitatieve uitkomstmaten bij de interviews zijn:

- Mate van bekendheid protocol bij de preventief logopedist, JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, logopediepraktijken en Audiologisch Centrum. In aanvulling hierop zal ook bij enkele ouders een kort interview worden afgenomen.
- Ervaren bruikbaarheid protocol door de preventief logopedist, JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, logopediepraktijken en Audiologisch Centrum..
- Ervaren relevantie voor de werkuitoefening voor preventief logopedist, JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, logopediepraktijken en Audiologisch Centrum. .
- Belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van het protocol, mogelijk aangevuld met suggesties ter verbetering van het protocol.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de evaluatie van het protocol Preventieve logopedie bij OKC Magalhaensplein beschreven. Eerst volgen de resultaten van de effectmeting, daarna die van de procesevaluatie.

Effectmeting

Voor de effectmeting zijn voor de voormeting in totaal 30 dossiers doorzocht van kinderen van OKC Magalhaensplein in stadsdeel de Baarsjes en voor de nameting 39. Er wordt een aantal kanttekeningen genoemd allen gerelateerd aan de beperkte beschikbaarheid van gegevens.

Percentage kinderen van 2-4 jaar met extra zorg gericht op spraaktaal

Tijdens de voormeting hebben volgens de extra-zorgmap in totaal 77 kinderen van 2 tot 4 jaar onder zorg bij OKC Magalhaensplein extra zorg ontvangen, waarvan de extra zorg bij 32 kinderen (42%) was gericht op de spraaktaalontwikkeling.

Tijdens de nameting hebben 86 kinderen van 2 tot 4 jaar extra zorg ontvangen, waarvan de zorg bij 39 kinderen (45%) was gericht op spraaktaalontwikkeling.

Omdat niet bekend is van de nameting hoeveel kinderen zijn doorverwezen na extra zorg door de JGZ-arts, kan hypothese 1 niet worden getoetst.

Percentage kinderen van 2-4 jaar doorverwezen voor spraaktaalproblematiek

Hierbij wordt uitgegaan van de gegevens uit het dossieronderzoek. Daarbij is van de voormeting van 17 kinderen uit OKC Magalhaensplein bekend wat er als vervolg kwam op de vermoede spraaktaalproblematiek. Van de nameting is van 35 kinderen het vervolg bekend.

In de voormeting hebben 2 kinderen (12%) uitsluitend advies gekregen, 14 kinderen (82%) zijn verwezen en 1 kind (6%) heeft zowel advies als een verwijzing gekregen.

Tijdens de nameting hebben 3 kinderen (9%) uitsluitend advies gekregen, 3 kinderen (9%) zijn verwezen en 27 kinderen (77%) hebben zowel adviezen als een verwijzing gekregen. Tijdens de nameting hebben significant meer kinderen advies gekregen, dit wel in combinatie met een verwijzing ($\chi^2= 29.345$, $df=2$, $p<0.001$).

Er is geen verschil tussen de voor- en nameting wat betreft het percentage kinderen dat is verwezen ($\chi^2= 0.089$, $p=0.765$). Bij deze uitkomsten wordt ook een aantal kanttekeningen geplaatst.

Aantal extra-zorgconsulten gegeven aan kinderen van 2-4 jaar met spraaktaalproblemen

Het aantal extra-zorgconsulten dat per kind is gegeven voordat de problematiek volledig helder was, heeft een spreiding van 0 tot 5. Tijdens de voormeting werden gemiddeld 1.35 extra-zorgconsulten aan een kind gegeven en tijdens de nameting gemiddeld 1.66. Er is daarmee geen verschil tussen de voor- en de nameting wat betreft het gemiddelde aantal extra-zorgconsulten dat aan een kind wordt gegeven ($t= -1.146$, $p=0.257$). Belangrijk verschil tussen beide metingen is, dat in de nameting de extra-zorgconsulten met name zijn verricht door de preventief logopedist en niet zoals in de voormeting door de JGZ-arts. Dit levert een kostenbesparing op voor OKC Magalhaensplein. Daarnaast is er ook inhoudelijk verschil tussen de extra-zorgconsulten tijdens de voor- en nameting. Bij de nameting kregen de kinderen en ouders bij het extra-zorgconsult ook gerichte adviezen ter stimulering van de spraaktaalontwikkeling.

Leeftijd van het kind op het moment van doorverwijzing

In totaal is van 38 kinderen bekend wat hun leeftijd was ten tijde van de verwijzing. Die leeftijd varieerde tussen de 1.46 en de 4.45 jaren. Gemiddelde leeftijd waarop is verwezen lag bij de voormeting op 2.49 jaar en bij de nameting op 2.99 jaar. Daarmee is er geen sprake van een merkbare daling in de gemiddelde leeftijd bij verwijzing ($t= -1.955$, $p=0.058$) en wordt hypothese 4 dus niet ondersteund door de resultaten. Er wordt een kanttekening geplaatst aangaande het inhoudelijke verschil tussen advisering tijdens de voor- en de nameting.

Proceevaluatie

Mate van bekendheid met het protocol

De preventief logopedist, de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen waren wel op de hoogte van het protocol. De verpleegkundigen en artsen die al langer bij het OKC werken vonden dat ze wel voldoende wisten van het protocol, al was er volgens hen geen officiële introductie geweest van het protocol met uitleg en scholing. Het protocol was volgens hen vooral verspreid door de preventief logopedist, via de mail en de werknemers hebben een OKC map ontvangen waar dit protocol ook in zit. Medewerkers aangesteld na november 2003 zijn niet ingewerkt in het werken met het protocol. Het formulier Preventief logopedisch richtinggevende diagnostiek was bij alle werknemers bekend, het uitgebreide verwijzingsformulier bij een deel. De logopediepraktijken in het stadsdeel zijn niet op de hoogte gesteld van de start van het protocol.

Ervaren bruikbaarheid van het protocol

Binnen OKC Magalhaensplein werd het protocol en de mogelijkheid de preventief logopedist te raadplegen enorm gewaardeerd door de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen. Dit vooral door de aanvullende expertise die de preventief logopedist had voor het OKC en het feit dat spraaktaalproblematiek een speerpunt was binnen het OKC en daar sloot het protocol uitstekend op aan. Hierdoor konden twijfels snel

worden overlegd en hoefden de artsen en verpleegkundigen deze twijfels niet alleen te dragen. Ook ervoeren de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen werkdrukverlichting doordat ze zelf die kinderen niet meer hoefden op te roepen voor extra-zorgconsulten, maar ze dat konden uitbesteden, al zagen ze de kinderen met complexe problematiek nog wel terug voor andere problemen. Ook konden de kinderen snel terecht op het logopedisch spreekuur.

Door de aanwezigheid van de preventief logopedist in het gebouw vonden de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen ook dat ze alerter waren geworden op het signaleren van spraaktaalproblematiek. Ook sloot het protocol nauw aan op de gebruikelijke werkwijzen van de artsen en verpleegkundigen.

Het formulier preventief logopedisch richtinggevende diagnostiek was nog wel bruikbaar, maar een update n.a.v. de invoering van het basistakenpakket was wenselijk. Het uitgebreide verwijsformulier werd minder bruikbaar gevonden dan het GGD-verwijsformulier. Door de werkdruk was het voor de preventief logopedist niet mogelijk om structureel te informeren bij de ouders of verwijzinstellingen over de opvolging van de adviezen en of verwijzing. Dit gebeurde veelal bij latere consulten op het OKC. Daardoor was het protocol bruikbaar tot en met het moment dat werd verwezen naar de verwijzinstelling.

Ervaren relevantie van het protocol

Vroegtijdige signalering en snelle doorverwijzing werd door alle betrokken disciplines, zowel binnen als buiten OKC Magalhaensplein als relevant en belangrijk gezien. En dat er sneller gesignaleerd werd door het logopedische spreekuur bij OKC Magalhaensplein werd door alle betrokkenen als aannemelijk beschouwd. De preventief logopedist signaleerde toch meer problemen dan de JGZ-arts en de JGZ-verpleegkundigen. Ouders (4) waardeerden de gesprekken met de preventief logopedist, ondermeer omdat er geen afspraak met de huisarts gemaakt hoefde te worden, het bezoek laagdrempelig was en de adviezen werden gewaardeerd.

Belemmerende en bevorderende factoren

De medewerkers van OKC Magalhaensplein zagen geen grote belemmeringen om volgens het protocol Preventieve logopedie te werken. Ze volgden de stappen van het protocol in de praktijk. Het uitgebreide verwijsformulier werd slechts door weinigen gebruikt en was ook niet voldoende op voorraad / binnen handbereik.

Het formulier preventief logopedische diagnostiek kon een update gebruiken als gevolg van de veranderingen in het basistakenpakket en de formulieren waren nog niet afgestemd op het elektronisch kinddossier (EKD), waar binnen OKC Magalhaensplein mee gewerkt gaat worden.

De JGZ-artsen werkzaam binnen OKC Magalhaensplein zouden graag een helder stroomschema hebben met daarin vervat het protocol, inclusief harde grenswaarden voor de besluitvorming.

Een bevorderende factor voor de bekendheid met en het gebruik van het protocol was het feit dat alle medewerkers dicht bij elkaar in een gebouw zitten en elkaar regelmatig treffen.

De instellingen waarnaar kan worden verwezen gaven aan dat het wenselijk zou zijn als er meer informatie over de resultaten van de screening bij hen terecht zou komen. Bij voorkeur voorafgaand aan het plaatsen van het kind op de wachtlijst.

Omdat een groot deel van de kinderen van allochtone afkomst is, vonden de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen de screening van het kind zelf “soms best een uitdaging”. De logopedisten van de logopediepraktijken wilden bij voorkeur sec hun eigen werk uitoefenen. Zij krijgen echter ook andere taken op hun bordje als gevolg van complexe

problematiek die bij hen binnenkomt. Zij pleitten er daarom voor dat het OKC de rol van spin in het web gaat overnemen.

Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies effectmeting

In dit hoofdstuk worden eerst de conclusies beschreven die op grond van de effectmeting en vervolgens de procesevaluatie kunnen worden gedaan. Tot slot worden de aanbevelingen beschreven die op grond van alle resultaten gedaan kunnen worden in de richting van beleidsmaker en professionals in de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar.

De effectmeting bij dit protocol werd bemoeilijkt en deels belemmerd door het feit dat er nog geen volledige registratie is van de verrichtingen door OKC Magalhaensplein, deels veroorzaakt door de overgang op het EKD. Daardoor kon over meerdere hypothesen geen uitspraak worden gedaan en is bij alle resultaten een aantal kanttekeningen van toepassing.

Het percentage kinderen met extra zorg gericht op spraaktaalproblematiek lijkt niet te verschillen tussen de voor- en nameting (42% versus 45%). Omdat niet bekend is wat het totale aantal regulier onderzochte kinderen is bij de voor- en de nameting, kon geen toetsing plaatsvinden.

Er is in absolute zin een toename in de inzet van de preventief logopedist, daarmee is de eerste doelstelling, een toename van de consultatietijd door de preventief logopedist behaald. Er kan echter niet worden gezegd hoe groot de bijdrage is van de preventief logopedist ten opzichte van het totale aantal kinderen met spraaktaalproblematiek. En al ervaren de artsen en verpleegkundigen wel een afname in het aantal extra-zorgconsulten gerelateerd aan spraak-/taalproblematiek, kan de tweede doelstelling niet met zekerheid worden bevestigd.

Voorts bleek dat tijdens de nameting significant meer kinderen zowel advies als een verwijzing hebben gekregen. Er bleek echter tussen de voor- en de nameting geen verschil in te zijn in het percentage kinderen dat uiteindelijk is verwezen al dan niet voorafgegaan door advies.

Het gemiddelde aantal extra-zorgconsulten per kind verschilt niet tussen de voor- en nameting. Dit laat onverlet dat de extra-zorgconsulten door de preventief logopedist minder kosten, wat gunstig is voor het OKC. Dat samen met het eerder genoemde kwalitatieve verschil tussen de extra-zorgconsulten bij de voor- en nameting, pleit voor de inzet van de preventief logopedist bij de extra-zorgconsulten.

Belangrijkste bevinding van de effectmeting is dat door de invoering van dit protocol een toename is vastgesteld in het percentage kinderen dat gerichte spraaktaaladviezen heeft gekregen. Het is goed mogelijk, dat deze toename van gerichte advisering van de ouders op termijn effect zal hebben op het percentage kinderen dat verwezen moet worden en op de duur van de verwijzing. Daarom wordt aangeraden in vervolgonderzoek daar dieper op in te gaan. De drie beoogde doelstellingen van het protocol worden door de betrokkenen wel ervaren maar twee ervan kunnen door gebrek aan gegevens niet worden getoetst.

Conclusies procesevaluatie

De belangrijkste bevinding die uit de interviews naar voren komt is dat het protocol en de daarmee samengaande inzet van de preventief logopedist enorm worden gewaardeerd door de JGZ-artsen en verpleegkundigen werkzaam bij OKC Magalhaensplein evenals de ouders die gebruik maken van het spreekuur. De JGZ-

artsen en JGZ-verpleegkundigen waarderen de extra expertise in huis en de mogelijkheid het kind intern door te verwijzen om zo duidelijkheid te verkrijgen over de aard en grootte van de spraaktaalproblematiek en de wenselijkheid van verwijzing. Doordat het protocol sinds de invoering in november 2003 niet is geëvalueerd en er geen aanpassingen hebben plaatsgevonden om de bruikbaarheid van het protocol te vergroten is het nu wel tijd geworden voor een update en aanpassing van de formulieren die binnen het protocol worden gebruikt. Daarvoor zijn door de JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, de preventief logopedist en vanuit de logopediepraktijken suggesties aangedragen. Zij willen het protocol graag blijven gebruiken. De relevantie van het protocol wordt voornamelijk vooral door de medewerkers van OKC Magalhaensplein zelf ervaren. Wat mede komt doordat de instellingen waarnaar wordt verwezen niet actief zijn geïnformeerd over de start, de inhoud en de doelen van het protocol.

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor beleidsmakers

- Als men besluit tot de invoering van een vernieuwing, is het raadzaam bij aanvang te kijken naar wat de bestaande registratie aan mogelijkheden biedt voor een effectmeting. Is dat niet voldoende, dan wordt aanbevolen aanvullende registratie op te zetten voor de invoer van de vernieuwing. Belangrijk daarbij is dat de registratie de betrokken personen niet veel tijd moet kosten.
- Het is belangrijk om bij de invoering van vernieuwingen rekening te houden met discontinuïteit in personeel, als daar sprake van is. Dit kan door de inhoud en wenselijke werkwijze herhaaldelijk te communiceren naar de werknemers die met het protocol moeten gaan werken.
- Als de resultaten van de evaluatie van SNEL, van het protocol Preventieve logopedie en de resultaten van de belangenbehartiging door de FENAC in de richting van het RIVM bekend zijn, wordt aanbevolen deze bevindingen naast elkaar te leggen en te zien wat naar aanleiding daarvan geconcludeerd kan worden over de vormgeving van de vroegsignalering en snelle doorverwijzing. Zodat de volgende vernieuwing of aanpassing van de huidige(n) gefundeerd is op de sterke kanten van de ontwikkelingen die gaande zijn.
- Daarnaast kan uitbreiding van de inzet van een preventief logopedist in risicowijken worden overwogen, ter ondersteuning van de signalering aldaar. Deze inzet en consultmogelijkheid blijkt enorm gewaardeerd te worden door JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen.
- Tot slot wordt aangeraden vervolgonderzoek te verrichten naar de effecten van de inzet van de preventief logopedist en de gerichte spraaktaalstimulering op de noodzaak en duur van behandeling die kinderen met spraaktaalproblematiek nodig hebben en op de leeftijd waarop de problemen worden gesignaleerd.

Aanbevelingen voor professionals

- Mocht het protocol Preventieve logopedie, al dan niet in gewijzigde vorm worden gehandhaafd in OKC Magalhaensplein, dan wordt aanbevolen om de gedane suggesties ter opheffing van belemmerende factoren uit te voeren. Er wordt een aantal suggesties gedaan.

Inhoudsopgave

	Uitgebreide samenvatting.....	2
1	Inleiding.....	11
1.1	Achtergrond.....	11
1.2	Aanleiding van pilot ‘Preventieve logopedie’.....	11
1.3	Doel pilot.....	13
2	Procesbeschrijving protocol.....	14
2.1	Inhoud van het protocol.....	14
2.2	Huidige versus nieuwe situatie.....	15
2.2.1	Oude situatie.....	15
2.2.2	Pilotsituatie.....	15
3	Methoden evaluatie.....	18
3.1	Opzet evaluatie.....	18
3.2	Uitkomstmaten en methoden effectmeting.....	18
3.2.1	Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar met extra zorg gericht op spraaktaal.....	19
3.2.2	Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar doorverwezen voor spraaktaalproblematiek.....	19
3.2.3	Aantal extra-zorgconsulten gegeven aan kinderen van 2 tot 4 jaar met spraaktaalproblemen.....	20
3.2.4	Leeftijd van kind op het moment van doorverwijzing.....	20
3.3	Statistische analyse effectmeting.....	20
3.4	Uitkomstmaten en methoden procesevaluatie.....	20
4	Resultaten.....	22
4.1	Resultaten effectmeting.....	22
4.1.1	Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar met extra zorg gericht op spraaktaal.....	22
4.1.2	Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar doorverwezen voor spraaktaalproblematiek.....	23
4.1.3	Aantal extra-zorgconsulten gegeven aan kinderen van 2 tot 4 jaar met spraaktaalproblemen.....	24
4.1.4	Leeftijd van kind op het moment van doorverwijzing.....	24
4.2	Resultaten procesevaluatie.....	25
4.2.1	Mate van bekendheid met het protocol.....	25
4.2.2	Ervaren bruikbaarheid van het protocol.....	26
4.2.3	Ervaren relevantie van het protocol voor werkuitoefening.....	27
4.2.4	Belemmerende en bevorderende factoren.....	29
5	Conclusies en aanbevelingen.....	31
5.1	De effectmeting.....	31
5.2	De procesevaluatie.....	33
5.3	Aanbevelingen.....	34
5.3.1	Aanbevelingen voor beleidsmakers.....	34
5.3.2	Aanbevelingen voor professionals.....	34
6	Referenties.....	36

Bijlage(n)

- A Toelichting op het protocol Preventieve logopedie
- B Het protocol Preventieve logopedie
- C Stroomschema verwijzing voorschool
- D Het formulier Preventief logopedisch richtinggevende diagnostiek
- E Verwijsformulier voor specialist
- F Interviewvragen JGZ artsen

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In opdracht van de gemeente Amsterdam en de stadsdelen wordt sinds 2002 gewerkt aan het oprichten van Ouder-en-Kindcentra (OKC's) in alle Amsterdamse stadsdelen. Het streven is dat in 2006 in elk stadsdeel minstens één OKC staat.

Het OKC is een goed bereikbare plek waar alle ouders, vanaf zo vroeg mogelijk in de zwangerschap tot het moment dat het kind naar de basisschool gaat, terecht kunnen met alle vragen over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun kind. Het doel is om het kind een zo groot mogelijke kans te geven om gezond op te groeien en het zo goed mogelijk voor te bereiden op een plaats in de maatschappij.

Het OKC is een samenwerkingsverband van Verloskunde, Kraamzorg, de JGZ 0-4 jaar, en aanbieders van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering. Dit zijn in Amsterdam de stichtingen Welzijn, Bureau Jeugdzorg en soms de JGZ.

De GGD Amsterdam was de eerste GGD in Nederland die jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0-19 jarigen uitvoerde. Zij doet dat voor 85% van de kinderen van 0-4 jaar en voor zo goed als alle kinderen van 4-19 jaar in Amsterdam. De andere kinderen van 0-4 jaar staan onder begeleiding van de Amsterdamse Thuiszorg (AT). Samen leveren de GGD en de AT aan 99% van de Amsterdamse zuigelingen preventieve zorg. Voor peuters en kleuters ligt dit percentage op 97.5% (GG&GD, 2004).

Op 1 januari 2003 woonden in Amsterdam 37270 kinderen van 0-4 jaar. Per jaar worden plusminus 10000 kinderen in Amsterdam geboren. Met 85 % van deze kinderen gaat het goed maar 15 % zal tijdens hun jeugd met problemen geconfronteerd worden. Het betreft hier zowel problemen met de gezondheid, als opvoedings- en psychosociale problemen of een combinatie hiervan. Dit zijn bij 5% van de kinderen ernstige problemen. Hoe eerder deze worden aangepakt hoe meer kans op een betere uitkomst (GG&GD, 2004). Met andere woorden: de OKC's zetten in op zo vroeg mogelijke preventie. Het motto van het OKC is dan ook "Vroeg begonnen, veel gewonnen".

1.2 Aanleiding van pilot 'Preventieve logopedie'

Spraak- en taalproblematiek is met een prevalentie van 5% bij Nederlandse kinderen één van de meest voorkomende problemen, ook in Amsterdam. Een niet goed verlopende spraaktaalontwikkeling kan een negatieve uitwerking hebben op meerdere ontwikkelingsgebieden, zoals ernstige onderwijsachterstanden en opvoedingsproblemen.

JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen zijn in de praktijk goed in staat om ernstige gevallen van spraak- en taalmoelijkheden bij jonge kinderen te detecteren. Er is echter een grijs gebied van kinderen met een bedreigde spraaktaalontwikkeling. Bij hen is de aard van de problemen en de wenselijkheid van het inzetten van hulp en ondersteuning moeilijker in te schatten. Voor detectie van problematiek en achterstand bij deze groep kan worden gekozen voor de inzet van preventieve logopedie, een maatwerkdeel van de JGZ. Preventieve logopedie richt zich op zowel primaire interventies (het voorkomen van spraak-/taalproblematiek) als secundaire interventies (het vroegtijdig onderkennen van spraak-/taalproblemen). In de praktijk betekent dit dat een preventief logopedist tijdens een logopedisch consult aanvullend richtinggevend spraaktaalonderzoek verricht bij jonge kinderen bij wie twijfel is gerezen over hun spraaktaalontwikkeling. Zo

worden zo veel mogelijk kinderen uit het grijze gebied, in een zo vroeg mogelijk stadium gezien en zonodig verwezen. Zeker als kinderen nog jong zijn, is een verwijzing niet altijd noodzakelijk en kan deze worden voorkomen door gerichte preventieve taalstimulatie-adviezen te geven aan ouders. Indien er toch behandeld moet worden, tonen diverse wetenschappelijke studies aan dat een behandeling minder langdurig zal zijn en dat vroegtijdige interventie veel leed voorkomt (GG&GD, 2004; Juttman et al., 1996; Lem van der et al., 1990; Ridder-Sluis en Lem van der, 1995). OKC Magalhaensplein heeft het vroegtijdig signaleren van spraak-/taalproblematiek in 2003 als een van de speerpunten in haar beleid opgenomen. In dit stadsdeel wonen relatief veel allochtone kinderen, waarvan het leeuwendeel tweetalig wordt opgevoed, omdat in de eigen omgeving vooral nog de moedertaal wordt gesproken. In totaal waren op 1 januari 2003 402 zuigelingen en 1135 kleuters onder zorg binnen stadsdeel de Baarsjes (GG&GD, 2004). De ontwikkeling van taal en spraak begint bij kinderen al in het eerste levensjaar. Als een kind bewust tweetalig wordt opgevoed, dan hoeft dit voor het kind geen problemen te geven. In de praktijk wordt er echter lang niet altijd bewust met tweetaligheid omgegaan. In stadsdeel de Baarsjes was daarom de behoefte om spraak-/taalproblematiek of achterstand eerder te signaleren dan de schoolleeftijd. De eventuele problemen kunnen dan al zo veel mogelijk voor de start van het kind op de basisschool zijn verholpen, de hulp in elk geval al zijn gestart of de noodzaak van hulp worden voorkomen doordat men er op tijd bij is. Dit geeft een kind meer kansen in de maatschappij. OKC Magalhaensplein heeft budget uitgetrokken en de GGD Amsterdam gevraagd een hulpmiddel voor hen te ontwikkelen om aan dit speerpunt invulling te geven.

In antwoord op dit verzoek heeft de GGD Amsterdam het protocol Preventieve logopedie ontwikkeld voor OKC Magalhaensplein in stadsdeel de Baarsjes, voor richtinggevende diagnostiek door de preventief logopediste door middel van het logopedisch spreekuur. Dit protocol is vervolgens uitsluitend bij OKC Magalhaensplein ingevoerd. Daar er een vaststaand budget is voor de uitvoering van dit protocol, is er een plafond aan het aantal kinderen dat de preventief logopedist op jaarbasis kan zien op het logopedisch spreekuur. Het spreekuur vindt maandelijks plaats gedurende 1 dagdeel. Hierdoor kunnen er op jaarbasis 70 kinderen worden gezien. De aanwezigheid van een preventief logopedist op het OKC, zorgt ook voor aanvullende expertise die door de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen kan worden geraadpleegd. De preventief logopedist bezoekt daarnaast ook de scholen in stadsdeel de Baarsjes voor de screening van vijfjarige kinderen.

Het doel van het protocol 'Preventieve logopedie' is vroegtijdige signalering en zonodig hulp bieden aan kinderen met een spraaktaalachterstand of met een risico op het verkrijgen van een spraaktaalachterstand. Van dit protocol wordt verwacht dat JGZ-artsen en verpleegkundigen bij twijfel aanvullende diagnostiek kunnen laten verrichten door de preventief logopedist in plaats van het kind zelf herhaaldelijk op te roepen. Dit zal vermoedelijk leiden tot een afname van het aantal extra-zorgconsulten door JGZ-artsen en verpleegkundigen. Dat zou tevens werkdrukverlichting opleveren voor JGZ-artsen en verpleegkundigen. Belangrijk punt verder is dat extra-zorgconsulten door de JGZ-artsen duurder zijn dan door de preventief logopedist, wat een besparing zou betekenen.

Door de aanvullende expertise van de preventief logopedist wordt ook verwacht dat sneller duidelijk is wat de aard en ernst en aard van de problematiek is, zodat een kind sneller geadviseerd en of verwezen kan worden. Het uiteindelijke doel van het protocol is vermindering van het huidige percentage van 15% verwijzingen tijdens de logopedische vijfjarigenscreening in groep 2 van de basisschool. Dit doordat een deel van die kinderen al in een eerder stadium gesignaleerd wordt met behulp van het

protocol preventieve logopedie. In verband met het tijdsbestek dat er overheen gaat voordat de effecten van eerdere signalering van spraaktaalproblematiek eventueel merkbaar worden, kan dit laatstgenoemde verwachte effect niet binnen deze pilot worden beschouwd. (Bijlage A bevat een toelichting op het protocol).

1.3 Doel pilot

Het doel van deze pilot is om na te gaan of het protocol in de praktijk haalbaar en uitvoerbaar is en de beoogde effecten oplevert. Concrete doelen van de invoering van het protocol waar in de pilot naar wordt gekeken zijn:

- Toename van consultatietijd ingezet door de preventief logopedist
- Afname van het aantal extra-zorgconsulten per kind met spraaktaalproblematiek door JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen.
- Eerdere signalering van spraaktaalproblematiek.

2 Procesbeschrijving protocol

In dit hoofdstuk wordt de inhoud van het protocol Preventieve logopedie toegelicht en worden ook de verschillen belicht tussen de situatie voorafgaand aan de invoering van het protocol en de situatie na invoering van het protocol Preventieve logopedie bij OKC Magalhaensplein. Inzicht in het protocol verheldert de opzet van de effectmeting en de resultaten van de procesevaluatie.

2.1 Inhoud van het protocol

Het protocol 'Preventieve logopedie' is gericht op vroegtijdige signalering van kinderen met spraaktaalachterstanden en op kinderen met een risico op spraaktaalachterstand in de leeftijd van twee tot vier jaar. Daarnaast dient het protocol als leidraad bij de verwijzing, registratie en terugkoppeling. Het protocol "Preventieve logopedie" zelf bestaat uit een kort stappenplan met daarin de beschrijving van de werkwijze inclusief terugkoppeling voor JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en de preventief logopediste. (Het protocol is toegevoegd als bijlage B).

Via de Jeugdgezondheidszorg kunnen kinderen bij vroegtijdige signalen van spraaktaalproblemen worden verwezen naar een logopediepraktijk of naar de tweede lijn (waaronder het Audiologisch Centrum en de KNO-arts). Dit gebeurt aan de hand van een verwijzing via de huisarts. Ook kan de arts n.a.v. het invullen van het stroomschema VVE (stroomschema voor besluitvorming verwijzing kinderen naar een voorschool) de ouders adviseren het kind eerst op een voorschool te plaatsen om zo de spraaktaalontwikkeling te stimuleren. (Het stroomschema verwijzing voorschool treft u als bijlage C).

Bij kinderen waarover de JGZ-artsen of verpleegkundigen in stadsdeel De Baarsjes niet zeker zijn van de noodzaak van verwijzing kunnen zij een kind direct doorverwijzen naar de preventief logopedist die in OKC Magalhaensplein werkt. Deze heeft meer expertise en meer gestandaardiseerde instrumenten beschikbaar om de spraaktaalontwikkeling van jonge kinderen te onderzoeken, ouders voor te lichten en desgewenst taalstimulatie-adviezen te geven en kinderen indien nodig gericht te kunnen verwijzen.

Drie of zes maanden na het onderzoek door de preventief logopediste wordt nagegaan of het kind de juiste hulp heeft ontvangen of de taalstimulatie-adviezen vruchten afwerpen. Ook wordt dan gekeken of en zo ja welke hulp er nog meer ingezet dient te worden. Voor doorverwijzing wordt door de JGZ-artsen, verpleegkundigen en de preventief logopedist gebruik gemaakt van een verwijsformulier, met daarachter een extra pagina waarop kan worden aangegeven welke onderzoeken zijn verricht en wat de aanbevelingen zijn.

Met behulp van het formulier "Preventief logopedisch onderzoek op indicatie" vindt overdracht van gegevens plaats tussen de JGZ-artsen, verpleegkundigen en de preventief logopedist. (Dit formulier is toegevoegd als bijlage D). Eventuele bijzonderheden kunnen mondeling worden overgedragen. De resultaten van het onderzoek van de preventief logopedist worden per kind bijgehouden in het dossier van het kind.

Ook op indicatie van peuterspeelzalen (via de Peuterobservatielijst) kunnen kinderen nu bij vroegtijdige signalen van spraaktaalproblemen via de JGZ-arts voor richtinggevende diagnostiek naar de preventief logopedist worden doorverwezen. De

Peuterobservatielijst en het protocol 'Als een kind je opvalt' zullen naar verwachting de toeleiding van kinderen met mogelijke spraaktaalproblemen vanuit de kinderopvang

naar het OKC helpen stroomlijnen, doordat ook op peuterspeelzalen en voorscholen door leidsters wordt gelet op mogelijke problemen (waaronder spraaktaal).

2.2 Huidige versus nieuwe situatie

In de komende twee subparagrafen worden achtereenvolgens de oude situatie (voor de invoering van het protocol) en de nieuwe experimentele situatie (na de invoering van het protocol) beschreven voor OKC Magalhaensplein, in stadsdeel de Baarsjes. Dit verschaft meer inzicht in de precieze verschillen tussen beide situaties. Het protocol is in november 2003 ingevoerd.

2.2.1 *Oude situatie*

Binnen de Jeugdgezondheidszorg Amsterdam bestond voor november 2003 al een wel inhoudelijk protocol voor signalering van spraak- en taalachterstanden en -stoornissen. In dit protocol werd precies beschreven wat de JGZ-artsen en verpleegkundigen op de diverse gebruikelijke reguliere contactmomenten (11 maanden, 14 maanden, 1 jaar en 9 maanden, 2 jaar en 6 maanden en 3 jaar en 9 maanden) moesten onderzoeken en welke instrumenten daarvoor beschikbaar waren. Ook werd aangegeven wanneer en wat men voor vervolgonderzoeken moest doen als er sprake was van uitval op een bepaald item en naar welke instantie dan verwezen kon worden. Met de audiologische centra in Amsterdam bestaat met de JGZ en huisartsen, een convenant over hoe en wanneer een kind met spraaktaalproblemen te verwijzen richting Audiologisch Centrum. Kerngedachte achter het convenant is dat als er niet uitgesloten kan worden dat er meer aan de hand is dan sec een logopedische stoornis, dat het kind dan voor onderzoek wordt verwezen naar het Audiologisch Centrum. Daar vindt vervolgens multidisciplinair onderzoek plaats. Daarnaast is er voor dit convenant ook een overdrachtsformulier ontwikkeld, waarop aangegeven kan worden welke onderzoeken reeds zijn uitgevoerd en wat daaruit de bevindingen waren. Van dit verwijsformulier wordt ook binnen het protocol Preventieve logopedie gebruik gemaakt. (Het verwijsformulier is toegevoegd als bijlage E). Begin 2002 bleek echter dat nog niet op grote schaal van dit convenant en bijbehorende formulier gebruik werd gemaakt. Om die reden zijn veel betrokkenen in 2002 inhoudelijk bijgeschoold in het werken volgens het convenant.

2.2.2 *Pilotsituatie*

De gebruikelijke reguliere contacten met de JGZ zijn veranderd ten opzichte van de oude situatie. Nu zijn er reguliere contactmomenten bij 11 maanden, bij 18 maanden, bij 2 jaar, bij 3 jaar en bij 3 jaar en 9 maanden. Daarnaast is een groot verschil met de oude situatie de tussenkomst van de preventief logopedist. Als de JGZ-arts of de JGZ-verpleegkundige bij een van de consulten spraaktaalproblemen signaleert zijn er drie verschillende opties mogelijk of combinaties daarvan mogelijk.

Optie 1: Bij overduidelijke ernstige spraaktaalproblemen, verwijst de JGZ-arts het kind door naar de logopedist, het Audiologisch Centrum of een KNO-arts. Deze verwijzingen lopen via de huisarts.

Optie 2: De JGZ-arts arts kan ook de ouders adviseren het kind op een voorschool te plaatsen. Dit doet de JGZ-arts als deze denkt dat de achterstand zuiver wordt veroorzaakt door onderstimulering van het kind qua taalontwikkeling.

Optie 3: Als echter na het consult nog volledig helemaal helder is wat de aard en ernst van de problemen is geeft de JGZ-arts of JGZ-verpleegkundige een indicatie voor richtinggevende diagnostiek door de preventief logopedist op locatie. Dit doen ze door

het aankruisen van de voor het kind betreffende situaties op het formulier 'Preventief logopedisch onderzoek op indicatie' voor in het dossier of mondeling). De OKC-assistente maakt dan ter plekke een afspraak met de ouders voor het logopedisch spreekuur. Dat heeft een gunstig effect op de opkomst van de kinderen.

De preventief logopedist (die voor kinderen in de voorschoolse periode gedurende een dagdeel per maand ingezet wordt op het OKC) onderzoekt het kind volgens een aantal gestandaardiseerde screeningsmethoden: (Lexilijst, Reynell, Schlichting, logopedie-screening of onderdeel van logopediescreening). Welke screening wordt gedaan is afhankelijk van de leeftijd van het kind, de aard van het vermoede probleem en de hulpvraag. Ook wordt er om de interactie met de ouder of de preventief logopedist te observeren door een van beiden met het kind gespeeld. De preventief logopedist bespreekt de uitkomst van de screening en observatie direct met de ouders. Doel van screening en observatie door de preventief logopedist is snel een helder beeld krijgen van de problematiek bij de kind. Bijkomend effect dat wordt verwacht is dat door de consulten bij de preventief logopedist het aantal extra-zorgconsulten bij de JGZ-arts af zal nemen. De resultaten van deze screening en observatie door de preventief logopedist worden per kind bijgehouden in het dossier van het kind.

Op basis van de resultaten van de screening en observatie door de preventief logopedist zijn twee opties mogelijk.

Eerste mogelijkheid is dat de ouders alleen taalstimulatie-adviezen ontvangen van de preventief logopedist met betrekking tot het omgaan met de spraaktaalproblemen van het kind. waarna het kind eventueel na 3 of 6 maanden een keer terug komt voor controle, om te zien in hoeverre er vooruitgang is geboekt. Bij het controlebezoek kan dan eventueel alsnog worden besloten dat verwijzing raadzaam is. Naast taalstimulering kan de preventief logopedist ook opvoedondersteuning, spelinloop en gebruik van de bibliotheek adviseren. Dit zijn drie activiteiten bedoeld ter stimulatie van het kind.

Tweede mogelijkheid is dat de preventief logopedist het kind via de huisarts doorverwijst naar de tweede lijn. Bijvoorbeeld naar de logopedist, het Audiologisch Centrum of de KNO-arts.

Indien er sprake is van verwijzing schrijft de preventief logopedist een verwijsbrief voor de huisarts en geeft deze aan de ouders mee met het verzoek de verwijsbrief aan de huisarts te overhandigen. De verwijsbrief is bedoeld om de huisarts te informeren naar welke instantie het kind eventueel is doorverwezen. Indien van het uitgebreide verwijsformulier gebruik wordt gemaakt, wordt de huisarts ook geïnformeerd welke onderzoeken er zijn gedaan en wat de bevindingen waren. Een kopie van de verwijsbrief met daarop schriftelijke toestemming van de ouders (paraaf op de kopie van de verwijsbrief) gaat in het dossier van het kind. De preventief logopedist tekent de uitkomst van de screening en observatie op het formulier Preventief logopedisch onderzoek op indicatie. Dat ligt als inlegvel in het dossier van het kind, ter informering van de JGZ-arts en JGZ-verpleegkundige. De preventief logopedist noteert voor zichzelf en in het dossier welke kinderen zijn verwezen en neemt na een aantal maanden contact op met de instantie of het kind is aangekomen. Andere mogelijkheid is dat bij het volgende reguliere of extra ingeplande consult bij het OKC wordt nagevraagd wat er met de verwijzing en of adviezen is gebeurd. Als blijkt dat de verwijzing en of adviezen niet de beoogde effecten hebben gehad wordt tijdens dit consult overlegd met de JGZ-arts over de nieuw te nemen stappen. Het streven is de kinderen met spraaktaalproblemen op een zo jong mogelijke leeftijd al door te verwijzen of advies te geven aan de ouders, zodat zoveel mogelijk van die kinderen al van hun problemen af zijn op het moment dat ze naar de basisschool moeten.

De preventief logopedist krijgt idealiter een begin- en eindverslag van de instantie waarnaar is doorverwezen (met toestemming van de ouders). Zodat men op het OKC weet wat er met het kind is gebeurd.

De duur van het tijdsbestek tussen verwijzing door het OKC en de start van de behandeling door de instelling waarnaar is verwezen is grotendeels afhankelijk van de lengte van de wachtlijsten bij deze instellingen.

3 Methoden evaluatie

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methoden en uitkomstmaten zijn gebruikt om de evaluatie van het protocol preventieve logopedie vorm te geven en uit te voeren.

3.1 Opzet evaluatie

Het onderzoek bestaat uit twee metingen. Enerzijds vindt een effectmeting plaats om te zien in hoeverre met het protocol de beoogde doelen worden bereikt. Anderzijds vindt een procesevaluatie plaats om inzicht te krijgen in de beleving van het protocol door de betrokken disciplines en disciplines die er mogelijk effecten van kunnen merken.

Voor de effectmeting is gekozen voor het zogenaamde pretest-posttest design. Hierbij wordt in stadsdeel de Baarsjes locatie OKC Magalhaensplein, de situatie voor de invoering van het protocol, vergeleken met de situatie na invoering van het protocol. Dit design is praktisch haalbaar. Nadeel van dit design is dat niet met zekerheid kan worden gezegd of de verschillen tussen de voormeting en nameting worden veroorzaakt door de interventie.

Het protocol is in november 2003 ingevoerd, daarom heeft de voormeting betrekking op de periode maart 2003 tot en met september 2003. Eerder kan niet, omdat er pas informatie over de gegeven extra zorg beschikbaar is vanaf maart 2003. De nameting heeft betrekking op de periode september 2004 tot en met augustus 2005. Voor deze effectmeting wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande registratiesystemen (dossiers van kinderen onder zorg bij OKC de Baarsjes en de extra-zorgmappen van OKC Magalhaensplein). Er is bij de GGD Amsterdam geen volledige registratie verrichtingen op stadsdeelniveau en OKC-niveau. Gedoeld wordt op gegevens als hoeveel kinderen van een bepaalde leeftijd in totaal op jaarbasis worden gezien, bij welk percentage problemen worden gesignaleerd en welk percentage als gevolg daarvan wordt verwezen. Daardoor zal het helaas niet mogelijk zijn om de resultaten die we zullen vinden af te zetten tegen totalen op stadsdeelniveau en OKC-niveau.

Naast de effectmeting vindt ook een procesevaluatie plaats bij de disciplines die direct of indirect bij het protocol zijn betrokken en bij ouders. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews.

3.2 Uitkomstmaten en methoden effectmeting

In het onderzoek worden vergelijkingen gemaakt tussen de oude situatie (voor de invoering van het protocol, 2003) en de nieuwe situatie (ruim na invoering van het protocol, 2004 en 2005) op basis van de volgende vier kwantitatieve uitkomstmaten:

1. Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar met extra zorg gericht op spraaktaalproblematiek ten opzichte van de in totaal gegeven extra zorg.
2. Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar doorverwezen voor spraaktaalproblematiek.
3. Aantal extra-zorgconsulten gegeven aan kinderen van 2 tot 4 jaar met spraaktaalproblemen.
4. Leeftijd van kind op het moment van advies of doorverwijzing.

Ter verduidelijking: extra-zorgconsulten (soms revisieconsulten genoemd), zijn alle consulten, die plaatsvinden na het consult dat door de JGZ-arts / JGZ-verpleegkundige is uitgevoerd (dat is nog een regulier consult), waarbij een vermoeden ontstaat van spraaktaalproblematiek. Het eerste extra-zorgconsult is bijvoorbeeld de doorverwijzing naar de preventief logopedist. Andere extra-zorgconsulten zijn de verdere consulten bij de preventief logopedist en de consulten waarbij de JGZ-arts het kind laat terugkomen, bijvoorbeeld om de ontwikkeling van het kind te volgen of testuitslagen met de ouders te bespreken.

Idealiter zou bij deze effectmeting ook worden gekeken naar het tijdsbestek tussen het consult waarbij de JGZ-arts of verpleegkundige een probleem vermoedt en de datum waarop het kind wordt doorverwezen. De verwachting is namelijk dat door de inzet van de preventief logopedist dit tijdsbestek korter wordt. De registratie van gegevens in OKC Magalhaensplein laat dit echter niet toe.

Het heeft geen zin om te kijken naar een mogelijke verkorting van het tijdsbestek tussen verwijzing en start van het vervolgtraject. Dit tijdsbestek wordt namelijk grotendeels bepaald door de lengte van de wachtlijst bij instellingen waarnaar is verwezen.

In het hierna volgende wordt per uitkomstmaat een beschrijving gegeven van de wijze van gegevensverzameling.

3.2.1 *Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar met extra zorg gericht op spraaktaal.*

Deze uitkomstmaat 1 kan worden vastgesteld aan de hand van de volgende gegevens:

- Het totaal aantal kinderen dat extra-zorgconsulten krijgt tijdens voor- en nameting.
- Het aantal kinderen dat extra-zorgconsulten krijgt gericht op spraaktaalontwikkeling.

De hypothese bij uitkomstmaat 1 is dat door invoering van het protocol het percentage kinderen (van 2 tot 4 jaar) waarbij een extra spraaktaalonderzoek plaatsvindt toeneemt. En dat daardoor op langere termijn het percentage kinderen van 5 jaar met spraaktaalproblematiek afneemt. Het meten van eventuele veranderingen door het protocol, op het percentage verwijzingen met spraaktaalproblematiek bij vijfjarigen valt echter buiten de looptijd van dit project.

3.2.2 *Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar doorverwezen voor spraaktaalproblematiek.*

Deze uitkomstmaat 2 kan worden vastgesteld aan de hand van de volgende gegevens:

- Totaal aantal kinderen van 2 tot 4 jaar dat extra- zorg met betrekking tot spraaktaalproblematiek krijgt.
- Het aantal kinderen van 2 tot 4 jaar dat na de extra zorg met betrekking tot spraaktaalproblematiek alsnog doorverwezen moet worden.

De hypothese bij uitkomstmaat 2 is, dat door de invoering van het protocol op termijn het percentage kinderen dat doorverwezen moet worden afneemt. Dit omdat men mogelijke spraaktaalproblemen gemiddeld genomen in een eerder stadium signaleert, waardoor bij een deel van de gesignaleerde kinderen nog kan worden volstaan met taalstimulerings-adviezen aan de ouders en of preventieve logopedie, waardoor verwijzing naar de tweede lijn minder vaak nodig is in vergelijking met de situatie voor de invoering van het protocol. Het percentage kinderen dat adviezen krijgt, maar niet doorverwezen hoeft te worden zal naar verwachting juist toenemen door invoering van het protocol.

3.2.3 *Aantal extra-zorgconsulten gegeven aan kinderen van 2 tot 4 jaar met spraaktaalproblemen.*

Deze uitkomstmaat 3 kan worden vastgesteld aan de hand van de volgende gegevens:

- Het aantal extra-zorgconsulten dat is gegeven aan kinderen van 2 tot 4 jaar met betrekking tot spraaktaalproblematiek.

De hypothese bij uitkomstmaat 3 is, dat door invoering van het protocol, het aantal extra-zorgconsulten dat gemiddeld genomen nodig is per kind waarbij vermoeden is van spraaktaalproblematiek, om de aard en ernst van de problemen helder te krijgen afneemt. Dit door de toevoeging van het onderzoek door de preventief logopedist.

3.2.4 *Leeftijd van kind op het moment van doorverwijzing.*

Deze uitkomstmaat 4 kan worden vastgesteld aan de hand van de volgende gegevens:

- De geboortedatum van het kind
- De datum van verwijzen.

Hypothese bij uitkomstmaat 4 is, dat door de invoering van het protocol de gemiddelde leeftijd waarop wordt verwezen zal afnemen.

3.3 **Statistische analyse effectmeting**

Voor de toetsing van de verschillen tussen de voor- en de nameting geldt dat de mogelijke verschillen in aantallen tussen de voor- en nameting, indien de celvulling dit toelaat worden getoetst met behulp van een Chikwadraattoets en anders een Fisher's Exact toets. Mogelijke verschillen in gemiddelden worden getoetst met een Student's t-toets. Als grenswaarde voor significantie wordt $p < 0.05$ aangehouden en er wordt tweezijdig getoetst. Als er te weinig gegevens zijn voor toetsing worden de verzamelde gegevens beschreven.

3.4 **Uitkomstmaten en methoden procesevaluatie**

Om naast de effectmeting ook een uitspraak te kunnen doen over de beleving van het protocol door de direct en indirect betrokken disciplines worden de volgende kwalitatieve uitkomstmaten middels semi-gestructureerde interviews geïnventariseerd:

- Mate van bekendheid protocol bij de preventief logopedist, JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, logopediepraktijken en Audiologisch Centrum. In aanvulling hierop zal ook bij enkele ouders een kort interview worden afgenomen.
- Ervaren bruikbaarheid protocol door de preventief logopedist, JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, logopediepraktijken en Audiologisch Centrum..
- Ervaren relevantie voor de werkuitoefening voor preventief logopedist, JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, logopediepraktijken en Audiologisch Centrum. .
- Belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van het protocol, mogelijk aangevuld met suggesties ter verbetering van het protocol.

Interviews zullen worden gehouden met de coördinator logopedie van de GGD Amsterdam, de preventief logopedist, JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen werkzaam binnen OKC Magalhaensplein, die dan ervaring kunnen hebben met het ontwikkelde en in gebruik zijnde protocol en met enkele logopediepraktijken en het Audiologisch

Centrum. Zij hebben mogelijk effecten gemerkt van de invoering van het protocol. Ter voorbereiding op de interviews krijgen de betrokkenen de interviewvragen toegestuurd. (Ter illustratie zijn de vragen die zijn gesteld aan JGZ-artsen opgenomen als bijlage F). In aanvulling op de procesevaluatie wordt ook bij enkele ouders een kort interview afgenomen.

De instellingen en personen die deelnemen aan de procesevaluatie staan vermeld in tabel 3.1

Tabel 3.1: Deelnemende instellingen / personen aan de procesevaluatie.

Discipline	Instelling / Persoon
Kwartiermaker (voor akkoord evaluatie)	Martine Landwehr Baarsjesweg 224 Postbus 9410 1006 AK Amsterdam +31205892599 m.landwehr@baarsjes.amsterdam.nl
Coördinator logopedie	Jenta Sluijmers
Preventief logopedist	Werkzaam bij OKC Magalhaensplein Magalhaensplein 2 Amsterdam
JGZ-artsen	Werkzaam bij OKC Magalhaensplein Magalhaensplein 2 Amsterdam
JGZ-verpleegkundigen	Werkzaam bij OKC Magalhaensplein Magalhaensplein 2 Amsterdam
Logopedisten	Logopediepraktijk Bos en Lommer De Rijpgracht 26- hs 1055 VS Amsterdam 020-6881380 Logopediepraktijk Jacob Marisplein Jacob Marisplein 35 1058 JC Amsterdam tel 020-6141183
Audiologisch Centrum	Effatha Guyot Audiologische Centra Derkinderenstraat 1 1062 BE Amsterdam 020 6171814 020-3467180

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de evaluatie van het protocol Preventieve logopedie bij OKC Magalhaensplein beschreven. Eerst volgen de resultaten van de effectmeting. Hierbij worden ook de relevante kanttekeningen genoemd. Daarna volgt een beschrijving van de resultaten van de procesevaluatie. Deze is gebaseerd op de interviews met de betrokken disciplines, aangevuld met de resultaten van interviews met enkele ouders. De resultaten van de procesevaluatie geven meer inzicht in de resultaten van de effectmeting.

4.1 Resultaten effectmeting

Voor de effectmeting zijn voor de voormeting in totaal 30 dossiers doorzocht van kinderen van OKC Magalhaensplein in stadsdeel de Baarsjes en voor de nameting 39. Eerste kanttekening is dat het werkelijke aantal kinderen dat extra zorg kreeg van OKC Magalhaensplein gericht op spraaktaalontwikkeling tijdens de voor- en nameting iets hoger ligt, dan het aantal doorzochte dossiers. Dit verschil komt door het feit dat een aantal kinderen is verhuisd, waardoor hun dossiers niet allemaal meer konden worden ingezien.

Ook hebben we niet van alle kinderen alle benodigde gegevens kunnen achterhalen, waardoor een deel van de metingen gebaseerd zal zijn op een kleiner aantal dossiers. Kinderen wiens problematiek over beide metingen heen speelde zijn alleen betrokken in de voormeting.

Volgende kanttekening is dat de directe verwijzingen gedaan door de JGZ-arts tijdens de voormeting en de nameting niet bij deze effectmeting kunnen worden betrokken. Dit komt door het feit dat de RSU formulieren waarop dergelijke gegevens worden genoteerd niet lang worden bewaard. En tijdens de voormeting waren er nog geen RSU formulieren. Ook is niet bekend wat de JGZ-artsen zelf aan extra zorg gericht op de spraaktaalontwikkeling hebben gegeven tijdens de nameting. Het aantal kinderen dat tijdens de voormeting en nameting na extra zorg is verwezen, is daardoor kleiner dan het totale aantal kinderen dat tijdens beide metingen is verwezen voor spraaktaalproblematiek.

Derde kanttekening bestaat eruit dat we de gevonden resultaten graag zouden willen plaatsen in het licht van de totale aantallen geziene en verwezen kinderen in de leeftijdsgroep waar dit protocol betrekking op heeft. Daarmee had een beter beeld verkregen kunnen worden van de onderzochte populatie. Helaas is dit niet mogelijk doordat er nog geen volledige registratie wordt bijgehouden van het aantal kinderen dat is gezien, bij welk deel spraaktaalproblemen is gesignaleerd, welk deel daarvan is verwezen en naar welke verwijzinstelling ze zijn verwezen.

4.1.1 *Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar met extra zorg gericht op spraaktaal.*

Tijdens de voormeting die liep van maart 2003 tot en met september 2003 hebben volgens de extra-zorgmap in totaal 77 kinderen van 2 tot 4 jaar onder zorg bij OKC Magalhaensplein extra zorg ontvangen, waarvan de extra zorg bij 32 kinderen (42%) was gericht op de spraaktaalontwikkeling. Om enige indicatie te geven: in dat jaar waren er in stadsdeel de Baarsjes 1135 kleuters (1-4 jaar) onder zorg (GG&GD, 2004). Tijdens de nameting die liep van september 2004 tot en met augustus 2005 hebben 86 kinderen van 2 tot 4 jaar extra zorg ontvangen, waarvan de zorg bij 39 kinderen (45%) was gericht op spraaktaalontwikkeling.

Omdat niet bekend is van de nameting hoeveel kinderen zijn doorverwezen na extra zorg door de JGZ-arts, kan hypothese 1 niet worden getoetst. Daarbij is het ook nog zo, dat de preventief logopedist ook regelmatig wordt geraadpleegd zonder gebruik te maken van een consult op het logopedisch spreekuur. Dat vertekent de resultaten ook.

4.1.2 *Percentage kinderen van 2 tot 4 jaar doorverwezen voor spraaktaalproblematiek.* Hierbij wordt uitgegaan van de gegevens uit het dossieronderzoek. Daarbij is van de voormeting van 17 kinderen uit OKC Magalhaensplein bekend wat er als vervolg kwam op de vermoede spraaktaalproblematiek. Van de nameting is van 35 kinderen het vervolg bekend.

In de voormeting hebben 2 kinderen (12%) uitsluitend advies gekregen, 14 kinderen (82%) zijn verwezen en 1 kind (6%) heeft zowel advies als een verwijzing gekregen. Tijdens de nameting hebben 3 kinderen (9%) uitsluitend advies gekregen, 3 kinderen (9%) zijn verwezen en 27 kinderen (77%) hebben zowel adviezen als een verwijzing gekregen. Tijdens de nameting hebben significant meer kinderen advies gekregen, dit wel in combinatie met een verwijzing ($\chi^2 = 29.345$, $df=2$, $p<0.001$).

Als advies en verwijzing en verwijzing worden samengenomen, dan zijn bij de voormeting 15 kinderen (88%) verwezen en hebben 2 kinderen (12%) alleen advies gekregen. Tijdens de nameting zijn 30 kinderen (91%) verwezen en hebben 3 kinderen (9%) alleen advies gekregen. Daarmee is er geen aantoonbaar verschil tussen de voor- en nameting wat betreft het percentage kinderen dat is verwezen ($\chi^2 = 0.089$, $p=0.765$). Bij deze uitkomstmaat is het belangrijk dat wordt genoemd dat de directe doorverwijzingen uit de voor- en de nameting hier niet bij zijn betrokken. Wat de uitkomsten waarschijnlijk heeft beïnvloed.

Belangrijke kanttekening hier is het feit dat de term ‘advies’ tijdens de voormeting kan verschillen met de betekenis ervan tijdens de nameting. Advies tijdens de nameting door de preventief logopedist bestaat uit gerichte adviezen gebaseerd op taalkundige expertise aan de ouders over hoe de spraaktaalontwikkeling bij hun kind gestimuleerd kan worden in de praktijk door middel van spel en oefening.

Ter illustratie is in tabel 4.1 beschreven wat de aard van de problematiek is op basis waarvan de 50 kinderen uit de voor- en nameting samen zijn geadviseerd en of doorverwezen.

Tabel 4.1: Aard van de problematiek op basis waarvan is verwezen en of geadviseerd bij voor- en nameting samen.

Aard van het probleem	Aantal kinderen (%)
Spraaktaalontwikkelingsachterstand / twijfel	18 (36%)
Spraaktaalontwikkelingsachterstand en KNO-problemen	10 (20%)
Onvoldoende taalbegrip en of productie	12 (24%)
Spraaktaalontwikkelingsachterstand samen met bredere problematiek (ontwikkeling, sociaal, gezinssituatie)	7 (14%)
Afwijkend monddrag / nasale spraak / kwijlen	3 (6%)
Totaal	50 (100%)

Tabel 4.2 geeft ter illustratie een overzicht van de instellingen waarnaar de 45 kinderen uit de voor- en nameting zijn verwezen. In de tabel wordt uitgegaan van 48 verwijzingen. Dit komt doordat enkele kinderen naar meerdere instellingen zijn verwezen.

Tabel 4.2: Instellingen waarnaar is verwezen in de voor- en nameting samen.

Verwijsinstelling	Aantal kinderen (%)
Audiologisch centrum (en vervolg)	19 (40%)
Logopediepraktijk (eventueel in combinatie met verwijzing naar ziekenhuis)	17 (35%)
VTO team	3 (6%)
Vangnet Jeugd	3 (6%)
Ziekenhuis (KNO-arts)	1 (2%)
Bureau Jeugdzorg Amsterdam (met vervolg)	1 (2%)
Integrale vroeghulp	1 (2%)
Opvoedspreekuur	2 (4%)
VVE	1 (2%)
Totaal	48 (99%)

4.1.3 *Aantal extra-zorgconsulten gegeven aan kinderen van 2 tot 4 jaar met spraaktaalproblemen.*

Het aantal extra-zorgconsulten dat per kind is gegeven voordat de problematiek volledig helder was, heeft een spreiding van 0 tot 5.

Tijdens de voormeting werden gemiddeld 1.35 extra-zorgconsulten aan een kind gegeven en tijdens de nameting gemiddeld 1.66. Er is daarmee geen significant verschil tussen de voor- en de nameting wat betreft het gemiddelde aantal extra-zorgconsulten dat aan een kind wordt gegeven ($t = -1.146$, $p = 0.257$). Belangrijk verschil tussen beide metingen is, dat in de nameting de extra-zorgconsulten met name zijn verricht door de preventief logopedist en niet zoals in de voormeting door de JGZ-arts. Dit levert een kostenbesparing op voor OKC Magalhaensplein.

En nogmaals; er is ook inhoudelijk verschil tussen de extra-zorgconsulten tijdens de voor- en nameting. De extra-zorgconsulten door de preventief logopedist omvatten ook gerichte adviezen ter stimulering van de spraaktaalontwikkeling, waarmee in de periode waarin de extra-zorgconsulten plaatsvinden het kind al duidelijke vooruitgang kan boeken qua spraaktaalontwikkeling en verwijzing mogelijk voorkomen kan worden. Als verwijzing voorkomen kan worden, betekent dat een besparing in kosten voor de JGZ en zorgverzekeraars en vermindering van de toestroom naar de verwijsinstellingen. Andere kanttekening is dat het aantal extra-zorgconsulten bij de nameting te maken heeft met een plafond. Er was één keer per maand gedurende een dagdeel logopedisch spreekuur.

4.1.4 *Leeftijd van kind op het moment van doorverwijzing*

Indien door de invoering van dit protocol spraaktaalachterstanden en of problematiek inderdaad in een vroeger stadium gesignaleerd zouden worden, zou het kunnen zijn dat de gemiddelde leeftijd waarop kinderen worden verwezen daalt.

In totaal is van 38 kinderen bekend wat hun leeftijd was ten tijde van de verwijzing.

Van die 38 kinderen is om die reden berekend wat hun leeftijd was op het moment dat ze werden verwezen. Die leeftijd varieerde tussen de 1.46 en de 4.45 jaren. Gemiddelde leeftijd waarop is verwezen lag bij de voormeting op 2.49 jaar en bij de nameting op 2.99 jaar. Daarmee is er geen sprake van een merkbare daling in de gemiddelde leeftijd bij verwijzing ($t = -1.955$, $p = 0.058$) en wordt hypothese 4 dus niet ondersteund.

Belangrijke kanttekening bij dit resultaat is wederom het inhoudelijke verschil tussen advisering tijdens de voor- en de nameting. Bij de nameting is er bij een deel van de kinderen voor gekozen eerst de spraaktaalontwikkeling te stimuleren door middel van gericht advies. Als dat niet voldoende bleek te helpen bij een deel van die kinderen werd daarna pas overgegaan tot verwijzing. De gemiddelde leeftijd van doorverwijzing

was lager geweest bij de nameting indien de preventief logopedist in plaats van te adviseren, gelijk door zou verwijzen. Of dat wenselijk is, is echter de vraag, want de gerichte spraaktaalstimulering maakt bij een deel van de kinderen verwijzing op latere leeftijd onnodig, wat kostenbesparend werkt voor de zorg en de ouders zorgen scheelt.

4.2 Resultaten procesevaluatie

Naast de resultaten van de effectmeting is het ook wenselijk inzicht te hebben in de ervaringen met het protocol door betrokkenen en instellingen die er mogelijk effecten van kunnen merken. Er zijn daarom semi-gestructureerde interviews afgenomen bij de coördinator logopedie van de GGD Amsterdam, de preventief logopedist, twee JGZ-artsen en twee JGZ-verpleegkundigen werkzaam binnen OKC Magalhaensplein, die ten tijde van de interviews ervaring kunnen hebben met het protocol. Ook zijn interviews gehouden met de logopedisten van twee logopediepraktijken en twee medewerkers van het Audiologisch Centrum. Zij kunnen mogelijk ook effecten hebben gemerkt van de invoering van het protocol.

In de interviews is een viertal uitkomstmaten aan de orde gesteld: mate van bekendheid met het protocol, de ervaren bruikbaarheid van het protocol, de ervaren relevantie voor de werkuitoefening en de eventuele belemmerende en bevorderende factoren voor het werken met het protocol, mogelijk aangevuld met suggesties ter verbetering van het protocol in zijn geheel. Ter aanvulling zijn ook interviews met enkele ouders gehouden om hun bekendheid met en beleving van het protocol te achterhalen. In onderstaande vier subparagrafen worden de reacties van de geïnterviewden weergegeven.

4.2.1 *Mate van bekendheid met het protocol*

De coördinator logopedie van de GGD Amsterdam en de preventief logopedist waren heel goed bekend met het protocol, omdat beiden betrokken waren bij de ontwikkeling van het protocol en de bijbehorende formulieren. De JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen waren wel op de hoogte van het bestaan van het protocol, de meeste informatie is hen naar aanleiding van vragen van hun kant gegeven door de preventief logopedist. Deze werkt in het zelfde gebouw. De verpleegkundigen en artsen die al langer bij het OKC werken vonden dat ze wel voldoende wisten van het protocol, al was er geen officiële introductie geweest van het protocol met uitleg en scholing. Het protocol is vooral verspreid door de preventief logopedist, via de mail en de werknemers hebben een OKC map ontvangen waar dit protocol ook in zit. De werknemers die na november 2003 in dienst zijn gekomen zijn niet officieel ingewerkt in het werken met het protocol. Zo hadden de nieuwere werknemers het protocol (stappenplan) zelf voor het interview nog niet gezien. Ze bleken de stappen eruit in grote lijn wel toe te passen in de praktijk.

Het formulier preventief logopedische richtinggevende diagnostiek bedoeld voor de interne communicatie aangaande dit protocol was bekend bij alle betrokkenen in OKC Magalhaensplein. Het uitgebreide verwijsformulier was niet bij alle betrokken werknemers bekend. Wel bekend was het GGD-verwijsformulier met de doordrukvelen.

Alle medewerkers waren op de hoogte van de mogelijkheid een kind te laten onderzoeken door de preventief logopedist en raadpleegden haar ook vaak met vragen over problematiek bij kinderen en in gezinssituaties. De aanwezigheid van de preventief logopedist in het OKC gebouw werd zeer gewaardeerd. Het werken met het protocol was sinds de invoering nog niet geëvalueerd of besproken tijdens intern overleg, daar was bij de JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en de preventief logopedist wel behoefte aan.

De logopediepraktijken in stadsdeel de Baarsjes zijn niet op de hoogte gesteld van de start van het protocol. Dergelijke informatie zou wel worden gewaardeerd, zeker om dat van de praktijken wel werd verwacht dat ze een begin- en een eindverslag zouden opsturen naar de verwijzer. Beide praktijken hadden als onderdeel van hun eigen beleid het sturen van een eindverslag naar de verwijzer, maar één praktijk stuurde maar een beginverslag. De logopediepraktijken zouden over dergelijke verwachtingen ook graag van tevoren worden geraadpleegd, onder andere om de haalbaarheid van het schrijven van een beginverslag te checken.

De logopediepraktijken zouden de ontvangst van het uitgebreide verwijsformulier zeer waarderen, ze kregen dit echter zelden tot nooit. Liefst zagen ze dit formulier nog aangevuld met de screeningsdata en bevindingen van de preventief logopedist. Dit mede omdat bepaalde onderzoeken niet kort achter elkaar kunnen worden afgenomen. Er werd heel soms gebeld naar de praktijken om te vragen of kinderen tussen de twee en de vier jaar zijn aangekomen. Van logopedisten werkzaam op scholen ontvingen de logopedisten wel regelmatig lijsten met het verzoek om aan te geven of de kinderen op de lijst bij hen waren aangemeld.

De medewerkers van het Audiologisch Centrum waren wel op de hoogte van het bestaan en de inhoud van het protocol, maar dat kwam vooral door het feit dat het locatiehoofd zitting had in de overleggen van het VTO-team van de GGD, die ook betrokken waren bij de ontwikkeling van het protocol.

Het uitgebreide verwijsformulier kennen ze goed bij het Audiologisch Centrum, wat komt door het feit dat dit verwijsformulier is overgenomen uit het regioconvenant. Doordat de invoering van het protocol verder geen consequenties had voor de werkwijze of de cliëntenstroom, lag het protocol niet op de voorgrond bij het Audiologisch Centrum. Het sturen van een begin- en eindverslag was al jaren onderdeel van het beleid. Voor zover bekend werd niet nagebeld vanuit OKC Magalhaensplein met de vraag of kinderen van twee tot vier waren aangekomen.

4.2.2 *Ervaren bruikbaarheid van het protocol*

Binnen OKC Magalhaensplein werd het protocol en de mogelijkheid de preventief logopedist te raadplegen enorm gewaardeerd door de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen. Dit vooral door de aanvullende expertise die de preventief logopedist had voor het OKC en het feit dat spraaktaalproblematiek een speerpunt was binnen het OKC en daar sloot het protocol uitstekend op aan. Hierdoor konden twijfels snel worden overlegd en hoefden de artsen en verpleegkundigen deze twijfels niet alleen te dragen. Ook ervoeren de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen werkdrukverlichting doordat ze zelf die kinderen niet meer hoefden op te roepen voor extra-zorgconsulten, maar ze dat konden uitbesteden, al zagen ze de kinderen met complexe problematiek nog wel terug voor andere problemen.

De JGZ-artsen wilden kinderen bij voorkeur niet onnodig doorverwijzen, het consult bij de preventief logopedist ondersteunt daarbij. De artsen en verpleegkundigen vonden dat de preventief logopedist veel expertise had over het onderwerp, meer consulttijd ter beschikking had voor screening en observatie van de kinderen, heel breed signaleerde en er veel problemen "uitviste". Ook konden de kinderen snel terecht op het logopedisch spreekuur. Door de aanwezigheid van de preventief logopedist in het gebouw vonden de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen ook dat ze alerter waren geworden op het signaleren van spraaktaalproblematiek. Ook sloot het protocol nauw aan op de gebruikelijke werkwijzen van de artsen en verpleegkundigen.

Een stroomschema met daarop kernachtig het protocol en de besluitvormingsregels zou de bruikbaarheid van het protocol verbeteren volgens de JGZ-artsen. Dan zouden ze in een oogopslag kunnen zien welke stappen en acties je nog dient te ondernemen. Dat zou

beter werken dan een map met uitleg. Het formulier preventief logopedisch richtinggevende diagnostiek was nog wel bruikbaar, maar een update van de consultleeftijden en bijbehorende grenswaarden voor uitval bijvoorbeeld op van Wiechen en de minimum spreeknorm aan het basistakenpakket was zeer wenselijk. Het uitgebreide verwijsformulier werd vooralsnog minder bruikbaar gevonden dan het GGD-verwijsformulier. Dit zou opgelost kunnen worden door het verwijsformulier aan te passen aan de wensen van de JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en logopediepraktijken. Het formulier zou makkelijker invulbaar moeten worden bijvoorbeeld door aanvinkopties, het toevoegen van doorslagvellen en het uitbreiden van de resultatensectie. Dat zou ook door logopediepraktijken zeer worden gewaardeerd. De bruikbaarheid zou verder kunnen worden vergroot door ervoor te zorgen dat het verwijsformulier met daarop informatie over screeningsresultaten vaker aankomt bij de verwijsinstellingen. Dat zou kunnen door de huisarts dit te verzoeken, het formulier mee te geven met de ouders, of het OKC de informatie aan te laten leveren als de verwijsinstelling daartoe verzoekt. Wil dit kunnen moet wel rekening worden gehouden met de privacyrechten van de ouders. Zij moeten toestemming geven voor overdracht van die gegevens.

Idealiter hadden de logopediepraktijken de informatie van het verwijsformulier al bij aanmelding van het kind bij de logopediepraktijk. Informatie over de aard en de ernst van de problematiek zou namelijk invloed kunnen hebben op de plaats die kinderen krijgen op de wachtlijst. Ouders konden die informatie meestal niet verstrekken, waardoor het kind standaard achteraan op de lijst werd geplaatst.

Door de werkdruk was het voor de preventief logopedist niet mogelijk om structureel te informeren bij de ouders of verwijsinstellingen over de opvolging van de adviezen en of verwijzing. Dit gebeurde veelal bij latere consulten op het OKC. Daardoor was het protocol bruikbaar tot en met het moment dat werd verwezen naar de verwijsinstelling.

4.2.3 *Ervaren relevantie van het protocol voor werkuitoefening*

Vroegtijdige signalering en snelle doorverwijzing werd door alle betrokken disciplines, zowel binnen als buiten OKC Magalhaensplein als relevant en belangrijk gezien. En dat er sneller gesignaleerd werd door het logopedische spreekuur bij OKC Magalhaensplein werd door alle betrokkenen als aannemelijk beschouwd. De preventief logopedist signaleerde toch meer problemen dan de JGZ-arts en de JGZ-verpleegkundigen. Bij twijfel verwezen de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen nu door naar de preventief logopedist en riepen het kind niet langer herhaaldelijk terug.

Ouders (4) waardeerden de gesprekken met de preventief logopedist. Ze waardeerden het feit, dat er niet via de huisarts een afspraak gemaakt hoeft te worden en vonden het bezoek aan de preventieve logopedist laagdrempelig. Verder waardeerden ze de tijd en aandacht die door de preventief logopedist aan hen en hun kind werd besteed en dat ze hun twijfels konden bespreken, daarnaast was het consult gratis. Ook de adviezen die de ouders kregen werden gewaardeerd. Uit de reacties van de ouders bleek dat taalstimulatie vaak geen bewust onderdeel van de opvoeding uitmaakt.

Het plan was dat er door de preventief logopedist 70 kinderen gezien zouden worden op jaarbasis. Dat is niet gelukt, omdat in stadsdeel de Baarsjes een hoog percentage kinderen niet verschijnt op het consult. De kinderen die wel door de preventief logopedist zijn gezien, waren allemaal terechte verwijzingen naar haar, die anders mogelijk niet waren gebeurd.

De coördinator logopedie van de GGD vond dat als gevolg van de invoering van het basistakenpakket met de gewijzigde consultleeftijden, het formulier 'Preventief logopedisch richtinggevende diagnostiek' het beste ge-update kon worden. Dit omdat

de consultleeftijden op het formulier niet meer aansloten op de werkelijke consultleeftijden.

Het protocol Preventieve logopedie en de vraag om snelle signalering hebben het project SNEL op gang gebracht. De coördinator logopedie zag SNEL vooral als een handig screeningsinstrument voor JGZ-artsen waarna bij de preventief logopediste de taalstandaard zou kunnen worden afgenomen.

Alle medewerkers van OKC Magalhaensplein waardeerden het protocol Preventieve logopedie en bijbehorende werkwijze en de verwijsoptie naar de preventief logopedist enorm. Ook vonden ze het uitstekend aansluiten op hun huidige werkwijze en speerpunten, waardoor zij het protocol Preventieve logopedie en de bijbehorende werkwijze graag wilden behouden en liefst geen verandering wilden van de huidige werkwijze. Om die reden wilden ze graag een update van het Protocol Preventieve logopedie. Als SNEL effect zou hebben op hun huidige werkwijze, dan waren ze geen voorstander van de invoering van SNEL. De preventief logopedist zag wel mogelijkheden voor een combinatie van SNEL en het protocol Preventieve logopedie. De taalstandaard zou dan kunnen worden opgenomen in de screeningsfase.

De medewerkers van het Audiologisch Centrum vonden dat de aanwezigheid van een preventief logopedist in een OKC een toegevoegde waarde had bij de diagnostiek door de extra aanwezige expertise. Dit zou de doorstroomtijd van kinderen binnen het OKC waarschijnlijk wel gunstig beïnvloeden. De medewerkers van het Audiologisch Centrum waren ook voorstander van vroegtijdige signalering. Wat vroeger signalering en snelle doorverwijzing betreft sloot de werkwijze van OKC Magalhaensplein wel aan op de eerder door het Audiologisch centrum ingeslagen weg, gebaseerd op multidisciplinaire doorverwijzing. De medewerkers van het Audiologisch Centrum hechtten ook veel belang aan de kwaliteit van de signalering van problematiek. Waarbij zij in principe de voorkeur gaven aan multidisciplinaire diagnostiek, gevolgd door verwijzing naar de meest geschikte instelling. De signaleringsmethode bij SNEL en de pilot Preventieve logopedie waren volgens de medewerkers van het Audiologisch Centrum beiden monodisciplinair van aard. Dat bracht volgens de medewerkers van het Audiologisch Centrum een risico met zich mee voor de kwaliteit van de signalering. Meerdere disciplines samen zagen volgens hen gewoon meer dan één. Om diezelfde reden was in 1997 ook het regioconvenant opgesteld. De medewerkers van het Audiologisch Centrum hoopten daarom dat de besluitvormingsregels binnen OKC Magalhaensplein, over directe verwijzing naar een logopediepraktijk terughoudend waren geformuleerd. Zodat alleen kinderen werden verwezen naar de logopedist waarover zekerheid was dat er uitsluitend sprake was van logopedische problematiek. Daarnaast hechtten de medewerkers van het Audiologisch Centrum, net als de FENAC (Federatie voor Nederlandse Audiologische Centra), de NVLF (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie), de FOSS (Federatie Ouders van Slechthorende- en spraakgestoorde kinderen), de BOSK (Gezamenlijke ouderverenigingen) en de NSDSK (Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind) waarde aan het gebruik van gevalideerde meetinstrumenten voor de diagnostiek. De medewerkers van het Audiologisch centrum gaven aan zelf voorstander te zijn van de TSI. Dat is een gevalideerd taalscreeningsinstrument, geschikt voor screening van kinderen vanaf twee jaar. De medewerkers van het Audiologisch Centrum dachten dat de taalstandaard die bij SNEL hoort te gebruiken was voor kinderen vanaf twee en half jaar. Als dat waar zou zijn, dan zou het gebruik van SNEL in plaats van de TSI mogelijk geen vooruitgang opleveren voor de diagnostiek. De FENAC zou kort nadat de interviews hadden plaatsgevonden in overleg gaan met het RIVM, over de kwaliteit van de verschillende screeningsinstrumenten.

4.2.4 *Belemmerende en bevorderende factoren*

De medewerkers van OKC Magalhaensplein zagen geen grote belemmeringen om volgens het protocol Preventieve logopedie te werken. Ze volgden de stappen van het protocol in de praktijk.

Het uitgebreide verwijsformulier werd slechts door weinigen gebruikt. Als dit formulier makkelijker invulbaar zou zijn en doorslagvellen zou hebben, voorzagen de OKC medewerkers dat het formulier wel gebruikt zou gaan worden. Dat zouden de logopedisten in praktijken en de medewerkers van het Audiologisch Centrum waarderen. Het Audiologisch Centrum zou graag betrokken willen worden bij een eventuele herziening van het uitgebreide verwijsformulier.

Daarnaast wilden de medewerkers van het OKC alle benodigde formulieren graag in voldoende grote voorraad binnen handbereik hebben, bijvoorbeeld in een vaste la. Het formulier preventief logopedische diagnostiek kon een update gebruiken als gevolg van de veranderingen in het basistakenpakket. Dat zou het van Wiechen schema en de minimum spreeknorm beter interpreteerbaar maken, wat de signalering ten goede zou komen.

Ander punt met betrekking tot de formulieren die bij het protocol worden gebruikt was het feit dat de formulieren nog niet waren afgestemd op het elektronisch kinddossier (EKD), waar binnen OKC Magalhaensplein mee gewerkt gaat worden. De preventief logopedist hoopte dat er in het EKD ook voldoende ruimte zou zijn om alle bevindingen van het logopedisch spreekuur te noteren, zodat die gegevens via het EKD ook beschikbaar zouden zijn voor de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen.

Volgende belemmering voor het werken volgens protocol was het feit dat nieuwe werknemers bij OKC Magalhaensplein niet werden ingewerkt in het werken volgens het protocol. De JGZ-artsen werkzaam binnen OKC Magalhaensplein zouden graag een helder stroomschema hebben met daarin vervat het protocol, inclusief harde grenswaarden voor de besluitvorming.

Ook een evaluatie binnen het OKC van het gebruik van het protocol tot dusver was wenselijk. Een bevorderende factor voor de bekendheid met en het gebruik van het protocol was het feit dat alle medewerkers dicht bij elkaar in een gebouw zitten en elkaar regelmatig treffen.

In aansluiting op het inwerken van de nieuwe medewerkers wilden de medewerkers van het OKC ook graag dat de verwijsinstellingen op de hoogte gebracht zouden worden van het protocol en bijbehorende verwachtingen.

Doordat de Baarsjes een risicowijk is, is verscheen een deel van de kinderen niet op het consult bij de preventief logopedist, dit was geen gebrek van het protocol, maar een grotere opkomst zou gunstig werken op de baten van het protocol op de signalering. Dit mede omdat het idee heerste dat de kinderen die niet verschijnen juist uit risicogezinnen komen.

De instellingen waarnaar kan worden verwezen gaven aan dat het wenselijk zou zijn als er meer informatie over de resultaten van de screening bij hen terecht zou komen, bij voorkeur voorafgaand aan het plaatsen van het kind op de wachtlijst. Mogelijk zouden kinderen met ernstige problematiek dan voorrang kunnen krijgen op de wachtlijst, dat zou de beoogde effecten van het protocol ten goede kunnen komen. Tot dusver werd de informatie opnieuw verzameld in het vervolgtraject. De uitgebreide verwijsformulieren kunnen meegegeven worden met de ouders, de huisarts kan verzocht worden om het formulier door te sturen en de instelling waarnaar is verwezen zou het OKC om de informatie kunnen verzoeken, waarvoor ze wel eerst verwittigd moeten worden van het bestaan van die informatie.

Omdat een groot deel van de kinderen van allochtone afkomst is, vonden de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen de screening van het kind zelf soms best een uitdaging. Voor

de screening waren wel Lexilijsten in een aantal talen, maar het was maar de vraag in hoeverre die goed werden ingevuld, daar een aanzienlijk deel van de ouders analfabeet is. Het is bij de screening echter van groot belang de spraaktaalontwikkeling in de eigen taal te betrekken bij de conclusie. De preventief logopediste heeft daar methoden voor. Daarnaast was de communicatie met de ouders omtrent de mogelijke problematiek van hun kind ook wel eens een uitdaging. Soms moesten ouders met handen en voeten worden overtuigd van de noodzaak van doorverwijzing. Als ouders de taal niet goed begrijpen, is het moeilijk om details over te brengen, zeker gezien het feit dat daar beperkt tijd voor is tijdens het consult. Er wordt daarom nu bij OKC Magalhaensplein ook wel gebruik gemaakt van het tolkenspreekuur en VETC-ers (Voorlichters Eigen Taal en Cultuur). De artsen, verpleegkundigen en de preventief logopedist dachten dat in aanvulling daarop brochures en voorlichting (bijvoorbeeld op scholen) in de eigen taal een aanvulling zouden zijn. Idealiter leek het de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen als de brochures als PDF op de OKC-internetsite geplaatst zouden worden. Overtuiging van de noodzaak en het nut van behandeling zou de opkomst van kinderen ten goede komen, was de verwachting van de JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en de logopedisten in de logopediepraktijken.

Vervolgens leek het de JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen wenselijk dat er scholing komt voor hen over tweetaligheid. Dat vooral omdat een groot deel van de logopedische problemen waar ze in stadsdeel de Baarsjes mee te maken hebben, samenhangen met de verschillende culturen.

De logopedisten van de logopediepraktijken wilden bij voorkeur sec hun eigen werk uitoefenen. Zij krijgen echter ook andere taken op hun bordje als gevolg van complexe problematiek die bij hen binnenkomt, zoals ouders die hulp willen bij het regelen van zaken met andere instellingen en het inschakelen van andere verwijzingsinstellingen wiens inzet wenselijk is voor het inzetten van optimale hulp voor het kind. Zij pleitten er daarom voor dat het OKC de rol van spin in het web gaat overnemen. De logopedist behandelt dan de spraaktaalachterstand, maar als er sprake blijkt van multipiele problematiek, zagen zij het eerder als taak van het OKC om het vervolg daarvoor te regelen, zodat de logopedisten dat niet hoeven te trekken. Dat zou in werkdruk schelen en daarmee ook de wachtlijsten gunstig beïnvloeden. Bovendien hoort dat soort taken volgens de logopedisten idealiter aan het begin van een behandeltraject verricht te worden. Zo zijn logopedisten samen met de ouders voor een aanmelding voor het REC zo een jaar bezig. De ouders hebben over het algemeen veel moeite met dergelijke papieren. Ook pleitten de logopedisten voor een structureel contact met het OKC (bijvoorbeeld met de preventief logopedist) ongeveer een half jaar nadat het kind in behandeling is genomen. Dat leek hen een goed moment voor kennisuitwisseling en eventuele overdracht van taken, die niet bij de logopedist thuishoren. Dat zou de snelheid en kwaliteit van het behandeltraject ten goede komen.

Tot slot was het zo volgens de logopedisten en de medewerkers van het Audiologisch Centrum dat in verschillende stadsdelen, op stadsniveau en ook landelijk initiatieven werden ontwikkeld en ingevoerd om de signalering en doorverwijzing te verbeteren. Idealiter zien zij deze ontwikkelingen op elkaar afgestemd worden. Want werken met verschillende protocollen, richtlijnen en dergelijke is niet werkbaar voor de logopediepraktijken en het Audiologisch Centrum.

5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden eerst de conclusies beschreven die gedaan kunnen worden op grond van de resultaten van de effectmeting. Daarbij wordt ook beschouwd wat op basis van de resultaten van de effectmeting gezegd kan worden over het behalen van de doelstellingen van het protocol. De doelstellingen waren:

- Toename van consultatietijd ingezet door de preventief logopedist.
- Afname van het aantal extra-zorgconsulten per kind met spraaktaalproblematiek door JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen.
- Eerdere signalering van spraaktaalproblematiek.

Vervolgens worden de belangrijkste conclusies beschreven van de procesevaluatie. In de laatste paragraaf worden de aanbevelingen beschreven die op grond van de effectmeting en procesevaluatie gedaan kunnen worden in de richting van de ontwikkelaars van het protocol.

5.1 De effectmeting

De effectmeting bij dit protocol werd bemoeilijkt en deels belemmerd door het feit dat er geen volledige registratie is van de verrichtingen door OKC Magalhaensplein, deels veroorzaakt door de overgang op het EKD. Als gevolg daarvan konden de directe verwijzingen die door de JGZ artsen zijn gedaan bij de voor- en nameting niet bij de effectmeting worden betrokken, evenals de extra zorg geleverd door JGZ-artsen bij de nameting. Dat kan van invloed kan zijn op de gevonden resultaten. Zo kan het de effecten van de invoering van het protocol hebben vertekend. Omdat het aantal verwijzingen dat nu in de effectmeting betrokken kon worden beduidend lager ligt dan het werkelijke totaal aantal gedane verwijzingen als gevolg van spraaktaalproblematiek. Daarnaast maakt de onvolledige registratie het onmogelijk om de gevonden resultaten af te zetten tegen totale aantallen onderzochte en verwezen kinderen. Dit beïnvloedt de interpreteerbaarheid van de resultaten.

Ook kon door de onvolledige registratie niet worden gekeken naar het tijdsbestek tussen het consult van de JGZ-arts en JGZ-verpleegkundige, waarbij een vermoeden ontstaat van een spraaktaalstoornis of achterstand en de datum van verwijzing naar het vervolgtraject.

Daarnaast waren slechts 17 van de 30 dossiers uit de voormeting toegankelijk.

Het percentage kinderen met extra zorg gericht op spraaktaalproblematiek lijkt niet te verschillen tussen de voor- en nameting (42% versus 45%). Omdat niet bekend is wat het totale aantal regulier onderzochte kinderen is bij de voor- en de nameting, kon geen toetsing plaatsvinden. Bij dit resultaat zijn twee kanttekeningen van belang. Allereerst werd tijdens de nameting de preventief logopedist ook regelmatig om advies gevraagd, zonder dat daar een logopedisch consult aan te pas kwam, daardoor zijn de effecten van de inzet van de preventief logopedist minder zichtbaar en moeilijk meetbaar, maar desalniettemin wel aanwezig. Tweede kanttekening is dat doordat er een vast budget was voor de uitvoering van dit protocol, er ook een quotum zat aan de inzet van de preventief logopedist. Bij een groter budget hadden er meer extra-zorgconsulten plaats kunnen vinden en dientengevolge de gevonden resultaten anders kunnen zijn.

Er is in absolute zin een toename in de inzet van de preventief logopedist, daarmee is de eerste doelstelling, een toename van de consultatietijd door de preventief logopedist

behaald. Er kan echter niet worden gezegd hoe groot de bijdrage is van de preventief logopedist ten opzichte van het totale aantal kinderen met spraaktaalproblematiek. Er wordt wel een toename ervaren door de betrokken disciplines in OKC Magalhaensplein zelf.

En al ervaren de artsen en verpleegkundigen wel een afname in het aantal extra-zorgconsulten gerelateerd aan spraak-/taalproblematiek, kan de tweede doelstelling niet met zekerheid worden bevestigd. Reden daarvoor is dat er geen gegevens zijn over het totale aantal extra-zorgconsulten verricht tijdens de nameting. Alleen de extra-zorgconsulten van de preventief logopedist zijn bekend. Daardoor kon niet worden getoetst op verschil.

Tweede uitkomstmaat bij de effectmeting betrof het percentage verwijzingen als gevolg van spraaktaalproblematiek. Daarbij bleek dat tijdens de nameting significant meer kinderen zowel advies als een verwijzing hebben gekregen. Er bleek echter tussen de voor- en de nameting geen verschil in te zijn in het percentage kinderen dat uiteindelijk is verwezen al dan niet voorafgegaan door advies. Ook bij deze uitkomstmaat is een paar kanttekeningen van toepassing. Zo geldt bij deze uitkomstmaat dat het niet bekend zijn van gegevens over de directe verwijzingen door de artsen en daarmee het totale aantal gedane verwijzingen, het toetsen op verschil onmogelijk hebben gemaakt. Daarnaast is er ook nog een kwalitatief verschil tussen de extra-zorgconsulten tijdens de voor- en nameting. Bij de extra-zorgconsulten tijdens de nameting heeft het leeuwendeel van de ouders van de kinderen ook adviezen ontvangen over hoe gericht de spraaktaalontwikkeling bij hun kind te stimuleren. Bij deze effectmeting is niet gevonden dat er een effect uitging van de spraaktaalstimulering op het percentage verwijzingen. Mogelijk zou dit bij een grotere groep onderzochte kinderen (groter budget) wel zijn gevonden.

Daarnaast is het mogelijk dat door de gerichte spraaktaalstimulering van de preventief logopedist de behandeling die kinderen nodig hebben bij externe logopedie van kortere duur kan zijn. Daar is bij deze effectmeting niet naar gekeken.

Het gemiddelde aantal extra-zorgconsulten per kind verschilt niet tussen de voor- en nameting. Dit laat onverlet dat de extra-zorgconsulten door de preventief logopedist minder kosten, wat gunstig is voor het OKC. Dat samen met het eerder genoemde kwalitatieve verschil tussen de extra-zorgconsulten bij de voor- en nameting, pleit voor de inzet van de preventief logopedist bij de extra-zorgconsulten.

Bij de vierde uitkomstmaat tot slot is geen verschil gevonden tussen de beide metingen in de leeftijd waarop het kind naar een vervolginstantie werd verwezen. Vooralsnog is er dus geen sprake van eerdere verwijzing. Door gebrek aan gegevens over de leeftijd van het kind op het moment dat het probleem werd gesignaleerd kunnen geen uitspraken worden gedaan over het behalen van de derde doelstelling, de eerdere signalering van problemen.

De kans bestaat dat dit verwachte effect van leeftijd bij verwijzing niet werd gevonden door het quotum dat werd gesteld aan de inzet van de preventief logopedist. Daarbij komt dat er bij de nameting door de preventief logopedist bij een deel van de kinderen bewust voor is gekozen om eerst de ouders gerichte adviezen mee te geven, om zo mogelijk verwijzing overbodig te maken. Pas als bleek dat de adviezen niet voldoende baat bleken te hebben (wat zowel aan de grootte van de problematiek als aan de opvolging van de adviezen van de ouders kan liggen), werd ervoor gekozen dat kind te verwijzen. Uit de interviews kwam naar voren dat de visie op gerichte spraaktaalstimulering en het belang dat daaraan wordt gehecht sterk cultuurbepaald is. Daarbij komt dat het uitleggen en overtuigen van het nut moeilijker is als de ouders de Nederlandse taal niet goed begrijpen. Hier is het goed denkbaar is dat de ouders de

adviezen niet allemaal even consciëntieus hebben toegepast. Wat op zijn beurt van grote invloed is op de mate waarin een kind baat heeft van de gekregen stimulatieadviezen. Belangrijkste bevinding van de effectmeting is dat door de invoering van dit protocol een toename is vastgesteld in het percentage kinderen dat gerichte spraaktaaladviezen heeft gekregen. In hoeverre dit effect heeft op de noodzaak tot verwijzing en de duur van de verwijzing wordt aangeraden in vervolgonderzoek dieper op in te gaan. De drie beoogde doelstellingen van het protocol worden door de betrokkenen wel ervaren maar twee ervan kunnen door gebrek aan gegevens niet worden getoetst.

5.2 De procesevaluatie

De belangrijkste bevinding die uit de interviews naar voren komt is dat het protocol en de daarmee samengaannde inzet van de preventief logopedist enorm worden gewaardeerd door de JGZ-artsen en verpleegkundigen werkzaam bij OKC Magalhaensplein evenals de ouders die gebruik maken van het spreekuur. De JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen waarderen de extra expertise in huis en de mogelijkheid het kind intern door te verwijzen om zo duidelijkheid te verkrijgen over de aard en grootte van de spraaktaalproblematiek en de wenselijkheid van verwijzing. Doordat het protocol sinds de invoering in november 2003 niet is geëvalueerd en er geen aanpassingen hebben plaatsgevonden om de bruikbaarheid van het protocol te vergroten is het nu wel tijd geworden voor een update en aanpassing van de formulieren die binnen het protocol worden gebruikt. Daarvoor zijn door de JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, de preventief logopedist en vanuit de logopediepraktijken suggesties aangedragen. Zij willen het protocol graag blijven gebruiken en willen het daarom graag ge-update hebben. Zij willen niet dat het protocol wordt vervangen door een ander protocol of andere werkwijze. Het gaat hen bij de update om een aanpassing van het formulier Preventief logopedisch richtinggevende diagnostiek aan het nieuwe basistakenpakket en een verbetering van het uitgebreide verwijsformulier, zodat het gebruik daarvan toe zal nemen. Dat zal door de instellingen waarnaar wordt verwezen zeer gewaardeerd worden, doordat zij dan meer bruikbare informatie toegespeeld krijgen.

De relevantie van het protocol wordt voornamelijk vooral door de medewerkers van OKC Magalhaensplein zelf ervaren. Wat mede komt doordat de instellingen waarnaar wordt verwezen niet actief zijn geïnformeerd over de start, de inhoud en de doelen van het protocol. Het belang van vroegsignalering en snelle doorverwijzing wordt door alle betrokken disciplines gedeeld. Wat daarbij wel een belangrijk punt is, is de borging van de kwaliteit van de signalering en doorverwijzing. De JGZ-artsen binnen het OKC willen daarvoor graag een stroomschema met harde grenswaarden, maar hebben daarnaast vertrouwen in de aanvullende expertise van de preventief logopedist. De medewerkers van de logopediepraktijken willen zich het liefst puur richten op de logopedische problematiek en zien de meer complexe problematiek en het regelen van behandeling daarvoor, in de eerste plaats als taak van het OKC en willen ook dat het OKC die taken die daarbij horen op zich neemt.

Het Audiologisch Centrum heeft begrip voor het feit dat er binnen het OKC behoefte is aan ondersteuning bij de signalering van spraaktaalproblematiek, maar ziet dat bij voorkeur gebeuren aan de hand van gevalideerde screeningsinstrumenten waarbij hun voorkeur uitgaat naar de TSI boven de taalstandaard die wordt gebruikt bij SNEL. Idealiter zien zij de diagnostiek worden verricht door een multidisciplinair team. Het belangrijkste is echter dat er geen kinderen worden verwezen naar een instelling waar ze niet optimale zorg kan worden aangeboden. Daarom pleiten de medewerkers van het Audiologisch Centrum dat er uitsluitend wordt verwezen naar logopediepraktijken, als

met zekerheid kan worden uitgesloten dat er sprake is van andere dan zuiver logopedische problematiek.

5.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de effectmeting en de procesevaluatie die zijn gehouden kan een aantal aanbevelingen worden gedaan in de richting van beleidsmakers en professionals in de Jeugdgezondheidszorg.

5.3.1 *Aanbevelingen voor beleidsmakers*

- Als men besluit tot de invoering van een vernieuwing, is het raadzaam bij aanvang te kijken naar wat de bestaande registratie aan mogelijkheden biedt voor een effectmeting. Is dat niet voldoende, dan wordt aanbevolen aanvullende registratie op te zetten voor de invoer van de vernieuwing. Belangrijk daarbij is dat de registratie de betrokken personen niet veel tijd moet kosten.
- Het is belangrijk om bij de invoering van vernieuwingen rekening te houden met discontinuïteit in personeel, als daar sprake van is. Dit kan door de inhoud en wenselijke werkwijze herhaaldelijk te communiceren naar de werknemers die met het protocol moeten gaan werken.
- Als de resultaten van de evaluatie van SNEL, van het protocol Preventieve logopedie en de resultaten van de belangenbehartiging door de FENAC in de richting van het RIVM bekend zijn, wordt aanbevolen deze bevindingen naast elkaar te leggen en te zien wat naar aanleiding daarvan geconcludeerd kan worden over de vormgeving van de vroegsignalering en snelle doorverwijzing. Zodat de volgende vernieuwing of aanpassing van de huidige(n) gefundeerd is op de sterke kanten van de ontwikkelingen die gaande zijn. Aanbevolen wordt ook om daar de verschillende partijen bij te betrekken.
- Daarnaast kan uitbreiding van de inzet van een preventief logopedist in risicowijken worden overwogen, ter ondersteuning van de signalering aldaar. Deze inzet en consultmogelijkheid blijkt enorm gewaardeerd te worden door JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen.
- Tot slot wordt aangeraden vervolgonderzoek te verrichten naar de effecten van de inzet van de preventief logopedist en de gerichte spraaktaalstimulering op de noodzaak en duur van behandeling die kinderen met spraaktaalproblematiek nodig hebben en op de leeftijd waarop de problemen worden gesignaleerd.

5.3.2 *Aanbevelingen voor professionals*

- Mocht het protocol Preventieve logopedie, al dan niet in gewijzigde vorm worden gehandhaafd in OKC Magalhaensplein, dan wordt aanbevolen om de gedane suggesties ter opheffing van belemmerende factoren uit te voeren. Gedoeld wordt op de nu volgende aanpassingen
 - Aanpassing van de formulieren in overleg met de betrokkenen bij het OKC, de logopediepraktijken en het Audiologisch Centrum.
 - Zorgen voor voldoende beschikbaarheid van alle benodigde formulieren.
 - Het maken van een stroomschema van het protocol, waarbij over de bepaling van de te hanteren afkapwaarden bij voorkeur overleg plaatsvindt met het Audiologisch Centrum en of de FENAC, zodat de kwaliteit van de signalering en verwijzing wordt geborgd.

- Het structureel bespreken van het gebruik van het protocol met de werknemers van het OKC, zodat ook de nieuwe medewerkers worden ingewerkt.
- Het regelen van scholing voor de medewerkers van het OKC over tweetaligheid.
- Het ontwikkelen van brochures in verschillende talen ter bevordering van de kwaliteit van de overdracht aan ouders om hen beter te kunnen informeren over de noodzaak en het nut van spraaktaalstimulering en verwijzing. Dit alleen voor zover het binnen het GGD-beleid past.
- Het plaatsen van deze brochures op de OKC-internetsite zodat ze ook voor andere OKC's beschikbaar worden.
- Het geven van voorlichting aan allochtone ouders over spraaktaalontwikkeling, de paden die kunnen volgen mochten er problemen worden gesignaleerd en het belang voor het kind om adviezen en verwijzingen op te volgen. Dit middels argumenten die de doelgroepen aanspreken.

6 Referenties

- GG&GD. Jaarverslag Jeugdgezondheidszorg GG&GD Amsterdam 2003. Amsterdam: GG&GD, 2004.
- Juttmann RE, Koning HJ de, Meulmeester JF, Maas PJ van der. Gepubliceerde effecten van screening in de ouder- en kindzorg. Ned Tijdschr Geneeskd 1996;140(25):1303-07.
- Lem GJ van der, Verbrugge HP, Almind G, Baart de la Faille LMB, Loewer-Sieger DH, Ridder-Sluiser, JG de. Early detection of vision, hearing and language disorders in childhood. Commission of the European Communities, Health Services Research 1990.
- Ridder-Sluiser JG de, Lem GJ van der. Vroegtijdige onderkenning van communicatieve ontwikkelingsstoornissen. Stem-, Spraak- en Taalpathologie 1995;4(2):103-14.

A Toelichting op het protocol Preventieve logopedie



Toelichting bij het protocol Preventieve logopedie

Inleiding:

Spraak- en taalproblematiek is met een prevalentie van minstens 5%-15% (5% bij Nederlandse kinderen, 15% van de 5-jarigen in Amsterdam-West) een van de meest voorkomende aandoeningen bij jonge kinderen. Een niet goed verlopende spraaktaalontwikkeling kan een negatieve uitwerking hebben op meerdere ontwikkelingsgebieden. Spraaktaalproblemen kunnen ondermeer leiden tot ernstige onderwijsachterstanden en opvoedingsproblemen. Naast de onderzoeken in de kleutertijd, kan ook op verzoek van een leidster of ouder een extra onderzoek naar de spraaktaal-ontwikkeling van een kind plaatsvinden. (Zie ook: protocol "Als een kind je opvalt" met de peuterobservatielijst)

Artsen en verpleegkundigen op het consultatiebureau zijn in de praktijk goed in staat om de ernstige gevallen van spraak- taalmoeilijkheden bij jonge kinderen te detecteren. Er is echter een grijs gebied van kinderen met een bedreigde spraaktaalontwikkeling (beginnend probleem). Door extra consultatietijd te creëren en een spraaktaaldeskundige (een logopedist) al op jonge leeftijd een aanvullend, richtinggevend spraaktaalonderzoek te laten verrichten bij kinderen waarbij twijfel is gerezen, worden zoveel mogelijk kinderen uit dit grijze gebied, in een zo vroeg mogelijk stadium gezien. Zeker als kinderen nog jong zijn, is een verwijzing niet altijd noodzakelijk en kan deze worden voorkomen door gerichte adviezen te geven aan de ouders. Indien er toch behandeld moet worden tonen diverse wetenschappelijke studies aan dat een behandeling minder langdurig zal zijn en dat vroegtijdige interventie veel leed voorkomt.

Wie= welke partners van het OKC:

De Jeugdgezondheidszorg heeft in de peupertijd minimaal 4 contactmomenten, waarbij onder andere de spraaktaalontwikkeling (STO) in kaart wordt gebracht. Bij twijfel of zorgen over de STO kan een kind naast de basisconsulten op een extra zorgconsult gezien worden. Hierbij kan uitgebreider en specifiekere aandacht aan de spraaktaalontwikkeling besteed worden. Wanneer er duidelijke redenen zijn om het kind voor nadere diagnostiek naar de tweede lijn te verwijzen, doet de consultatiebureauarts dit. Bij twijfel kan een kind onder controle gehouden worden of kan het kind verwezen worden naar:

de preventief logopediste, die meer expertise en meer gestandaardiseerde instrumenten beschikbaar heeft om de STO van het jonge kind te onderzoeken. Vanuit de peuterspeelzaal/voorschool of het kinderdagverblijf kunnen kinderen bij vroegtijdige signalen van spraaktaalproblemen doorverwezen worden naar de consultatiebureauarts, die weer kan indiceren voor de preventief logopediste.

Wat= wat is er ontwikkeld rond de preventie en vroegsignalering van spraak/taalproblemen:

Er is een protocol ontwikkeld waarin de werkwijze en terugkoppeling wordt beschreven. (Drie maanden na het onderzoek wordt nagegaan of het kind de juiste hulp heeft ontvangen)

Er is een inlegvel 'preventief logopedisch onderzoek op indicatie' voor in het dossier ontwikkeld, waarmee de consultatiebureau-arts/verpleegkundige de gegevens aan de preventief logopediste kan overdragen.

De resultaten van het onderzoek van de preventief logopediste worden per kind bijgehouden in het Logopedisch Informatie Systeem:

- Aantal onderzochte kinderen.
- Aantal verwijzingen.
- Aantal adviezen
- Soorten stoornissen (ICIDH-classificatie).
- Percentage geslaagde verwijzingen

Waarom= wat levert het op:

- Op termijn vermindering van het huidige percentage van 15% verwijzingen tijdens de logopedische vijfjarigenscreening in groep 2 van de basisschool.
- Door middel van een logopedisch onderzoek krijgen jonge kinderen de juiste ondersteuning of hulp, die noodzakelijk is om spraaktaalproblemen te voorkomen of te verminderen.
- Vroegsignalering en vroegdiagnostiek in de keten van zorg van het Ouder-en-Kindcentrum

Hoe=hoe werkt het:

De preventieve logopediste wordt voor kinderen in de voorschoolse periode gedurende een dagdeel per maand ingezet op het OKC. Het protocol Preventieve logopedie dient als leidraad bij de verwijzing, registratie en terugkoppeling.

De peuterobservatielijst en het protocol Als een kind je opvalt zal de toeleiding van kinderen met mogelijke spraaktaalproblemen vanuit de kinderopvang naar het OKC stroomlijnen.

B Het protocol Preventieve logopedie



Protocol Logopedie OKC 'Baarsjes'

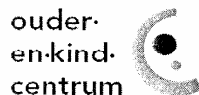
1. De arts vult het stroomschema VVE in
2. De arts geeft een indicatie voor richtinggevende diagnostiek voor de preventieve logopedie op lokatie (door het aankruisen van de voor het kind betreffende situaties op het inlegvel 'preventief logopedisch onderzoek op indicatie' voor in het dossier)
3. De assistente maakt een afspraak met de ouders voor het logopedisch spreekuur.
4. De logopedist onderzoekt het kind volgens zoveel mogelijk gestandaardiseerde onderzoeken (o.a. TSI, Reynell, Schlichting)
5. De logopedist bespreekt direct met de ouders de uitkomst van het onderzoek.
6. De logopedist schrijft eventueel direct een (korte) verwijfsbrief voor de huisarts en geeft dit aan de ouders mee. Een kopie hiervan gaat in het dossier met schriftelijke toestemming van de ouders (paraaf op de kopie van het verwijfsbriefje)
7. De logopedist tekent de uitkomst van het onderzoek op het inlegvel voor in het dossier.
8. De logopedist draag de bevindingen van het consult mondeling over aan de CB-arts.
9. De logopedist schrijft de verwezen kinderen of de controlekinderen op een lijst en neemt na drie maanden contact op met de instantie c.q. de ouders of het kind is aangekomen, in behandeling is of hoe het thuis met het kind gaat.
10. De logopedist krijgt een beginverslag en eindverslag van de instantie (met toestemming van de ouders).
11. De logopedist draagt na deze check van drie maanden haar bevindingen en het dossier over aan de CB-arts
12. In geval van een controleafspraak draagt de logopedist de bevindingen over naar de arts en checkt na drie maanden opnieuw de huidige situatie, waarna ze het dossier overdraagt aan de CB-arts
13. Tijdens het volgende reguliere consult bespreekt de arts/ verpleegkundige met de ouders wat er is gebeurd met de verwijzing of met de adviezen.
14. Als blijkt dat de verwijzing niet het beoogde effect heeft gehad wordt tijdens het volgende consult overlegd met de arts over de nieuwe te nemen stappen.

C Stroomschema verwijzing voorschool



STROOMSCHEMA VERWIJZING VOORSCHOOL	JA	NEE
1. Is het kind geestelijk of lichamelijk gehandicapt? Ja, dan niet doorverwijzen naar de voorschool		
2. Zijn er indicaties om het kind door te verwijzen naar een medisch kinderdagverblijf of GAC? Ja, dan (nog) niet doorverwijzen naar de voorschool		
3. Spreken de ouders thuis niet-Nederlands met/tegen het kind en is het opleidingsniveau van de moeder/primaire verzorger lager dan LBO? Ja, dan doorverwijzen naar de voorschool Nee, dan verder met vraag 4		
4. <ul style="list-style-type: none"> • Spelletjes aanwezig thuis om kleuren, afmetingen en vormen te leren: sorteermaterialen, legpuzzels, ringen of blokken? Spelmateriaal aanwezig waarmee het kind zich creatief kan uiten zoals vingerverf, klei, deeg, vetkrijtjes etc? Speelt het kind met materiaal dat fijne bewegingen vereist zoals prikblokken, kleurboeken en rijkgkralen? • Lezen de ouders dagelijks in een boek, krant, huis-aan-huisblad of tijdschrift? • Leest vader of moeder de peuter voor uit een lees- of kijkboekje op het niveau van het kind? • Stellen ouders vragen aan het kind, zoals bijv. waar is je pop, waar zit je neus? • Leert de ouder het kind eenvoudige omgangsvormen, zoals het zeggen van "alstublieft, dank u wel, het spijt me"? • Is moeder geïnteresseerd in de ervaringen van het kind en neemt zij tijd om het erover te laten vertellen? Als de moeder over of tot haar kind spreekt laat zij dan positieve gevoelens blijken? Beantwoordt moeder vragen of opmerkingen van het kind tijdens het bezoek of stimuleert moeder het kind om tijdens het bezoek iets te laten zien of horen of prijst moeder spontaan tijdens het bezoek het gedrag van de peuter? 		
Minstens 3 items met nee beantwoord, dan doorverwijzen naar voorschool Minder dan 3 items beantwoord zijn met ja dan verder met vraag 5		
	Totaal	
5. Is er sprake van pedagogische onmacht? Er is sprake van pedagogische onmacht als: <ul style="list-style-type: none"> • Er een machtsstrijd bestaat tussen ouder en peuter • Moeder het kind als zeer lastig/onhandelbaar ervaart • Moeder het moeilijk vindt om te reageren op het gedrag van haar kind • De peuter krijgt hij zijn zin als hij gaat drammen • Het kind meteen een folle tik of por krijgt als het de ouder slaat, trapt of op een andere manier negatief gedrag vertoont • Kind lastig is tijdens het bezoek en moeder is onmachtig om hierop te reageren Met ja beantwoord dan doorverwijzen naar voorschool zoniet dan geen doorverwijzing naar de voorschool		

D Het formulier Preventief logopedisch richtinggevende diagnostiek



PREVENTIEF LOGOPEDISCH RICHTINGGEVENDE DIAGNOSTIEK OKC

Naam kind:

Geb. datum:

Onderzoeksdatum:

Naam arts/ verpleegkundige:

In de volgende situatie(s) geldt een indicatie voor richtinggevende diagnostiek via preventieve logopedie op het OKC:

- = verplicht invullen (zie protocol)
- = optioneel

-
- Stroomschema VVE: risico Spraak- taalproblematiek? Ja/ nee*
 - Ongerustheid van (een van de) ouder(s) over het spreken, die door het OKC-team niet weg te nemen of te bevestigen valt.
 - Algehele twijfel van de arts/ verpleegkundige zonder precies te weten waarom
 - Communicatie tussen de arts/ verpleegkundige en (een van) de ouder(s) is niet of nauwelijks mogelijk
 - De ouders lijken geen betrouwbare informatie te geven over de spraak- / taalontwikkeling
 - Anders namelijk:

Specifiek gericht op de communicatieve ontwikkeling

- Geen reactie op gesproken taal
- Geen interactie zichtbaar
- Uitsluitend non-verbaal de aandacht trekken (wijzen, aan kleding trekken)
- Afwijkend monddrag in relatie tot twijfels omtrent de spraak-/ taalontwikkeling
- Kan niet zelfstandig eten of drinken
- Persisterende of recidiverende KNO-problemen (langer dan 3 maanden) in relatie tot twijfels omtrent de spraak-/ taalontwikkeling

Specifiek per consult: (uitgegaan van de huidige contactmomenten)

Consult 1,9 jaar:

- Uitval Van Wiechen 39
- Uitval Van Wiechen 40
- Uitval minimum spreeknorm: 5 woorden productief (in eigen taal, naast 'papa' en 'mama')
- Begrijpt geen voor het kind belangrijke voorwerpen/ personen ('bijvoorbeeld waar is de bal?')

Aankruisen wat van toepassing is

Consult 2,6 jaar:

- Uitval Van Wiechen 43
- Uitval Van Wiechen 44
- Uitval minimum spreeknorm (in de eigen taal): tweewoordzinnen
- Verstaanbaarheid door vreemden (in eigen taal) minder dan 50%
- Kan geen kleine opdrachten uitvoeren (bijvoorbeeld: 'zet de pop op de stoel')
- De stem klinkt ernstig hees of schor

Consult 3,9 jaar:

- Uitval Van Wiechen 49
- Uitval Van Wiechen 50
- Uitval minimum spreeknorm (in eigen taal): zinnen van drie tot vijf woorden
- Verstaanbaarheid door vreemden (in eigen taal) minder dan 75%
- Interdentale articulatie waarbij tevens de stand van het gebit afwijkend is (bijv. open beet, retrognatie onderkaak)
- Begrijpt geen complexe opdrachten (bijvoorbeeld welke poes is groot, welke poes is klein?)
- Lijkt frequent te haperen
- Zichtbare spanning (hypertonie) tijdens het spreken
- De stem klinkt ernstig hees of schor

Onderzoeksgegevens logopedist OKC:**Onderzoeksdatum:**

- | | | | |
|---------------------------------------------|--------|------|-----|
| o Verricht(te) onderzoek(en): | | | |
| <input type="checkbox"/> TSI | score: | | |
| <input type="checkbox"/> (verkorte) Reynell | score: | TBQ: | LE: |
| <input type="checkbox"/> Lexilijst | score: | WQ: | LE: |
| <input type="checkbox"/> Schlichting | score: | ZQ: | LE: |
| <input type="checkbox"/> Anders namelijk: | score: | | |
| o Uitslag onderzoek: | | | |

Communicatieproble(e)m(en)

- Interactieproblemen
- Articulatie
- Mondgedrag
- Luisterhouding
- Taalbegrip
- Taalproductie
- Taalvorm/ inhoud/ taalgebruik[®]

Andere aspecten

- Twijfel over motoriek
- Twijfel over cognitie
- Twijfel over gedrag
- Twijfel over algemene gezondheid
- Overige, nl.

o **Conclusie:**

- Opmerkingen:**
- Verwijzing ja nee
 Indien 'ja' naar: Logopedie/ AC/ CB-arts* met advies tot

- Advies ouders ja nee
 Inhoud advies:
- Controle noodzakelijk ja nee
 Zo ja door:
- Indien ja over:
- drie maanden
 - zes maanden*
- Bevindingen logopedisch consult teruggekoppeld naar schoorarts d.d.

-
- In te vullen drie maanden na logopedisch onderzoek, d.d.**

- Huidige status: Bijzonderheden? wel/ geen*
- Bij 'geen' bijzonderheden overdracht CB-arts
- Bij 'wel' bijzonderheden:
- Status van een eventuele verwijzing:
 - Naam behandelaar:
 - Wachtlijst
 - In behandeling
 - Uitbehandeld d.d.
- Rapportage:
- Onderzoeksverslag binnen d.d.
 - Eindverslag binnen d.d.
- Indien geplaatst op controlelijst:**
- Gezien d.d. Door:
- Uitslag controle:
- Opmerkingen:
- Overdracht CB-arts, d.d.

* Onderstrepen wat van toepassing is

E Verwijsformulier voor specialist

ouder-
en-kind-
centrum 

SPRAAK-TAAL PROBLEEM

Geachte collega,

Hierbij verwijs ik:

Geboortedatum

Adres

Op de achterzijde van deze brief staat een aantal onderzoekgegevens.

Gezien de bevindingen bij het onderzoek gaat mijn voorkeur uit naar verder onderzoek door:

- Audiologisch / spraak-taal centrum ¹
 - Audiologisch centrum- Derkinderenstraat
 - Audiologisch Centrum- VU
 - Audiologisch centrum AMC

Huisarts: Naam

Adres

- KNO arts
- Logopedist

Wilt U dit formulier en eventuele andere relevante onderzoeksgegevens meesturen bij de verwijzing.

Met dank voor uw medewerking, met vriendelijke groet,

naam:

datum:

bureaustempel:

Het verzoek om naar een van de bovenstaande specialisten/paramedici te verwijzen is vervolg op de afspraken van het convenant (18/11/1999) tussen:
 Federatie Ned. Audiologische Centra (FENAC)
 Ned Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf)
 Federatie ouders van slechthorende- en spraakgestoorde kinderen (FOSS)
 Gezamenlijke ouderverenigingen (BOSK)
 Dit convenant is op te vragen bij de audiologische centra.

1. particulier verzekerden met een eigen risico moeten rekening houden met mogelijke kosten maximaal ter hoogte van het eigen risico

ONDERZOEKGEGEVENS

(Omcirkel het juiste antwoord)

I Communicatie**geen risico risico**

- | | | |
|---------------------------------------------------|------------|-------------|
| ■ communicatie van Wiechen items conform leeftijd | ja | nee |
| ■ spraak/taalaandachtspunten | | |
| luisterhouding | voldoende | onvold |
| taalbegrip | voldoende | onvold |
| taalproductie | voldoende | onvold |
| mondgedrag | voldoende | onvold |
| articulatie | voldoende | onvold |
| ■ gehooranamnese voor otitiden | nee | ja |
| ooronderzoek (o.a aspect trommelvlies) | normaal | abnormaal |
| ■ CAPAS I,II | voldoende | onvold |
| CAPAS III | voldoende | onvold |
| ■ Neonatale gehoorscreening | voldoenden | onvoldoende |

II Ontwikkeling

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|
| ■ fijne motoriek, adaptatie, persoonlijkheid en sociaal gedrag van Wiechen items conform leeftijd | ja | nee |
| ■ grove motoriek van Wiechen items conform leeftijd | ja | nee |
| ■ eigen indruk van de ontwikkeling | voldoende | onvold |

III Andere aspecten

- | | | |
|----------------------------------------|------|--------------|
| ■ twijfel over cognitie | nee | ja |
| ■ gedragsproblemen | nee | ja |
| ■ vermoeden van psychische stoornissen | nee | ja |
| ■ algemene gezondheid | goed | matig/slecht |

IV Ouders maken zich zorgen

nee ja

V Overige zorg en instanties die bij hulp aan kind of gezin betrokken zijn**VI Opmerkingen**

F Interviewvragen JGZ artsen

1. In hoeverre bent u bekend met de inhoud en kernaspecten van het OKC-protocol preventieve logopedie? (niet, enigszins, redelijk, goed, volledig op hoogte)
 - Verwijsformulier spraaktaalprobleem (voor huisarts met verwijsverzoek + uitleg probleem)
 - Toelichting van het protocol
 - Protocol logopedie (14 stappen)
 - Formulier preventief logopedisch richtinggevende diagnostiek OKC (voor JGZ arts/ verpleegkundige en preventief logopedist)
2. Wat is precies uw rol / taken binnen het traject van het protocol preventieve logopedie? Anders gezegd, welke activiteiten voert u uit die bij het protocol horen?
3. In hoeverre vindt u dit protocol en de doelen relevant / belangrijk voor het (goed) uitoefenen van uw werk als JGZ arts en voor de kwaliteit van de zorg wat spraaktaal betreft?
4. In hoeverre sluit het werken volgens dit protocol aan op uw andere werkzaamheden als JGZ arts?
5. In hoeverre voelt u zichzelf in staat om volledig volgens dit protocol te werken (deel dat op u betrekking heeft)?
(bijvoorbeeld: oproepen op bepaalde leeftijden, verschijnen van kinderen, consult door JGZ arts, signaleren van kinderen uit het grijze gebied, gebruik van inlegvel "preventief logopedisch onderzoek op indicatie" bij kinderen waar onduidelijkheid op spraaktaalgebied is, doorverwijzen van kinderen waar enige onduidelijkheid is op spraaktaalgebied naar preventief logopedist, bij vervolgsconsult bespreken met ouders wat met verwijzing / adviezen is gebeurd, overleg met logopedist over nieuw te nemen stappen indien gewenste resultaat niet is bereikt bij kind, ontvangen van begin- en eindverslag van instelling waarnaar is verwezen)
6. In hoeverre vindt u dat dit protocol voordelen en of nadelen heeft voor het uitvoeren van uw werkzaamheden?
(bijvoorbeeld: kinderen worden sneller verwezen, efficiënter, snelheid van werken, informatieoverdracht,)
7. Hoe groot acht u de kans dat dit protocol uiteindelijk leidt tot de beoogde doelen?
8. In hoeverre voelt u zich gesteund in de uitvoering volgens het protocol (rapportages) door uw collega's, door de preventief logopedist, JGZ verpleegkundigen, door de leidinggevenden en de instellingen waarnaar wordt verwezen?

De praktijk na invoering

9. Merkt u nu in de praktijk al iets ten aanzien van de beoogde doelen van het protocol? Wat zijn uw ervaringen?

Doelen:

 - Snellere signalering door gericht spraaktaalonderzoek op jonge leeftijd door preventief logopedist, van kinderen met een bedreigde spraaktaalontwikkeling (grijze gebied) of spraaktaalproblematiek.

- Dat door eerdere signalering van bedreigde spraaktaalontwikkeling of spraaktaalproblematiek, bij een deel van kinderen kan worden volstaan met gerichte adviezen aan ouders en anders behandeling minder langdurig wordt?
 - Sneller organiseren van hulp of behandeling voor kinderen met een bedreigde spraaktaalontwikkeling of spraaktaalachterstand; merkbaar in leeftijd en of tijdsbestek tussen verwijzing en start vervolgtraject.
 - Op termijn een vermindering van het percentage (15%) verwijzingen tijdens de logopedische vijfjarigenscreening in groep 2 van basisschool.
 - (OKC) Toename van consultatietijd die wordt ingezet bij kinderen met een spraaktaalachterstand.
 - (OKC) Afname van het aantal extra-zorgconsulten per kind met spraaktaalproblematiek of dreiging daarvan.
10. Merkt u in de praktijk nog meer verschillen van de nieuwe pilot werkwijze ten opzichte van de oude werkwijze? Wat vindt u van deze verschillen?
(meer kinderen, jongere kinderen, ...)
11. In hoeverre vindt u dat de werkuitvoering zoals beschreven in het protocol praktisch haalbaar / uitvoerbaar is? (Redenen?)
(oproepen op bepaalde leeftijden, verschijnen van kinderen, consult door JGZ arts, signaleren van kinderen uit het grijze gebied, gebruik van inlegvel "preventief logopedisch onderzoek op indicatie" bij kinderen waar onduidelijkheid op spraaktaalgebied is, doorverwijzen van kinderen naar preventief logopedist, bij vervolgsconsult bespreken met ouders wat met verwijzing / adviezen is gebeurd, overleg met logopedist over nieuw te nemen stappen indien gewenste resultaat niet is bereikt bij kind, ontvangen van begin- en eindverslag van instelling waarnaar is verwezen)
12. In hoeverre vindt u dat er momenteel sprake is van voldoende informatieoverdracht tussen de bij dit protocol betrokken disciplines (AC, logopediepraktijken, JGZarts, JGZ verpleegkundigen, preventief logopedist, huisarts)? (bijvoorbeeld feedback vanuit het vervolgtraject)?
13. Wat vindt u ervan dat de JGZ arts nu de optie heeft een kind ofwel direct door te verwijzen of bij onduidelijkheid / vermoedens eerst te laten onderzoeken door de preventief logopedist?
14. In welk deel van de gevallen worden kinderen met spraaktaalproblemen nu nog direct doorverwezen zonder tussenkomst van het logopedisch spreekuur?
(wanneer)?

Belemmerende en bevorderende factoren

15. Wat vindt u van de wijze waarop dit protocol is ingevoerd in stadsdeel de Baarsjes?
16. Wat bevordert nu het werken volgens het protocol in de praktijk?
(Bijvoorbeeld steun van de collega 's)
17. Zijn er belemmeringen in de praktijk voor het werken volgens dit protocol?
Welke oplossingen ziet u?
(- invoering van meerdere veranderingen tegelijkertijd bijvoorbeeld SNEL,)
18. Zijn er nog zaken die u in de praktijk liever anders zouden willen zien / veranderd willen hebben bij dit protocol / of het huidige verwijsproces zoals u het kent, die volgens u ten goede zouden komen aan de kwaliteit van het zorgproces en of de

tevredenheid van de betrokkenen?

(*verwijsbrief, begeleidende brief, feedback vanuit vervolginstellingen, tijd, ...*)

19. Hebt u nog suggesties ter verbetering van aspecten van het protocol / werkwijzen daarin, die zouden zorgen verbetering van de kwaliteit van het protocol en of tevredenheid met de werkwijze volgens het protocol (*bij u als JGZ arts, JGZ verpleegkundigen, de preventief logopedist, huisarts, ouders of instellingen waarnaar wordt verwezen*)?

Is er naast wat we net hebben besproken nog iets dat volgens u nog niet voldoende aan bod is gekomen, maar wel van belang is voor het werken volgens dit protocol en het slagen van de doelen?