



Karin Neijenhuis

Zorg voor Communicatie

Een goed gesprek is in balans

Zorg voor Communicatie

Een goed gesprek is in balans



Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

Colofon

ISBN: 9789051799859

1^e druk, maart 2018

© Karin Neijenhuis

Coverillustratie: Hjalmar Haagsman (De Betekenaar)

Illustraties binnenwerk: p.13, 15, 19 en 26 Hjalmar Haagsman (De Betekenaar)

Foto cover: Nout Steenkamp

Dit boek is een uitgave van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

Postbus 25035

3001 HA Rotterdam

Publicaties zijn te bestellen via

www.hr.nl/onderzoek/publicaties

De copyrights van de afbeeldingen (figuren en foto's) berusten bij Hogeschool Rotterdam en de makers tenzij anders vermeld.

Deze publicatie valt onder een Creative Commons Naamsvermelding-NietCommercieel-GelijkDelen 4.0 Internationaal-licentie.



Zorg voor Communicatie

Een goed gesprek is in balans

Karin Neijenhuis

Lector Zorg voor Communicatie
Kenniscentrum Zorginnovatie

Rotterdam, donderdag 15 maart 2018

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	7
Deel I (Zorg voor) communicatie	11
1 Belang van communicatie	12
1.1 Omschrijving van het begrip communicatie	12
1.2 Omschrijving van communicatieve beperking	19
1.3 Communicatie, gezondheid en welzijn	21
1.4 Aantal mensen dat communicatieve beperkingen ervaart	28
1.5 Communicatieve toegankelijkheid van de samenleving	30
1.6 Effectief communiceren in de huidige samenleving	33
2 Zorg voor communicatie is zorg voor participatie	41
2.1 Rol van de logopedist	41
2.2 Opleiding tot logopedist	42
2.3 Participatiegerichte zorg voor communicatie door de logopedist	45
2.4 Behoeftte aan verbetering van participatiegerichte zorg voor communicatie	47
Deel II: Onderzoeksthema's van het lectoraat Zorg voor Communicatie	51
4 Taal & Gehoor	52
5 Meer Taligheid	57
6 Evidence-based logopedie	61
6.1 Evidence-based practice	61
6.2 Evidence-based handelen doe je elke dag	62
6.3 Vier elementen van evidence-based handelen	62
6.4 EBL-tools kunnen het gebruiken van wetenschappelijk bewijs gemakkelijker maken	66
6.5 Bevorderen van evidence-based handelen door de logopedist	68
7 Logopedist als gezondheidscoach	71
7.1 Coachen van de cliënt: zelfmanagement en empowerment	72
7.2 Coachen van de omgeving: leerprincipes voor volwassenen	73

Deel III: Werkwijze	77
8 Onderwijs	79
8.1 Opleiding(en) Logopedie	79
8.2 Andere IvG-opleidingen	82
8.3 Opleidingen buiten IvG	82
8.4 Universiteit	82
9 Praktijk	83
9.1 Implementatiegericht onderzoek	83
9.2 Samenwerking tussen onderzoek, praktijk en onderwijs in de logopedie	84
9.3 Samenwerking met instellingen waar zorg voor communicatie wordt geboden	86
9.4 Samenwerking met ervaringsdeskundigen	87
9.5 Samenwerking met het bedrijfsleven	88
9.6 Samenwerking met beleidsmakers	88
10 Praktijkgericht Onderzoek	89
10.1 Balanceren tussen praktische relevantie en methodische grondigheid	89
10.2 Samenwerking met externe onderzoekers	91
10.3 Aansluiting bij onderzoeksagenda's	93
Referenties	96
Over de lector	106
Medewerkers Zorg voor Communicatie	108
Dankwoord	109

Inleiding

7

Communicatie vindt overal plaats. Door te communiceren geeft iemand zijn behoeften aan, gaat hij sociale contacten en relaties aan en kan hij studeren, solliciteren en werken. Communiceren is voor de meeste mensen vanzelfsprekend, net als lopen of eten. Communicatie kan moeizamer verlopen wanneer bijvoorbeeld spraak- en taalvaardigheid zich traag of anders ontwikkelen, stem of gehoor niet goed functioneren, of wanneer hersenletsel het taal- en spraakvermogen beschadigt. Als een persoon moeilijkheden ervaart in het zichzelf uiten en/of het begrijpen van anderen, belemmert dit zijn alledaags functioneren. Een logopedist kan ondersteuning bieden, aan zowel de cliënt als zijn omgeving, maar die is niet overal en altijd aanwezig.

Zorg voor communicatie

Alle activiteiten die aangewend worden om personen met communicatieve beperkingen te ondersteunen, vallen onder 'zorg voor communicatie'. Naast de persoon met de communicatieve beperking verdient ook zijn omgeving deze zorg. De vraag is hoe ervoor gezorgd kan worden dat de zorg voor communicatie optimaal doorwerkt naar de samenleving, ook buiten de context van logopedische zorg. Welke nieuwe rollen zijn hierbij voor de logopedist weggelegd, wie kunnen we hierbij nog meer inschakelen? In een ideale samenleving is alle communicatie toegankelijk voor iedereen: zowel de communicatie tussen individuen als de communicatie binnen organisaties en van/naar de overheid. Het lectoraat Zorg voor Communicatie wil een bijdrage leveren aan deze toegankelijkheid. Het lectoraat Zorg voor Communicatie zet zich in voor mensen met communicatieve beperkingen, door te zorgen dat zij ondersteuning krijgen in hun omgeving. De missie van het lectoraat Zorg voor Communicatie is: werken aan optimale zorg voor en ondersteuning van mensen met een communicatieve beperking om hun communicatieve zelfredzaamheid te verbeteren. Het lectoraat richt zich op de naasten, de professionals in onderwijs, zorg en welzijn en de sociale en fysieke context waarin deze personen communiceren.

Opbouw van dit boek

Dit boek bestaat uit drie delen, die elk een aantal hoofdstukken bevatten.

Deel I gaat over de definitie van communicatie en de zorg voor communicatie.

Ik ga hier in op het belang van communicatie, beperkingen in de communicatie en de zorg voor communicatie, waarin de expertise van de logopedist centraal staat.

Deel II behandelt de onderzoeksthema's van het lectoraat Zorg voor Communicatie: taal & gehoor, meer taligheid, evidence-based logopedie en de logopedist als gezondheidscoach.

In deel III beschrijf ik de werkwijze van het lectoraat. De verbinding tussen onderwijs, praktijk en onderzoek staat hierin centraal, evenals de samenwerkingspartners die daarvoor gevonden zijn.

DE OMGEVING
VAN DE MENS
IS DE MEDEMENS

J.A. Deelder

lilich
COFFEE



Deel I

(Zorg voor) communicatie

In dit deel geef ik in hoofdstuk 1 een definitie van communicatie. Het belang van communicatie wordt vaak pas echt duidelijk op het moment dat deze beperkt is of wordt; vele aspecten van het dagelijks leven worden dan belemmerd, zoals iemands algehele gezondheid, het kunnen volgen van onderwijs of het kunnen uitvoeren van werk. Aan het eind van hoofdstuk 1 worden maatschappelijke ontwikkelingen besproken, die invloed hebben op de effectiviteit van de dagelijkse communicatie.

In hoofdstuk 2 komt de zorg voor communicatie aan bod. Een logopedist is expert in het bieden van zorg voor communicatie. Veranderingen in de visie op gezondheid en zorg onderstrepen het belang van participatie: het 'mee kunnen communiceren' in alledaagse situaties. In deze alledaagse situaties spelen andere professionals, in onderwijs, zorg en welzijn maar ook de overheid, een belangrijke rol; zij kunnen ook zorg voor communicatie bieden. Samenwerking tussen de logopedist en al deze andere partijen kan bewerkstelligen dat zorg voor communicatie niet alleen op het niveau van het individu, maar ook op het niveau van organisaties en de gehele samenleving doorwerkt.

Belang van communicatie

Om te kunnen begrijpen wat het belang is van goed kunnen communiceren, geef ik allereerst een omschrijving van het begrip communicatie. Vervolgens licht ik de processen toe, die een rol spelen in de communicatie. Onderscheid tussen transactie en interactie is hierbij belangrijk. Na een omschrijving van een communicatieve beperking ga ik in op de relatie tussen communicatie, gezondheid en welzijn; de impact op gezondheid en welzijn blijkt aanzienlijk. Het concept positieve gezondheid en het ICF-model vormen bruikbare kaders voor het beschrijven van gezond communicatief functioneren. Ik laat zien dat een communicatieve beperking ook van invloed is tussen generaties. Hiermee kan een vicieuze cirkel ontstaan. Tenslotte verduidelijk ik de noodzaak voor betere zorg voor communicatie: 1 tot 2 % van de mensen ervaart een communicatieve beperking, maar informatie is voor hen niet toegankelijk genoeg. Daarnaast wordt de huidige samenleving steeds diverser en veeleisender op het gebied van de communicatie.

1.1 Omschrijving van het begrip communicatie

Communicatie is zo verweven in het dagelijks leven, dat je weleens vergeet hoe aanwezig, belangrijk en complex communiceren is.

Communicatie: transactie en interactie

Alle dagelijkse activiteiten worden beïnvloed door communicatie met anderen. Dat mensen communiceren, komt voort uit de basisbehoefte om zich te verbinden met anderen en ergens bij te horen. Hierdoor is communicatie dus medebepalend voor het welbevinden. Bovendien is communicatie een middel om een sociale identiteit te benadrukken; iemands manier van formuleren, de uitspraak en de emotionele expressie geven zijn rol en status aan. Ten slotte gaat communicatie over het uitwisselen van informatie: het geïnformeerd worden en anderen informeren. Een allesomvattende definitie van communicatie is nauwelijks te geven, aangezien communicatie uit zoveel verschillende activiteiten kan bestaan: naast menselijke

communicatie is er ook communicatie tussen apparaten, hormonen of frequenties. De menselijke communicatie is onder te verdelen in massacommunicatie en intrapersonlijke en interpersoonlijke communicatie (Oomkes, 2013).

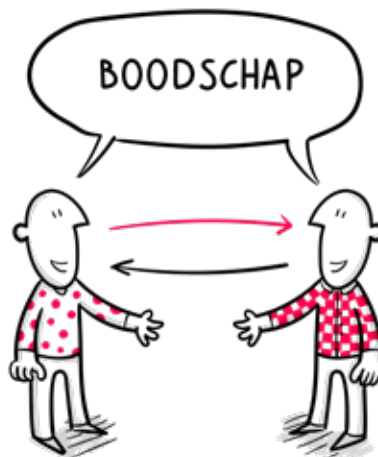
Massacommunicatie is communicatie via een medium dat openbaar toegankelijk is (bijvoorbeeld een krant of een weblog). *Intrapersonlijke communicatie* speelt zich af binnen een persoon (iemand praat tegen zichzelf). Het lectoraat Zorg voor Communicatie houdt zich bezig met de *interpersoonlijke communicatie*, dus de informatie-uitwisseling en interactie tussen personen. Deze personen zijn zich bewust van elkaars aanwezigheid, al dan niet op afstand (via een medium zoals e-mail, telefoon of internet). Interactie staat voor de sociale component van communicatie, de verbinding met de gesprekspartner.

Definitie van communicatie

(gebaseerd op Oomkes 2013 en Kagan e.a., 2004)

Communicatie bestaat enerzijds uit de uitwisseling van symbolische informatie, anderzijds uit een sociale verbintenis die plaatsvindt tussen mensen die zich van elkaars onmiddellijke of gemedieerde aanwezigheid bewust zijn. Deze informatie wordt deels bewust, deels onbewust gegeven, ontvangen en geïnterpreteerd.

De basis van communiceren is het zenden van een boodschap van persoon A (de zender) naar persoon B (de ontvanger), waarna persoon B een reactie teruggeeft. In een lopend gesprek nemen beide personen afwisselend het woord en zijn dan 'aan de beurt'; dit wordt ook wel *beurtwisseling* genoemd. Figuur 1 geeft dit communicatieproces in een zeer eenvoudig model weer.



Figuur 1 Eenvoudig model met zender en ontvanger

Naast een opeenvolging van gebeurtenissen (beurtwisseling; eerst spreekt de een en luistert de ander, vervolgens is de ander aan de beurt om te spreken, etc.) is er ook sprake van een doorlopende informatie-uitwisseling op andere niveaus. Denk maar eens aan het bestellen van brood bij de bakker: tijdens het uitspreken van de vraag 'Mag ik drie gesneden tarwebroden?' zendt de kassabediende allerlei non-verbale signalen uit (bijvoorbeeld een vriendelijke gezichtsuitdrukking, open houding), die een klant (bewust of onbewust) meeneemt in zijn communicatie. Mede op basis daarvan kan de klant besluiten om nog een extra praatje te maken over het weer of juist zijn mond te houden en zich te beperken tot het hoognodige. Daarnaast kan ook de context (lange rij wachtenden, veel achtergrondlawaai) ervoor zorgen dat hij zijn communicatie wel of niet beperkt houdt. Het eerstgenoemde (de verbale boodschap) betreft de *transactie*, de overige communicatie betreft de *interactie* (het sociale aspect).

Elementen van het communicatieproces

Het proces van communiceren kent meerdere aspecten, die ik hier kort bespreek. Figuur 2 geeft een visuele illustratie van dit veelomvattende proces.

Rollen

In het communicatieproces participeren minimaal twee personen, die afwisselend zender en ontvanger zijn. Deze personen beschikken beiden over bepaalde communicatieve competenties:

- 1) *kennis* over het onderwerp van gesprek;
- 2) *vaardigheid* in het begrijpen en produceren van informatie en in het voeren van een gesprek; en
- 3) *attitude*, zoals respect voor de gesprekspartner en de drang om de ander goed te willen begrijpen.

Boodschap

De boodschap (een vraag, mededeling, bewering, et cetera) bestaat uit talige en/of niet-talige informatie en kan bewust of onbewust worden uitgezonden. De boodschap kan verschillende vormen hebben, ook wel modaliteiten genoemd (gesproken taal, geschreven taal, gebarentaal, ondersteunde communicatie¹, lichaamstaal).

Communicatiekanalen

Er zijn verschillende kanalen, waardoor zender en ontvanger verbonden zijn: het vocaal-auditieve kanaal (spreken en luisteren), het visuele kanaal (schrift/gebaren/gezichtsuitdrukking en lezen/zien) en het tactiele kanaal (aanraken en voelen).

1 Ondersteunde communicatie (OC) betreft alle mogelijke communicatievormen en middelen om (nog resterende) communicatieve vaardigheden van mensen zo optimaal mogelijk te maken. Hierbij kan je denken aan pictogrammen ter ondersteuning van taalbegrip.

Hoe meer kanalen de zender met de ontvanger verbinden, des te meer informatie er (vaak tegelijkertijd) uitgewisseld wordt. Daarnaast hebben zender en ontvanger ook verbinding met zichzelf (self-feedback).

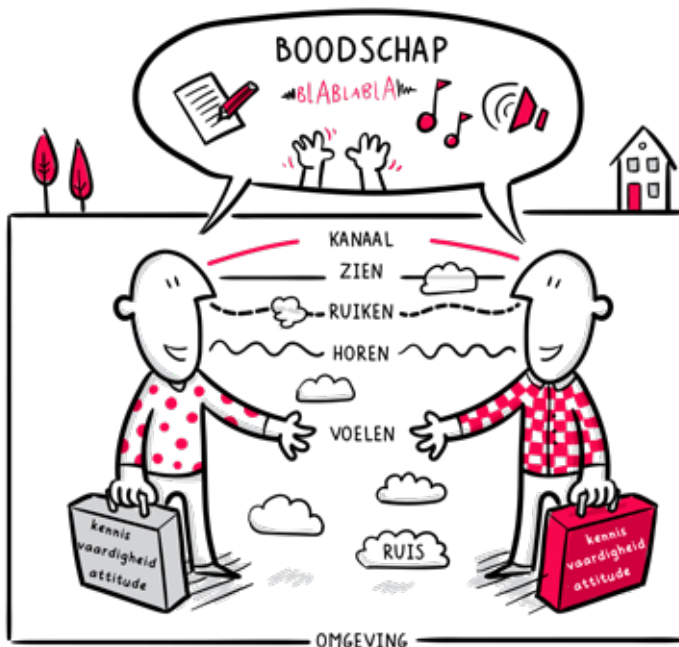
Ruis

Door allerlei verstoringen kan het correct overkomen van de boodschap belemmerd worden: fysieke ruis (bijvoorbeeld slecht zicht op de spreker en achtergrondlawaai), psychologische ruis (bijvoorbeeld vooroordelen), semantische ruis (bijvoorbeeld verschil in taalkennis tussen de gesprekspartners). Derveaux en De Sadeleer (1993, in: Vivideo, 2011) illustreren ruis door middel van de zogenaamde 'communicatiemuur', die demonstreert dat datgene wat bedoeld is, niet altijd overeenkomt met wat gezegd is en datgene wat gezegd is, niet altijd op die manier gehoord wordt, et cetera.

Omgeving

De manier van communiceren en de inhoud van de boodschap worden bepaald door de situatie waarin gecommuniceerd wordt (een op een of met omstanders) en de heersende gedragscodes. Welke gedragscode geldt, wordt onder andere bepaald door de relatie tussen de gesprekspartners; er kan sprake zijn van gelijkwaardigheid (collega's of vrienden onderling) of niet (bijvoorbeeld arts en patiënt, ouder en kind, leerkracht en leerling). Daarnaast spelen de individuele achtergrond (bijvoorbeeld cultuur) en de gedeelde kennis van de gesprekspartners een rol in de manier waarop zij op elkaar afgestemd zijn.

Figuur 2 Allesomvattend model van communicatie, naar analogie van Oomkes, 2013



Wisselwerking tussen de processen

Communiceren kan vanuit het bovenstaande perspectief beschreven worden als alle processen die te maken hebben met het begrijpen en produceren van gesproken en geschreven taal alsook het ondersteunen dat plaatsvindt om de communicatie te vergemakkelijken. Deze processen zijn niet los te zien van de omgeving waarin de communicatie plaatsvindt. Communiceren doe je immers altijd met een ander, in een bepaalde omgeving.

Het resultaat van de communicatie wordt bepaald door de wisselwerking tussen alle genoemde processen. De communicatie is succesvol indien deze leidt tot wederzijds begrip. De gesprekspartners² hebben in dat geval een gezonde balans kunnen vinden door af te stemmen op elkaars communicatieve competenties en de omgeving waarin ze zich bevinden en ze hebben de eventueel aanwezige ruis weten te compenseren.

Kennis over transactie en interactie

Kennis over de processen die een rol spelen bij de transactie (dat wil zeggen: het uitwisselen van informatie via het begrijpen en produceren van gesproken en geschreven taal) is ontwikkeld vanuit diverse disciplines, waaronder de linguïstiek (taalkunde), (neuro)psychologie (verwerking van informatie), pedagogiek (verwerving van taal en communicatieve vaardigheden), keel-, neus- en oorheelkunde (anatomie en fysiologie van spraak- en gehoororganen) en de neurologie (organisatie van het brein in relatie tot spraak, taal en communicatie). De transactieprocessen spelen allemaal een rol als voorwaarde voor een geslaagde communicatie.

Kennis over de communicatieve interactie (het sociale aspect van communicatie) is ontwikkeld vanuit de sociologie, linguïstiek en pedagogiek. Het lectoraat Zorg voor Communicatie legt in zijn onderzoeksprogramma de nadruk op interactie-aspecten in de communicatie, vandaar dat dit aspect hieronder nader uitgediept wordt.

Interpersoonlijke communicatie wordt vanuit verschillende invalshoeken bestudeerd. Vanuit de sociologie hebben socioloog Harvey Sacks en collega's Schegloff en Jefferson in de jaren zestig van de vorige eeuw de conversatie-analyse (CA) ontwikkeld. CA analyseert de organisatie van natuurlijke gesprekken (conversaties) (Hutchby & Wooffitt, 2008). Daarbij worden gesprekken bij voorkeur getranscribeerd. Zo wordt gekeken naar patronen in de organisatie van de beurtwisseling tussen de gesprekspartners: In welke mate is er overlap, wanneer zijn er pauzes? Zijn er pogingen gedaan tot herstel van fouten door de spreker zelf of door de gesprekspartner? Ook wordt bekeken of conversatiepartners op elkaar hebben afgestemd en zij aan het gespreksonderwerp hebben vastgehouden

(topic-handhaving). Doel hiervan is om het onderliggend redeneren van gesprekspartners alsmede de sociolinguïstische aspecten van gespreksvoering te analyseren. Hiermee kunnen ook gesprekken in specifieke situaties geanalyseerd worden, zoals gesprekken tussen hulpverlener en patiënt of tussen leerkracht en leerling. Dergelijke analyses kunnen leiden tot adviezen voor het verbeteren van de conversatievaardigheden van de gesprekspartners.

In veel onderzoeken naar de (optimalisering van de) conversatie tussen cliënten met communicatieve beperkingen en hun gesprekspartners worden de principes van CA gebruikt. Voorbeelden van deze onderzoeken zijn te vinden voor diverse groepen van volwassenen met communicatieve beperkingen en hun gesprekspartners, onder wie personen met afasie (Wielaert & Wilkinson, 2012; Kagan e.a., 2004), de ziekte van Parkinson (Forsgren & Antonsson, 2013) en dementie (Perkins, Whitworth & Lesser, 1998) en personen die stotteren (Tetnowski & Damico, 2001).

Voorbeeld van een conversatie tussen een persoon met afasie (A) en zijn partner (P)

De conversatie is zodanig genoteerd dat deze geanalyseerd kan worden ten behoeve van de Partners van Afasiepatiënten Conversatie Training (PACT). De getallen tussen haakjes geven pauzes in seconden aan. A probeert de naam van een film en de belangrijkste acteur daarin te vinden, in antwoord op de vraag in regel 1. Zijn verbale pogingen zijn niet succesvol, dus hij besluit de tv-gids erbij te pakken en de film aan te wijzen (regel 10). Dit is een voorbeeld van het gebruik van een succesvolle herstelstrategie (Wielaert & Wilkinson, 2012, p. 47-48).

- | | | |
|----|---|--|
| 1 | P | is er nog wat op televisie vanavond? |
| 2 | A | (1.2) eh ja (1.1) drie eh Jan eh (3.0) eh (2.9) en eh |
| 3 | | vier ehm (2.5) lang geleden (1.6) eh (1.0) Ton eh |
| 4 | | Hoeks of eh (2.0) Joeks (2.1) Ton (1.0) Hoeks de eh |
| 5 | | gre- eh (2.6) ah <u>joh</u> (1.1) twee eh keer eh gezien (0.6) |
| 6 | | m::ooie film (3.3) eh (2.0) eh die eh (2.5) wacht even |
| 7 | | ((loopt van tafel)) |
| 8 | P | (2.3) Tom Cruise? |
| 9 | A | nee eh:: nee ((komt terug met tv gids)) de eh:: (0.9) |
| 10 | → | gee- (2.2) eh:: de:: ((wijst in gids)) |
| 11 | P | ((leest)) de Green mile? |
| 12 | A | ja |
| 13 | P | (1.3) oh Tom Hanks |

De in het voorbeeld besproken verbale interactievaardigheid valt in de linguïstiek onder het begrip 'pragmatiek', ook wel 'taalgebruik' genoemd. Pragmatiek richt zich op de manier waarop taal gebruikt wordt in het dagelijks leven. Het soepel kunnen inschatten van de verbale en non-verbale context speelt hierbij een grote rol. Onder pragmatiek vallen (Van den Dungen & Verboog, 1998):

- a communicatieve functies* (doel waarvoor taal wordt gebruikt: expressie, regulatie, representatie, controle of sociale interactie);
- b conversatievaardigheden* (rekening houden met gesprekspartner: de beurt nemen, handhaven van het gespreksonderwerp, veronderstellen van voorkennis en toepassen van samenhang, verwijzing tussen woorden, passende spreekstijlen en codes); en
- c intrapersoonlijke functies* (taalspel, taaldenken, reguleren van gedrag).

In de taalontwikkeling bij een kind ontwikkelt de pragmatiek zich al voordat het kind woorden begrijpt en gebruikt. Vanaf de leeftijd van ongeveer twee maanden ontwikkelt het beurtgedrag zich, dat wil zeggen: het afwisselen van communicatie tussen het kind en zijn gesprekspartner. De communicatie kan daarbij bijvoorbeeld bestaan uit het imiteren van geluiden en gezichtsuitdrukkingen. Vanaf acht of negen maanden ontwikkelen zich de preverbale communicatieve functies, te zien in bijvoorbeeld het doen van geef- en neemspelletjes, aandacht op iets vestigen en het (non-verbaal) uiten van emoties (Van den Dungen, 2013).

Sociale interactie tussen volwassenen en kinderen wordt onder andere bestudeerd vanuit de pedagogiek en de linguïstiek. In het kader van het onderzoeksprogramma van het lectoraat Zorg voor Communicatie is het belangrijk om te weten hoe deze sociale interactie een gezonde taalontwikkeling van kinderen bevordert. De taalverwerving verloopt immers (veelal onbewust) via alledaagse sociale interactie. Volwassenen passen hun taalaanbod meestal automatisch aan ten behoeve van een soepel verlopende communicatie. Zo vereenvoudigen ze hun woordkeuze en zinsbouw, spreken ze langzamer en gebruiken ze vaak een hogere spreektoon. Daarnaast passen ze vaak ook (onbewust of bewust) strategieën toe die de taalverwerving extra stimuleren, zoals het benadrukken en herhalen van nieuwe of onbekende woorden en het impliciet verbeteren van grammaticale fouten. Vanuit de pedagogiek wordt breed gekeken naar interactie tussen volwassenen en kinderen, waarbij het bevorderen van de taalontwikkeling bij het kind een van de onderdelen vormt. Helmerhorst e.a. (2017), van het Nederlands Consortium Kinderopvang Onderzoek (NCKO), beschrijven zes interactievaardigheden van volwassenen in relatie tot kinderen, die ook verwerkt zijn in de opleiding van pedagogisch medewerkers. Eén van deze interactievaardigheden betreft het 'praten en uitleggen' (verbal communication) ten behoeve van de bevordering van de talige, cognitieve en sociale ontwikkeling. Vanuit een meer sociaal-linguïstisch perspectief wordt veel gekeken naar aspecten van talige interactie tussen

volwassenen en kinderen, die taalontwikkeling bevorderen. Hierbij kan je denken aan strategieën om een gesprek op gang te brengen (interactie uitlokken) of om taal uit te breiden. De effectiviteit van het uitbreiden van de taal van een kind door middel van 'recasting' is bewezen (Cleave e.a., 2015). Recasting houdt in dat de volwassene de uiting van het kind geheel of gedeeltelijk herhaalt en nieuwe informatie toevoegt, terwijl de oorspronkelijke bedoeling van de uiting wordt behouden (zie afbeelding voor een voorbeeld).

Voorbeeld van recasting. De volwassene reageert op de losse uitingen van het kind door de weggelaten informatie toe te voegen en de zinnen aan elkaar te verbinden.



Kennis over de normale interactie tussen volwassenen en (hun) kinderen of leerlingen wordt op verschillende manieren ingezet bij groepen van mensen bij wie de taalontwikkeling niet vanzelf gaat. Zo gebruikt men analyses van interactie tussen ouder en kind om de (pre)verbale ontwikkeling te analyseren bij dove kinderen om een voorspelling te doen over het verdere verloop van de taalontwikkeling (Tait, Lutman & Nikolopoulos, 2001). Ook kan een dergelijke analyse helpen om verbale interactievaardigheden en taalstimuleringsstrategieën te optimaliseren bij leerkrachten en ouders van kinderen met (een risico op) taalontwikkelingsstoornissen (Roberts & Kaiser, 2011) of ouders van kinderen met autisme (Pickles e.a., 2016).

1.2 Omschrijving van communicatieve beperking

Personen met een communicatieve beperking hebben moeite met een of meerdere aspecten van communicatie. Er kunnen zich problemen voordoen in het begrip en/of de productie van taal en/of spraak, maar ook in het vermogen om de bedoeling van een boodschap over te brengen en/of te begrijpen. Dit geldt niet alleen voor

gesproken taal, maar ook voor gebarentaal en schriftelijke taal ('geletterdheid'). Het is van belang voor mensen om te kunnen communiceren, omdat ze daarmee sociaal kunnen functioneren en hierdoor toegang kunnen verkrijgen tot onderwijs, arbeid, gezondheidszorg en overheidsdiensten.

De term 'communicatieve beperking' is een variant op de internationale term 'communication support needs', die is ontstaan vanuit de Rehabilitation Act in de Verenigde Staten (1973) en een serie invloedrijke daaropvolgende publicaties, waaronder de wereldwijde Verklaring van de Rechten van de Mens van de Verenigde Naties (Law e.a., 2007). De term 'support' verwijst naar activiteiten die aangewend worden om personen met communicatieve beperkingen (op eigen verzoek of op verzoek van hun omgeving) te ondersteunen.

Een letterlijke vertaling van 'communication support needs' zou kunnen zijn: 'behoefte aan ondersteuning in de communicatie'. Van deze behoefte is sprake als een individu of een groep personen belemmeringen ervaart in deelname aan de maatschappij door beperkingen in de communicatie. Echter, een dergelijke lange benaming is niet handig in gebruik en zal niet door iedereen worden herkend. In deze publicatie wordt volstaan met de benaming 'communicatieve beperking'. 'Communication support' wordt vertaald naar 'zorg voor communicatie'.

'Zorg voor communicatie' vindt op twee niveaus plaats:

- 1 gericht op (individueel) functioneren: het bieden van specifieke interventies die functioneren van stem, spraak, taal en gehoor optimaliseren (bijvoorbeeld stemtraining, uitspraaktraining, woordenschatuitbreiding);
- 2 gericht op de omgeving: het ondersteunen van aanpassingen die individuen en organisaties kunnen doorvoeren om personen met communicatieve beperkingen te faciliteren in het begrijpen en begrepen worden en hiermee effectieve deelname te bewerkstelligen.

Communicatieve beperkingen kunnen heel specifiek zijn (bijvoorbeeld alleen problemen met de uitspraak) of heel breed (bijvoorbeeld problemen met begrijpen van taal en hierdoor ook moeite met formuleren). Vaak is er sprake van een combinatie van moeilijkheden, waarbij naast de communicatie ook problemen op andere gebieden een rol spelen. Hierdoor is er een grote variatie in behoeften. Ook is er een grote variatie in ernst: in een ernstig geval kan iemand nog maar in enkele woorden communiceren en is de communicatie in alle situaties belemmerd, maar bij een lichte beperking worden de communicatieproblemen alleen ervaren in onbekende situaties. In tabel 1 wordt een opsomming gegeven van aandoeningen die vaak gepaard gaan met communicatieve beperkingen; daarbij wordt er onderscheid gemaakt tussen enerzijds aangeboren en/of ontwikkelingsgerelateerde aandoeningen en anderzijds verworven aandoeningen.

Tabel 1 Aangeboren en/of ontwikkelingsgerelateerde en verworven aandoeningen waarbij communicatieve beperkingen aanwezig kunnen zijn³

Aangeboren en/ of ontwikkelingsgerelateerde aandoeningen	Verworven aandoeningen
Doofheid en slechthorendheid	Doofheid en slechthorendheid
Schisis (lip-, kaak- en/of gehemeltespleet)	Stemproblemen
Taalontwikkelingsstoornis (TOS)	Afasie, dysartrie ten gevolge van hersenletsel
Autismespectrumstoornis (ASS)	Dementie en ziekte van Alzheimer
Leerstoornis (bijvoorbeeld dyslexie)	Laryngectomie (stembandverwijdering na keelkanker)
Vloeiendheidsstoornis (stotteren of broddelen)	Neurologische degeneratieve ziekten (bijvoorbeeld multiple sclerose, ziekte van Parkinson, ALS, chorea van Huntington, ataxie van Friedreich)
Cerebrale parese	

Bron: gebaseerd op tabel 2.1 in Law e.a., 2007

Indien beperkingen al vroeg in de ontwikkeling van een kind ontstaan, kan dit een opeenstapelend effect hebben in de rest van zijn leven. Bij een verworven aandoening is vaak sprake van een verlies van functioneren. Paragraaf 1.3 gaat verder in op de relatie tussen een communicatieve beperking en het gehele functioneren van een mens.

1.3 Communicatie, gezondheid en welzijn

Een communicatieve beperking heeft invloed op de gezondheid en het welzijn van een mens. Ook de sociale en fysieke omgeving hebben invloed op gezondheid en welzijn. Een communicatieve beperking kan dus als minder belemmerend worden ervaren als de omgeving ondersteuning kan bieden.

Balans tussen beperking en ondersteuning

Wanneer is communicatie geslaagd en wanneer niet? We kunnen hier bij 'geslaagd' het beste spreken over een gezonde balans in het communicatieproces. Geslaagde communicatie is namelijk afhankelijk van de wisselwerking tussen de (competenties van de) gesprekspartners en hun omgeving. Indien een van de partners een beperking heeft in zijn communicatieve competenties (een probleem met stem, spraak, taal of gehoor), zal de communicatie een grotere uitdaging vormen; niet alleen voor de persoon met de beperking, maar ook voor de gesprekspartner. De gesprekspartner zal mogelijk meer zijn best moeten doen om de ander te ondersteunen in het overbrengen van zijn boodschap of om zijn eigen boodschap op voor de ander begrijpelijke wijze over te brengen. Als deze ondersteuning succes

heeft, brengt deze de communicatie weer terug in balans. Als de communicatie in balans is, wordt informatie uitgewisseld op gelijkwaardige wijze (transactie, het puur uitwisselen van informatie) en is interactie mogelijk (het sociale aspect van communicatie). Iemand die beperkt is in de communicatieve transactie en daarin niet gefaciliteerd wordt door de gesprekspartner, is beperkt in deelname aan vele aspecten van het leven. Iemand die beperkt is in de communicatieve interactie, ervaart verlies van kwaliteit in sociale contacten. Op die manier draagt ondersteuning in de communicatie bij aan de gezondheid en het welzijn van die persoon.

Voorbeeld 1

Hans is een student met een gehoorbeperking. Hij verstaat niet alles wat zijn docent vertelt in het college. Echter, het gemis aan auditieve informatie wordt gecompenseerd doordat de docent Hans goed aankijkt en naast de gesproken taal ook geschreven taal (ondertiteling bij een filmpje, tekst op PowerPoint-dia's) gebruikt. Bovendien gebruikt Hans hoorapparatuur ter verbetering van de auditieve input. Dit gaat vooral goed als de docent met het gezicht naar hem toe staat en wanneer er weinig achtergrondgeluid is; dan is het effect van de hoorapparatuur het grootst.

Voorbeeld 2

Jaap is een volwassene met afasie (een verworven taalstoornis door hersenletsel). Hij heeft een ernstig woordvindingsprobleem, waardoor hij niet goed duidelijk kan maken wat hij bedoelt en ook niet goed begrijpt wat een ander tegen hem zegt. Bij logopedische therapie heeft Jaap geleerd hoe hij op een andere manier dan door te spreken zijn bedoeling duidelijk kan maken, bijvoorbeeld door het taalzakboek te gebruiken om afbeeldingen aan te wijzen. Ook heeft zijn partner van de logopedist geleerd dat het opschrijven van kernwoorden kan helpen tijdens een gesprek. Dankzij deze strategieën verloopt de communicatie met zijn partner een stuk beter. Gesprekken met onbekenden, zoals de huisarts, kunnen echter moeizaam verlopen, bijvoorbeeld als deze geen tijd heeft om te wachten tot Jaap de goede afbeelding heeft gevonden of als de arts niet bedenkt dat schrijven het begrijpen ondersteunt bij Jaap.

Voorbeeld 3

Samantha is een kind met een taalontwikkelingsstoornis (TOS). Zij weet in het klassikale kringgesprek op school geen samenhangend verhaal te vertellen. Als zij haar verhaal mag vertellen in een kleiner groepje kinderen, lukt het wel. De leerkracht geeft haar dan aan de hand van de 'vertelpuzzel' aanwijzingen om het verhaal op logische volgorde over te brengen (wie-wat-waar-wanneer etc.).

Voorbeeld 4

Asad is een migrant, die sinds een jaar in Nederland woont. Hij kan geen werk krijgen, omdat hij moeilijk te verstaan is vanwege zijn gebrekkige uitspraak van het Nederlands. Thuis communiceert Asad in zijn moedertaal en ervaart hij geen problemen. Buitenshuis raakt hij gefrustreerd omdat hij niet verstaan wordt. Het lukt hem, ondanks de gevolgde taalcursussen, niet om bepaalde klanken duidelijk uit te spreken. Bij de bakker komt hij er wel uit, door aan te wijzen en met handen en voeten erbij. Bij sollicitatiegesprekken, als er een veel groter beroep wordt gedaan op spraak- en taalvaardigheid dan bij de bakker, lukt dit niet.

In de voorbeelden in het kader wordt duidelijk dat communicatie pas echt een uitdaging wordt als iemand beperkt is in zijn communicatieve vaardigheden (zowel met betrekking tot het uiten als het begrijpen) én als de gesprekspartner en/of de omgeving niet in staat is om ondersteuning te bieden om de beperking te compenseren. Dit betekent dat een communicatieve beperking pas bestaat als het individu en de sociale omgeving (de gesprekspartner) er, dankzij of ondanks de fysieke omgeving (bijvoorbeeld akoestiek), gezamenlijk niet in slagen de juiste balans te bereiken.

Positieve gezondheid en communicatieve zelfredzaamheid

In een zoektocht naar een goede omschrijving van communicatieve beperkingen in relatie tot gezondheid en welzijn kom ik allereerst uit bij het begrip 'positieve gezondheid', van Huber e.a. (2011): 'gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. Dit lijkt goed te passen bij bovenstaande voorbeelden; ook hierbij gaat het om de balans tussen een beperking (positief verwoord als uitdaging) en de aanpassing hieraan.

Om de uitdagingen in communicatie op positieve wijze te kunnen beschrijven, biedt het begrip *communicatieve redzaamheid* enigszins een uitkomst. Dit begrip komen we onder meer tegen bij de toelaatbaarheid voor onderwijsondersteuning en speciaal onderwijs aan kinderen met auditieve en/of communicatieve beperkingen (Siméa, 2017); hoe beter de communicatieve redzaamheid, des te minder ondersteuning het kind nodig heeft om het onderwijs te kunnen volgen. Naar aanleiding van een consensusstudie onder professionals die werken met kinderen met taalontwikkelingsstoornissen (TOS), werd de volgende definitie geformuleerd: 'Communicatieve redzaamheid is het begrijpen en begrepen worden in een sociale context door het inzetten van verbale en/of non-verbale communicatieve vaardigheden' (Singer, Klatte, Cnossen & Gerrits, 2017). De term communicatieve redzaamheid wordt ook gebruikt voor andere doelgroepen die communicatieve beperkingen ervaren, zoals personen met de ziekte van Parkinson of afasie (Kalf &

Van Zundert, 2017; Berns e.a., 2015). Meestal spreekt men dan van *communicatieve zelfredzaamheid*. Het voorvoegsel 'zelf' geeft duidelijk aan dat het hier gaat om de communicatieve competenties van de persoon in kwestie.

Echter, enkel een omschrijving van aanpassingsvermogen en (communicatieve) redzaamheid is niet toereikend voor het beschrijven van de behoefte aan zorg voor communicatie van een persoon met een communicatieve beperking. Zowel in het concept van positieve gezondheid (Huber e.a., 2011) als in communicatieve redzaamheid (Singer e.a., 2017) wordt mijns inziens te weinig nadruk gelegd op de invloed van de sociale en fysieke context. Als kanttkening wil ik daarom vermelden dat de bovengenoemde omschrijvingen op zichzelf geen compleet beeld bieden van de werkelijke communicatieve uitdaging die iemand kan ervaren; communiceren doet iemand niet alleen, maar altijd met minimaal één ander én in een bepaalde context. Hiermee is overigens het begrip communicatieve (zelf) redzaamheid niet onbruikbaar geworden. Door deze altijd te beschrijven in relatie tot de sociale én fysieke context waarin iemand zich bevindt, kan het begrip erg behulpzaam zijn om diens hulpvraag voor zorg voor communicatie te beschrijven. Juist doordat dit begrip voor meerdere doelgroepen toepasbaar blijkt, wordt duidelijk dat deze vorm van redzaamheid van belang is voor zowel het kunnen volgen van onderwijs als voor de gezondheid en het welzijn.

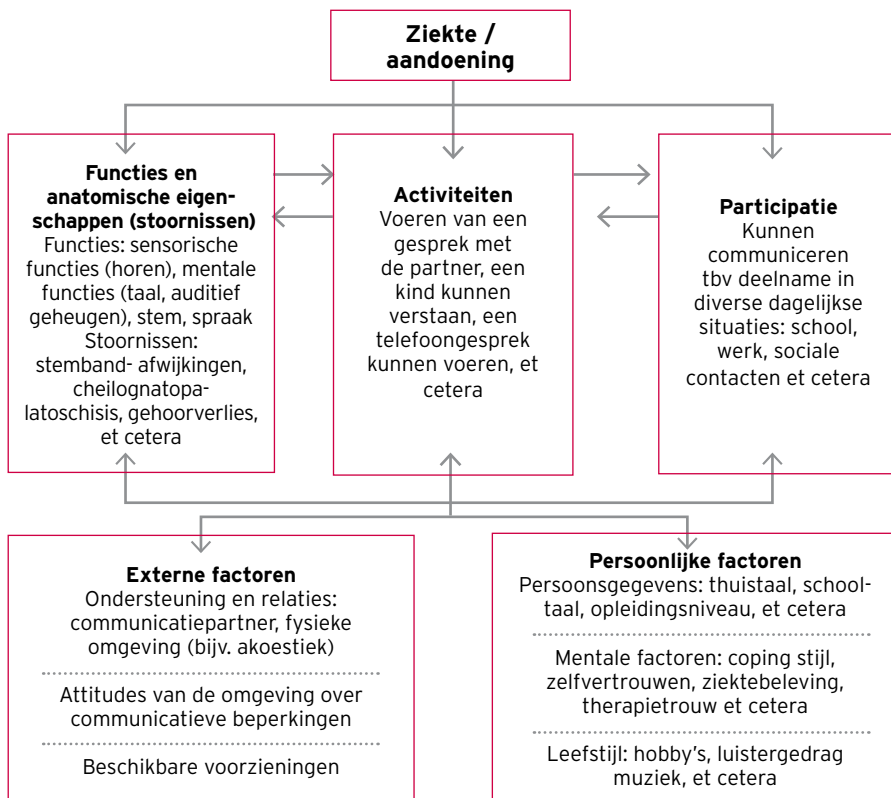
Een andere beperking aan het concept van positieve gezondheid betreft 'het kunnen voeren van de eigen regie'. Voor personen met communicatieve beperkingen is het soms lastig of zelfs onmogelijk om zelf de regie te voeren, juist vanwege de aard van hun beperkingen. Van Staa, Cardol en Van Dam (2017) geven dit laatste helder aan in hun kritische beschouwing van positieve gezondheid: *'Maar de kracht om eigen regie te voeren is er niet altijd; deze wordt soms door- kruist door de kwetsbaarheid van lichaam en geest. Kracht én kwetsbaarheid horen onlosmakelijk bij de ziekte-ervaring' (Van Staa, Cardol & Van Dam, 2017, p. 36).*

Communicatie en het ICF-model

Een model dat uitkomst biedt voor het beschrijven van communicatief functioneren in relatie tot gezondheid en welzijn (dus het gehele menselijk functioneren), is het ICF-model (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, 2001; zie ook figuur 3). ICF is een begrippenkader (een soort woordenboek) waarmee het functioneren van mensen en de eventuele problemen die zij tijdens het functioneren ondervinden, worden beschreven. Communicatie heeft een plaats in alle perspectieven en classificaties van het ICF-model (Berns & Brondijk, 2014):

- Voorbeelden van stoornissen in *anatomische eigenschappen*, waardoor problemen in de communicatie kunnen ontstaan, zijn stembandafwijkingen, cheilognathopalatoschisis (lip-, kaak- en gehemeltepleet) en gehoorverlies. *Functies* die voorwaardelijk zijn voor communicatie, betreffen mentale functies (taal, auditief geheugen), stem en spraak.

- Onder *activiteiten* en *participatie* wordt 'communicatie' als apart hoofdstuk benoemd (begrijpen, uiten en converseren), maar ook bij andere activiteiten is communicatie aan de orde: 'leren en toepassen van kennis', 'huishouden', 'tussen- menselijke interacties en relaties' en 'maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven'.
- De invloed die de omgeving kan hebben op iemands gezondheidstoestand, wordt in het ICF-model uitgewerkt in het domein *externe factoren* (ofwel: omgevingsfactoren). De omgeving is van groot belang voor het slagen van de communicatie; de communicatiepartner en de fysieke omgeving kunnen de kwaliteit van communicatie immers zowel positief als negatief beïnvloeden. Het onderdeel 'ondersteuning en relaties' beschrijft zowel fysieke als emotionele ondersteuning, het onderdeel 'attitudes' kan opvattingen van de omgeving beschrijven over mensen die moeilijk communiceren. Ten slotte beschrijft het onderdeel 'diensten, systemen en beleid' de beschikbare medische voorzieningen.
- Tot slot is er het domein *persoonlijke factoren*, waarmee beschreven kan worden welke factoren binnen de persoon het slagen van de communicatie kunnen beïnvloeden. Zelfvertrouwen is hierbij bijvoorbeeld een positieve factor, die de communicatie kan bevorderen.



Figuur 3 ICF, ingevuld met betrekking tot communiceren

Bovenstaande beschrijving van communicatief functioneren volgens het ICF-model laat zien dat communicatieve (zelf)redzaamheid beïnvloed kan worden door storingen of beperkingen in elk domein van het ICF-model. Zowel gezondheid als welzijn is hierbij betrokken. Terugkijkend naar de vier voorbeelden in de kadertekst op p.22 en 23 zien we dan ook dat communicatieve beperkingen gevolgen kunnen hebben voor zowel gezondheid (voorbeeld 2) en onderwijs (voorbeelden 1 en 3) als welzijn (voorbeeld 4).



Een goed gesprek is in balans. Twee communicatiepartners balanceren in een gesprek, waarbij de persoon met de communicatieve beperking (rechts) ondersteund wordt doordat de gesprekspartner (links) een aantal ondersteunende communicatiestrategieën weet toe te passen, zoals pauzes inlassen, ondersteunen met gebaren, schrijven en tekenen.

Impact van een communicatieve beperking

De impact van een communicatieve beperking op het dagelijks leven is groot. Volwassenen ondervinden bij verworven communicatiebeperkingen (bijvoorbeeld na hersenletsel) vaak problemen met (het behouden van) werk, familierelaties en vrienden en is er een afname in sociale activiteiten, emotioneel welbevinden en kwaliteit van leven. Bij aangeboren en ontwikkelingsproblemen (zoals schisis, slechthorendheid, taalontwikkelingsstoornissen) is er geen sprake van verlies van mogelijkheden, maar verloopt de ontwikkeling niet optimaal. Dit levert risico's op voor het ontwikkelen van geletterdheid, het behalen van studiesucces, het vinden van werk, het emotioneel welbevinden en het opbouwen van sociale relaties (voor een uitgebreid overzicht, zie: Hilari & Botting, 2011).

Bovendien kunnen communicatieve beperkingen zorgen voor een verminderde gezondheid in het algemeen.

De impact van een communicatieve beperking op de gezondheid blijkt uit een sterke relatie tussen laaggeletterdheid en gezondheidsvaardigheden.

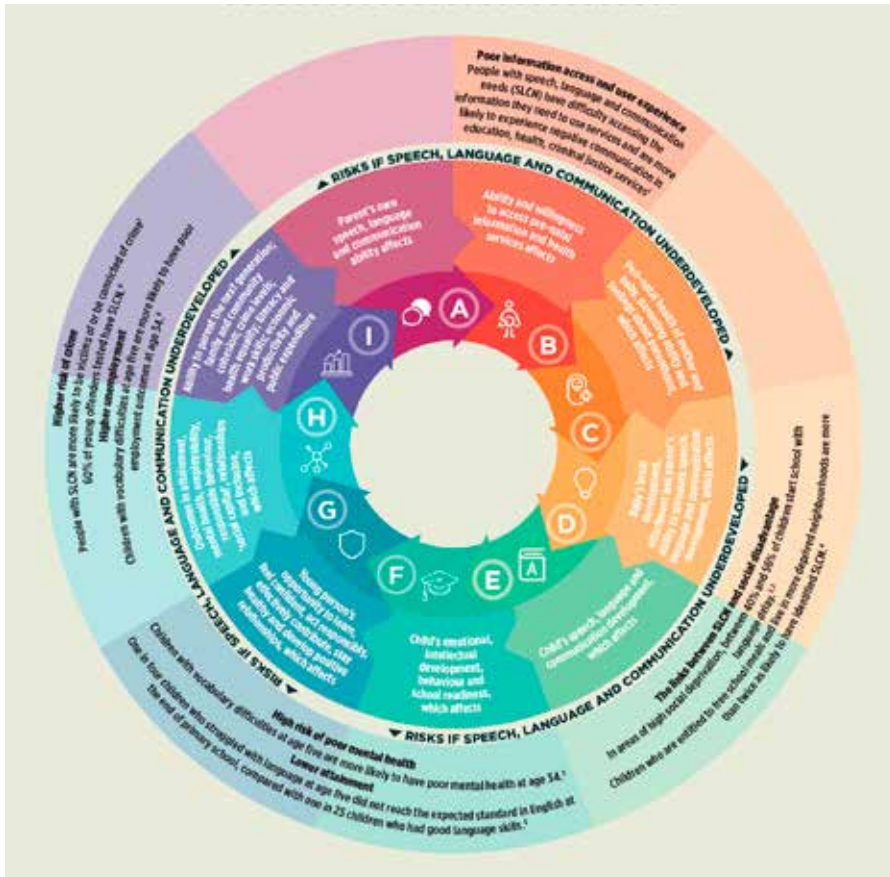
Laaggeletterdheid (dat wil zeggen: grote moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen) kan een gevolg zijn van communicatieve beperkingen door (vroegere) spraak-taalontwikkelingsproblemen of van een verworven communicatieprobleem, zoals afasie. Laaggeletterdheid kan daarnaast ook samenhangen met een laag opleidingsniveau (los van specifieke communicatieve beperkingen).

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidgerelateerde beslissingen (Pharos, 2016; De Krosse e.a., 2016). Hierbij is een minimaal niveau van taal- en communicatievaardigheid benodigd, dat niet iedereen bezit. Onder de groep mensen met lage gezondheidsvaardigheden (geschat op 28,7% van de Nederlandse bevolking) bevinden zich veel personen die laaggeletterd zijn. Het aantal laaggeletterden in Nederland tussen 16 en 65 jaar wordt geschat op 2,5 miljoen Nederlanders. Naast het feit dat laaggeletterdheid voor deze mensen gezondheidsrisico's met zich meebrengt, kost dit grote aantal laaggeletterden de maatschappij ook veel geld (werkloosheid, beroep op sociale zekerheid, criminaliteit, slechte gezondheid dus hoge kosten gezondheidszorg). In Rotterdam is dit probleem nog groter: 21% van de Rotterdammers valt onder de categorie 'laaggeletterden tussen 16 en 65 jaar'; dit is bijna twee keer zo hoog als het landelijk gemiddelde (GroenLinks e.a., 2017). Een van de grote problemen bij de mensen in deze doelgroep is dat ze, bij gebrek aan extra hulp, de laaggeletterdheid in stand houden, doordat ouders die zelf laaggeletterd zijn, op hun beurt hun kinderen niet optimaal kunnen ondersteunen in de ontwikkeling van hun geletterdheid, zodoende ontwikkelen die deze geletterdheid ook niet optimaal, et cetera.

Impact als een vicieuze cirkel

Zoals hiervoor beschreven met betrekking tot de laaggeletterdheid, kan de impact van communicatieve beperkingen gezien worden als een vicieuze cirkel. Deze start bij volwassenen met communicatieve beperkingen die als (toekomstige) ouders minder toegang hebben tot informatie betreffende opvoeding en taalstimulering van hun kinderen. Vervolgens ontwikkelen hun kinderen vanuit deze (mogelijk) taalarme omgeving ook communicatieve beperkingen, met als gevolg dat zij risico lopen van problemen in studie, welzijn, gezondheid en kans op werk. Uiteindelijk worden deze kinderen weer ouders en dan begint de cyclus opnieuw. De Britse beroepsvereniging van logopedisten (Royal College of Speech Language Therapists: RCSLT) heeft deze vicieuze cirkel beschreven en de naam *Intergenerational cycle of speech, language and communication outcomes and risks* (zie figuur 4) gegeven; zij heeft deze gebruikt om beleidsmakers en het Schotse parlement te overtuigen van de noodzaak om deze cirkel te doorbreken.

Figuur 4 The Intergenerational cycle of speech, language and communication outcomes and risks



Bron: met toestemming overgenomen uit: Speech, Language and Communication Capacity; a national asset. RCSLT, 2017. Zie tinyurl.com/SLCcapacity

1.4 Aantal mensen dat communicatieve beperkingen ervaart

Het is erg lastig om prevalentiecijfers te achterhalen voor het aantal personen met communicatieve beperkingen en daarmee het aantal personen dat zorg voor communicatie behoeft. Dat dit lastig te achter halen is, heeft veel verschillende redenen, waaronder een gebrek aan een duidelijke afbakening van de doelgroep en verschillen tussen degenen die het probleem identificeren (het individu zelf, zijn omgeving of professionals). Daarnaast veranderen de problemen met communiceren in de tijd en zijn ze afhankelijk van de mogelijkheden die geboden worden om ondersteuning te verkrijgen (Law e.a., 2007). Desalniettemin zijn er wel studies naar gedaan, meestal beperkt tot specifieke doelgroepen. De hieruit

voortkomende cijfers kunnen helpen om enigszins een beeld te verkrijgen van de schaalgrootte, alhoewel de manier van vermelden van de prevalentie verschilt. Tabel 2 geeft diverse prevalentiecijfers weer die gebaseerd zijn op internationale schattingen (Law e.a., 2007) en nationale richtlijnen en evidence statements voor een aantal doelgroepen, beschikbaar via de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (www.volksgezondheidenzorg.info, 2017; vakinhoudelijke richtlijnen en evidence statements via www.nvlf.nl). Voor zover mogelijk zijn de cijfers omgerekend naar percentages, om de vergelijkbaarheid te vergroten.

Tabel 2 Internationale en nationale schattingen van prevalentie voor mensen met mogelijk communicatieve beperkingen

	Prevalentie (%) internationaal (Law e.a., 2007)	Prevalentie (%) in Nederland (NL kengetallen, richtlijnen en evidence statements)
Doofheid of slechthorendheid	8,6%	• Aangeboren: 0,18% van de levend geboren kinderen • Aangeboren/verworven: 7,8% van de 9- tot 11-jarige kinderen heeft permanent gehoorverlies • Lawaaislechthorendheid/ouderdomsslechthorendheid*: 6,9% van volwassenen > 20 jaar (883.100 diagnoses slechthorendheid via huisarts in 2011)
Spraak- en/of taalontwikkelingsstoornis	7,8%	• Taalachterstand (blootstellingsachterstand): 25% • Spraak(ontwikkelings)stoornis: 6-7% • Taalontwikkelingsstoornis: 7%
Stotteren	7,2%	1% van de gehele bevolking, 5-17% van de kinderen < 6 jaar
Stemklachten		6,6% gehele populatie, 31-58% onder stemprofessionals
Verworven neurologische aandoeningen*	1,2%	• Parkinson: 0,3% van de gehele bevolking, 1% van mensen > 60 jaar • Afasie na CVA: 0,77-0,96% (30% van de overlevenden na CVA in 2015)
Personen met behoefte aan alternatieve en/of ondersteunende communicatiemiddelen	1,2%	
Autisme	0,6%	
Schisis		0,17 % van de levend geboren kinderen

*NB De schattingen in de Nederlandse literatuur zijn gebaseerd op zowel nationale als internationale studies. Bij doelgroepen met een * geldt, dat de aantallen groeien door de vergrijzing van de bevolking.*

De meeste cijfers zijn gebaseerd op cijfers van professionele instanties of epidemiologische studies, waar via screening of diagnose middels officiële methoden is vastgesteld of er sprake is van een aandoening die communicatieve beperkingen kan opleveren. Deze getallen zijn vaak hoger dan wanneer er gebruikgemaakt

wordt van zelfrapportage; bij zelfrapportage worden vaak alleen de meest ernstige problemen gerapporteerd. De literatuurreview, aangevuld met bovenstaande overwegingen leidde tot de schatting dat 1 tot 2% personen in de bevolking communicatieve beperkingen heeft. Aangezien er geen redenen zijn om aan te nemen dat er in Nederland een andere prevalentie aanwezig zou zijn dan in de gebruikte studies, ga ik ervan uit dat deze schatting ook voor ons land geldt.

'Given the range of the data we would take the position that it is reasonable to assume that a conservative estimate of the number of people with marked communication needs such that they would find it difficult to communicate their needs effectively without help would be in the region of 1-2% of the population' (Law e.a., 2007, p. 14).

1.5 Communicatieve toegankelijkheid van de samenleving

Voor personen met communicatieve beperkingen is een volwaardige deelname aan de samenleving niet altijd vanzelfsprekend. Er zijn nationale en internationale initiatieven om deelname te verbeteren (zie ook de voorbeelden in de kadertekst).

Voorbeeld 1

Dit voorbeeld betreft een initiatief vanuit personen met communicatieve beperkingen zelf om de samenleving toegankelijker te maken. De stichting Hoormij (belangenvereniging van personen met een hoorbeperking en/of met taalontwikkelingsstoornissen) adviseert om een pictogram (zie de afbeelding) te gebruiken om aan te geven dat een gebouw door middel van ringleiding auditief toegankelijk is (gemaakt) voor mensen met een hoorbeperking. Een ringleiding zorgt ervoor dat slechthorenden met een hoortoestel geluiden en gesprekken kunnen horen zonder storend omgevingsgeluid (het hoortoestel moet daarbij op de T-stand staan). De werkgroep Toegankelijkheid houdt bij welke gebouwen dit zijn via www.hoorwijzer.nl. Daarnaast maakt de stichting zich hard voor meer

ondertiteling van tv-programma's, bereikbaarheid van telecommunicatie en eerstehulpdiensten en (tele)tolkvoorzieningen.



Pictogram waarmee aangegeven kan worden dat er een ringleidingsysteem voor slechthorenden aanwezig is.

Voorbeeld 2

Dit voorbeeld betreft een initiatief vanuit professionals om de samenleving voor personen met communicatieve beperkingen toegankelijker te maken. Het Groninger Expertisecentrum voor Taal- en Communicatiestoornissen (GETC) heeft de Afasie Nieuwslezer ontwikkeld (Bastiaanse, Van der Sandt-Koenderman & Satoer, 2016). Dit is een online app, die actuele nieuwsteksten uit diverse kranten en van de NOS presenteert in eenvoudig leesbare en uitgesproken vorm. Op deze manier wordt het dagelijks nieuws toegankelijk gemaakt voor personen met afasie. Dergelijke nieuwslezers zijn ook beschikbaar voor mensen die laaggeletterd zijn of Nederlands als tweede taal leren.

Voorbeeld 3

Dit voorbeeld betreft een initiatief vanuit een belangenvereniging om de samenleving voor personen met communicatieve beperkingen toegankelijker te maken. De Britse vereniging voor logopedisten werkt samen met een aantal andere organisaties die betrokken zijn bij personen met communicatieve beperkingen (The MND Association, Communication Matters, The Stroke Association), aan het ontwikkelen van een symbool voor communicatieve toegankelijkheid. Dit symbool kan door een bedrijf of organisatie gebruikt worden om aan te geven dat medewerkers getraind zijn in het ondersteunen van personen met communicatieproblemen en dat ze aan bepaalde minimumeisen voldoen.

Bron: https://www.rcslt.org/news/news/2017_newsarchive/communication_access, geraadpleegd op 4 december 2017

Een samenleving die communicatief toegankelijk is, past *inclusieve communicatie* toe. Dit houdt in dat er op het gebied van informatie-uitwisseling strategieën worden ingezet om personen met communicatieve beperkingen optimaal te betrekken bij de samenleving. Talige boodschappen worden vereenvoudigd en ondersteund met gebruik van diverse modaliteiten (mondelinge en schriftelijke taal, pictogrammen, bewegende beelden et cetera.). Inclusieve communicatie komt alle personen met een communicatieve beperking ten goede, of deze beperking nu tijdelijk of blijvend, formeel gediagnostiseerd is of niet. Het is een basis voor succesvolle uitkomsten op het gebied van zelfstandigheid en deelname aan de samenleving (Money e.a., 2016).

Ik ga hier verder in op de mate waarin inclusieve communicatie in de huidige samenleving aanwezig is.

In de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz, 2003) is vastgelegd dat iedereen in Nederland gelijk behandeld moet worden. De Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO, 1994) stelt dat cliënten in de zorg recht hebben op informatie in voor hen begrijpelijke taal.

In 2016 heeft Nederland het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een beperking (het VN-verdrag 'handicap') geratificeerd. Met de ratificatie van dit verdrag verplicht de Nederlandse overheid zich om te bouwen aan een inclusieve samenleving waarin mensen met een beperking volwaardig mee kunnen doen, regie hebben over hun eigen leven, meedoen op voet van gelijkheid, niet gediscrimineerd worden en toegang hebben tot dezelfde voorzieningen en diensten als mensen zonder beperking. Openbare gelegenheden, waaronder zorginstellingen maar ook horecagelegenheden en middelen van openbaar vervoer, moeten regelen dat er niet alleen sprake is van fysieke toegankelijkheid, maar ook van toegankelijkheid van informatie, dat er sprake is van begrijpelijke communicatie en van een respectvolle manier van omgaan met elkaar, met andere woorden: openbare gelegenheden dienen communicatief toegankelijk te zijn. Het gevolg hiervan is dat personen met een communicatieve beperking op dezelfde manier kunnen deelnemen aan de samenleving als mensen zonder communicatieve beperking. Eind 2017 is geëvalueerd hoe het eerste jaar na implementatie van het VN-verdrag handicap is verlopen (College voor de Rechten van de Mens, 2017):

- Op het gebied van *toegankelijkheid* wordt gemeld dat informatievoorziening vanuit de overheid (brieven, formulieren, websites) niet voldoende toegankelijk is voor mensen met een verstandelijke, auditieve of visuele beperking. Ook geldt voor personen met een auditieve beperking dat de informatievoorziening (met name de omroepsystemen) van het openbaar vervoer te wensen overlaat. De verkiezingen blijken onvoldoende toegankelijk voor mensen met een auditieve beperking vanwege ontbrekende ondertiteling of gebarentolk bij filmpjes over partijprogramma's. Bovendien wordt gepleit voor het toestaan van hulp in het stemhokje, niet alleen bij mensen met een lichamelijke beperking, maar ook bij anderen die hun gewenste kandidaat niet op het stemformulier kunnen vinden.
- Het evaluatierapport vermeldt ook dat de uitdagingen voor mensen met een beperking in het *onderwijs* groot zijn. De implementatie van de Wet passend onderwijs (2014) geeft nog vele knelpunten. Het (passend) onderwijsaanbod verschilt per regio, bovendien hebben de scholen voor speciaal onderwijs niet allemaal dezelfde basiskwaliteit. Leerlingen kunnen daar niet altijd het diploma halen dat ze cognitief gezien wel zouden kunnen halen; meestal is havo-niveau het hoogst haalbare. Dit beperkt de toegang tot een passende vervolgopleiding. In het hoger onderwijs geldt niet de Wet passend onderwijs, maar de Wgbh/cz (2003). Ook deze stelt dat studenten met een beperking recht hebben op toegankelijke informatievoorziening. Deze toegankelijkheid scoort echter niet hoog genoeg. Er is wel aandacht voor het ondersteunen van studenten met een beperking, vaak door middel van maatwerkoplossingen. Deze garanderen echter geen algemene toegankelijkheid. Daarnaast stoppen de studiefinanciering en betaalde schrijf- en gebarentolkvoorzieningen op het

dertigste levensjaar, terwijl bij de gebruikers hiervan vaak buiten hun schuld om sprake is van studievertraging.

- De toegang tot *arbeid* kent vele regelingen en voorzieningen, zoals vergoeding voor hulpmiddelen of een tolk. Echter, een tolk gebarentaal wordt maar voor 15% van de werktijd vergoed; dit beperkt het aantal mogelijke functies. Een functie als manager, directeur of projectleider, waarbij communicatie erg belangrijk is, is niet mogelijk binnen deze regeling. Het College voor de Rechten van de Mens vraagt om een aanpassing van de regelgeving die van toepassing is op intermediaire voorzieningen. Daarnaast blijken werkgevers terughoudend in het aannemen van mensen met een beperking, vaak door een tekort aan kennis. Er wordt geadviseerd om bij het vergroten van deze kennis ook ervaringsdeskundigen in te zetten.

Er is nog geen sprake van een volledig inclusieve samenleving voor mensen met communicatieve beperkingen. De paradox hierbij is dat veel personen met communicatieve beperkingen juist vanwege hun beperking niet in staat zijn om hun stem te laten horen en hun problemen over het voetlicht te brengen; ze treden niet vaak op in het openbaar, bijvoorbeeld in een talkshow op tv, en vragen letterlijk geen aandacht voor hun problemen. Velen zijn hiervoor (mede) afhankelijk van hun omgeving (zowel naasten als professionals).

1.6 Effectief communiceren in de huidige samenleving

Alhoewel er al op verschillende manieren wordt gewerkt aan het vergroten van de communicatieve toegankelijkheid in de samenleving, valt er ook nog veel aan te verbeteren. In deze paragraaf wordt een aantal ontwikkelingen besproken, die de communicatieve toegankelijkheid in de samenleving kunnen belemmeren. Deze ontwikkelingen zal ik hieronder illustreren: de technologische vooruitgang, een exponentiële groei in snelheid en kwantiteit van informatieaanbod en de toenemende diversiteit in de samenleving.

Communicatie en technologie

Dankzij de technologische vooruitgang kunnen mensen op veel manieren met elkaar communiceren. Naast traditionele een-op-een-gesprekken is het al meer dan een eeuw mogelijk om gesprekken op afstand te voeren met gebruik van technologie: de telefoon. De komst van mobiele telefonie eind 20e eeuw bracht nieuwe mogelijkheden om bij mondelinge gesprekken afstand nog minder een rol te laten spelen; mensen waren hierdoor niet meer aan een vaste telefoonaansluiting gebonden en konden zelfs al voortbewegend gesprekken voeren. Het nadeel van het gebruik van een medium als telefoon of smartphone is de beperking in het aantal gebruikte communicatiekanalen (de gesprekspartners kunnen elkaar wel horen, maar niet zien) en bovendien kan de omgeving voor de twee gesprekspartners

verschillen (rustige kamer versus volle, rumoerige treincoupé), waardoor het afstemmen op de situatie lastiger wordt. Door snel mobiel internet is videobellen gemakkelijker geworden, hetgeen meer ondersteuning biedt door een extra communicatiekanaal (het visuele kanaal). Echter, de fysieke omgeving voor de twee gesprekspartners blijft verschillend. De huidige technologie biedt dus veel mogelijkheden voor communicatie op afstand, maar de kwaliteit van de communicatie blijft afhankelijk van de communicatieve competenties van elke individuele deelnemer aan de communicatie.

Naast de toenemende tussenkomst van technologie in directe (synchrone) mondelinge communicatie, is er ook een verandering in het gebruik van de verschillende communicatiekanalen. Hierdoor is ook asynchrone communicatie mogelijk, waarbij de gesprekspartners niet tegelijkertijd 'aanwezig' hoeven te zijn in een gesprek. Het is steeds meer gebruikelijk om schriftelijk te communiceren via e-mail, sms, WhatsApp en andere chatprogramma's. Daarnaast is ook het gebruik van foto's, pictogrammen en emoticons vanzelfsprekend onderdeel geworden van onze dagelijkse communicatie; schriftelijke boodschappen kunnen hiermee voorzien worden van emotionele lading, hetgeen soms de beperkingen van tekst wat kan verlichten; een emoticon met een knipoog kan een mogelijk kwetsende opmerking wat verzachten en aangeven dat deze niet letterlijk bedoeld is.

Er zitten veel voordelen aan deze toename van schriftelijke communicatiemogelijkheden. Allereerst spelen tijd en afstand hierbij geen rol meer; er hoeft geen 'live' afspraak gemaakt te worden tussen de gesprekspartners om informatie te kunnen uitwisselen en de ander kan antwoorden waar en wanneer het hem uitkomt. Bovendien, als iemand het moeilijk vindt om in een lopend gesprek snel pasklare antwoorden te geven of begrijpelijke zinnen te formuleren of als iemand moeite heeft om gesproken taal te verstaan of te begrijpen, geven de huidige schriftelijke communicatiemogelijkheden hem de gelegenheid om deze barrières te omzeilen. Hij kan immers meer tijd nemen om zijn boodschap goed te formuleren en hier eventueel hulp bij inschakelen zonder dat de gesprekspartner dit in de gaten heeft. Technologie zorgt op deze manier voor betere communicatieve toegankelijkheid. Echter, beperking tot schriftelijke communicatie geeft (zoals hiervoor al genoemd) een beperking in de interactiemogelijkheden, waardoor gemakkelijker misverstanden ontstaan. Gesprekspartners zijn in deze context beperkt in het herstellen van (eigen of elkaars) fouten en hebben ook minder mogelijkheden om te controleren of de boodschap is overgekomen zoals deze bedoeld is. Met name wanneer iemand een beperking heeft in lees- en schrijfvaardigheid, kunnen er veel misverstanden ontstaan; een geschreven tekst is niet zo vluchtig en gemakkelijk te herstellen als het gesproken woord.



Figuur 5: een voorbeeld van hoe misverstanden via chatten kunnen ontstaan. Bij gebrek aan niet-talige informatie, zoals bijvoorbeeld de intonatie van een gesproken boodschap kan deze sneller verkeerd opgevat worden.

Bron: www.sevendays.nl/blog/de-7-whatsapp-gesprekken-die-iedereen-voert

Een derde manier van communiceren waarbij technologie een rol speelt, is sterk in ontwikkeling: de interactie tussen mens en computer. Veel informatiesystemen maken al gebruik van kunstmatige intelligentie (of artificiële intelligentie), waarbij automatische spraakherkenning en spraaksynthese ervoor zorgen dat kunstmatige sprekers (zoals Siri of Google Assistant) vragen van gebruikers razendsnel beantwoorden met behulp van alle kennis die via internet verkrijgbaar is. Doordat dergelijke systemen ook leren van iemands dagelijkse gewoontes met betrekking tot zijn computergebruik en zoektochten naar informatie, is het betrekkelijk eenvoudig geworden om informatie op gepersonaliseerde wijze te verstrekken. Het is inmiddels zelfs mogelijk om met automatische herkenning van akoestische aspecten van spraak (duur, continuïteit, variatie in spreektoonhoogte, et cetera) kenmerken van de ziekte van Parkinson, dementie, depressie en zelfs hart- en vaatziekten op te sporen (Hlavnička e.a., 2017; König e.a., 2015; Mundt e.a., 2012; Maor e.a., 2016). Zo kan de gezondheidszorg profiteren van kunstmatige intelligentie om, onder andere, de accuratesse van diagnostiek te vergroten.

Computers helpen onderzoekers in taalkundig onderzoek via bijvoorbeeld automatische gegevensverzameling en verwerking van alle dagelijkse taalcomponenten die een persoon uitwisselt (bijvoorbeeld met het apparaat LENA: Language Environment Analysis; Richards e.a., 2017). Alhoewel dit proces nog niet

altijd vlekkeloos verloopt (Van Alphen, Meester & Dirks, 2017), zullen dergelijke technologische ontwikkelingen ervoor zorgen dat ook het onderzoek naar intermenselijke communicatie van deze mogelijkheden profiteert en daarmee het aantal mogelijkheden om deze communicatie te optimaliseren vergroot.

Op dit moment geldt dat toepassingen van kunstmatige intelligentie kunnen helpen bij de transactie in de communicatie (geautomatiseerde informatieoverdracht en registratie van verbale transacties), maar dat de mogelijkheden voor automatisering in de interactie nog beperkt zijn. Alhoewel het al mogelijk is dat mensen een emotionele band opbouwen met robots, zijn de robots op hun beurt nog beperkt in hun emotionele intelligentie. Volgens de voorspellingen gaan de ontwikkelingen echter nu zo razendsnel, dat de technologie van kunstmatige intelligentie rond 2030 in staat is om naast verbale informatie ook non-verbale informatie te herkennen en interpreteren (Kromme, 2017).

Mensen communiceren steeds meer en sneller

Er is, mede door de hierboven beschreven technologische ontwikkelingen, een *exponentiële groei in snelheid en kwantiteit van informatieaanbod*. Deze informatie-overload vraagt veel van het vermogen om relevante informatie te kunnen selecteren. Mensen moeten steeds efficiënter leren omgaan met de informatie die ze geven en ontvangen, om zich te kunnen handhaven in deze snel veranderende maatschappij. Dit geldt niet alleen voor (toekomstige) professionals, maar ook voor burgers. In steeds grotere mate wordt van hen verwacht dat ze vaardigheden ontwikkelen om de eigen regie te kunnen voeren over hun gezondheid. In het adviesrapport met betrekking tot de herinrichting van de opleiding van zorgprofessionals (Van Vliet e.a., 2016) wordt hier expliciet aandacht voor gevraagd; de nieuwe visie op eigen regie van de burger vraagt onder andere om investering in een toegankelijke zorgomgeving en implementatie van een leerlijn gezondheidsvaardigheden in het primair en voortgezet onderwijs. Ook in het onderwijs zelf is aandacht voor het leren omgaan met de toenemende informatie-overload; hier spreekt men onder meer over de zogenaamde '21st century skills' (Thijs, Fisser & Van der Hoeven, 2014). De overheid vraagt scholen om meer aandacht te besteden aan het verwerken van kerndoelen met betrekking tot de 21st century skills in het curriculum. Communiceren wordt benoemd als een van deze skills. Hierbij gaat het om het *'effectief en efficiënt een boodschap overbrengen en ontvangen, waarbij onder andere doelgerichtheid, het hanteren van diverse gesprekstechnieken en van diverse communicatiemiddelen centraal staan'* (Thijs e.a., 2014, p. 33). Door communiceren op deze manier als kerndoel in het onderwijs te verwerken, wordt het belang ervan onderstreept. Voor leerlingen met verminderde communicatieve vaardigheden zou dit kunnen betekenen dat al vroegtijdig ontdekt wordt dat er behoefte is aan ondersteuning in de ontwikkeling hiervan. Extra onderwijsondersteuning kan leiden tot betere ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden en vervolgens in een later stadium gezondheidsproblemen helpen voorkomen. Zie figuur 6 voor een overzicht van de 21st century skills.



Bron: overgenomen met toestemming van Stichting Leerplan Ontwikkeling en Kennisnet, van <http://curriculumvandetoekomst.slo.nl/21e-eeuwse-vaardigheden/>

Communiceren in een diverse samenleving

Door de grotere mobiliteit, de vervagende grenzen en de toenemende stroom migranten neemt de diversiteit in de samenleving toe. De bevolkingsgroei in Nederland wordt grotendeels bepaald door een toenemend aantal migranten; in de eerste drie kwartalen van 2017 waren dit er zo'n 66.000 (CBS, 2017). In Rotterdam is deze groei sterker; met name het aantal migranten uit Midden- en Oost-Europa neemt met zo'n duizend mensen per jaar toe (CINOP, 2015). Voor een volwaardige deelname aan de Nederlandse samenleving is een zekere beheersing van de Nederlandse taal noodzakelijk. Voor het behalen van de inburgeringscursus is een minimum-taalniveau nodig (A2 basisgebruiker; zie ook tabel 3); dit basisoniveau is echter niet genoeg voor volwaardige deelname. Om bijvoorbeeld een hbo-opleiding te kunnen volgen, is niveau B2 minimaal nodig.

Tabel 3 Europees Referentiekader Talen, niveaubeschrijving 'gesprekken voeren'

Beheersingsniveau	
Niveau A1	Ik kan deelnemen aan een eenvoudig gesprek, wanneer de gesprekspartner bereid is om zaken in een langzamer spreektempo te herhalen of opnieuw te formuleren en mij helpt bij het formuleren van wat ik probeer te zeggen. Ik kan eenvoudige vragen stellen en beantwoorden die een directe behoefte of zeer vertrouwde onderwerpen betreffen.
Niveau A2	Ik kan communiceren over eenvoudige en alledaagse taken die een eenvoudige en directe uitwisseling van informatie over vertrouwde onderwerpen en activiteiten betreffen. Ik kan zeer korte sociale gesprekken aan, alhoewel ik gewoonlijk niet voldoende begrijp om het gesprek zelfstandig gaande te houden.
Niveau B1	Ik kan de meeste situaties aan die zich kunnen voordoen tijdens een reis in het gebied waar de betreffende taal wordt gesproken. Ik kan onvoorbereid deelnemen aan een gesprek over onderwerpen die vertrouwd zijn, of mijn persoonlijke belangstelling hebben of die betrekking hebben op het dagelijks leven (bijvoorbeeld familie, vrijetijdsbesteding, werk, reizen, en actuele gebeurtenissen).
Niveau B2	Ik kan zodanig deelnemen aan een vloeiend en spontaan gesprek, dat normale uitwisseling met moedertaalsprekers redelijk mogelijk is. Ik kan binnen een vertrouwde context actief deelnemen aan een discussie en hierin mijn standpunten uitleggen en ondersteunen.
Niveau C1	Ik kan mezelf vloeiend en spontaan uitdrukken zonder merkbaar naar uitdrukkingen te hoeven zoeken. Ik kan de taal flexibel en effectief gebruiken voor sociale en professionele doeleinden. Ik kan ideeën en meningen met precisie formuleren en mijn bijdrage vaardig aan die van andere sprekers relateren.
Niveau C2	Ik kan zonder moeite deelnemen aan welk gesprek of discussie dan ook en ben zeer vertrouwd met idiomatische uitdrukkingen en spreektaal. Ik kan mezelf vloeiend uitdrukken en de fijnere betekenisnuances precies weergeven. Als ik een probleem tegenkom, kan ik mezelf hernemen en mijn betoog zo herstructureren dat andere mensen het nauwelijks merken.

Bron: <http://www.erk.nl/docent/niveaubeschrijvingen>

Het niet of onvoldoende beheersen van de taal belemmert de toegang tot informatie in de samenleving en hiermee dus de participatie. Er is dan ook een grote vraag naar taalonderwijs voor het leren van Nederlands als tweede taal (NT2). Ook is er een groot en divers aanbod in taalcursussen. Het resultaat is dat het veel migranten lukt om het Nederlands op een behoorlijk niveau te beheersen en volwaardig te participeren, maar dit geldt niet voor iedereen. Vooral onder niet-Westerse eerste-generatiemigranten, die 28% van de bevolking in Rotterdam vormen, is het percentage laaggeletterdheid in de Nederlandse taal hoog (CINOP, 2015).

Naast taalvaardigheid speelt ook de uitspraak van het Nederlands een belangrijke rol om als volwaardig gesprekspartner te worden beschouwd. Er is, vanwege toenemende mobiliteit, een toenemende vermenging van het Standaardnederlands met regionale accenten. Door de toenemende diversiteit aan taalachtergronden neemt ook vermenging met accenten van niet-moedertaalsprekers toe. Dit gaat niet gelijk op met een toenemende acceptatie ervan (Grondelaers e.a., 2015). Een streektaal- of moedertaalgebonden accent (bijvoorbeeld de 'zachte g' of een klinkerachtige 'r') verradt vaak wat iemands afkomst is. Naast het feit dat het moeilijk is om de uitspraak na de kinderleeftijd aan te passen en 'accentloos' te laten klinken (Best e.a., 1995), gaat een accent vaak ook gepaard met ook een gevoel van identiteit en/of trots, wat loslaten moeilijker maakt. De spreker wil dit accent soms ook bewust niet loslaten, omdat dat het gevoel kan geven dat hij zijn afkomst (en identiteit) hiermee verloochent. Echter, zelfs een licht accent kan al reden zijn voor discriminatie, met name in de omgeving van personen voor wie dit accent als 'vreemd' overkomt. Zo zeggen mensen meer 'last' te hebben van hun accent naarmate hun geboortestreek verder van de Randstad af ligt, met name Limburgers ervaren dit (De Smit, 2017). Deze 'last' bestaat uit het gevoel dat de identiteit wordt aangetast en lijkt zelfs gemeten te kunnen worden in hoogte van het salaris (Yao & Van Ours, 2016).

Naast streektaalgebonden accenten vormen ook moedertaalgebonden accenten bodem voor vooroordelen over sprekers; zo worden sprekers met een Marokkaans accent in de studie van Grondelaers e.a. (2015) een lagere status toegedicht en wordt hun spraak als minder aantrekkelijk beschouwd door Nederlandse moedertaalsprekers. In het lopend onderzoek 'Sprekend Nederland' worden de vooroordelen rondom accenten in Nederland verder onderzocht om erachter te komen hoe deze ontstaan (NWO, 2015; de Kennis van Nu, 2017). De bevindingen hieruit kunnen mogelijk informatie geven over hoe ongewenste ontwikkelingen beïnvloed kunnen worden.

Cornips en Van den Heuij (2015) constateren dat er ook een dergelijk verschil in oordeel bestaat betreffende meertaligheid: het wordt als een groter goed gezien als iemand naast Nederlands ook Engels of Frans spreekt, dan wanneer de tweede taal een dialect is (bijvoorbeeld Limburgs). Inmiddels is echter onomstotelijk bewezen dat het beheersen van meerdere talen, ongeacht de talen in kwestie, positieve gevolgen heeft voor zowel het ontwikkelen van cognitieve vaardigheden als het voorkomen van achteruitgang ervan op latere leeftijd (zie onder andere Bialystok, 2011).

Het bovenstaande leidt tot een aantal zorgen rondom communicatie en participatie bij meertaligheid: naast het belang van taal- en uitspraakverbetering voor betere kansen op participatie in de samenleving, zou verandering in de attitude van de gesprekspartner de communicatie ook kunnen bevorderen.

Hierbij hoort een grotere acceptatie van meertaligheid en uitspraakvariatie. Een van de manieren om dat te bereiken is het stimuleren van de vroege meertalige ontwikkeling, door jonge ouders voor te lichten over de voordelen van meertaligheid en de manier waarop het verwerven van meerdere talen tegelijkertijd op natuurlijke wijze kan plaatsvinden. Bij schoolgaande kinderen speelt de school hierin een belangrijke rol. In het voorjaar van 2017 heeft het Lectoreninitiatief Professionalisering Taalonderwijs Nieuwkomers (LPTN) een handreiking voor leerkrachten gepubliceerd waarin het belang van de moedertaal van migranten als basis voor het schoolse (taal)leren wordt benadrukt. Hiermee is de opvatting 'op school spreken we Nederlands' ontkracht en wordt de acceptatie van meertaligheid (hopelijk) verhoogd.

Zorg voor communicatie is zorg voor participatie

Een logopedist is expert in het bieden van zorg voor communicatie. Zorg voor communicatie gaat verder dan alleen zorg voor het individu. Logopedisten hebben hier steeds meer aandacht voor, maar missen ook mogelijkheden om participatie-gerichte zorg te kunnen bieden. Door ontwikkeling van nieuwe interventies, in samenwerking met meerdere partijen (dagelijkse gesprekspartners, zorgprofessionals, andere dienstverleners, overheid), zou de zorg voor communicatie kunnen uitbreiden naar de gehele samenleving.

2.1 Rol van de logopedist

De logopedist is deskundig in het bieden van zorg voor communicatie. Logopedie richt zich op het optimaliseren van de communicatieve competenties van gesprekspartners. Hierbij worden zowel sprekers met communicatieve beperkingen als hun naasten bedoeld. Daarnaast behoort ook het bieden van zorg rondom eten en drinken tot de expertise van de logopedist. Eten en drinken is een basisbehoefte, maar ook een belangrijke sociale activiteit. De primaire mondfuncties, benodigd voor het spreken, zijn dezelfde als die voor het eten, drinken en slikken. Het lectoraat Zorg voor Communicatie richt zich in zijn onderzoeksprogramma niet zozeer op eten, drinken en slikken, maar vooral op de expertise en de rol van de logopedist betreffende communicatieproblemen, waarbij communicatieve toegankelijkheid van gesprekspartners en de fysieke omgeving centraal staan.

De *activiteiten* die onder de 'zorg' van de logopedist vallen, zijn diagnostiek en behandeling, maar ook voorlichting, preventie, coaching en praktijkgericht onderzoek (NVLF, 2013).

De *onderwerpen* van 'zorg' betreffen enerzijds de elementen die een rol spelen bij het communiceren, zoals stemgeven, articuleren, horen en beheersen van taal; een stoornis in deze functies kan immers leiden tot een beperking in het

communiceren. Anderzijds richt de logopedie zich op het communiceren zelf: het kunnen participeren, gekoppeld aan de sociale en fysieke ondersteuning die de omgeving kan bieden aan personen die uitdagingen ervaren in het (zie ook p.25) communiceren (NVLF, 2013; Berns & Brondijk, 2014). In het licht van het ICF-model betekent dit dat de logopedist enerzijds zorg biedt op het domein van functies en anatomische eigenschappen en activiteiten (meer stoornisgericht) en anderzijds op het domein van participatie en omgevingsfactoren (meer participatiegericht).

Er zijn naar schatting achtduizend logopedisten in Nederland (De Ridder, 2017). Werkgebieden van de logopedist zijn: preventieve logopedie (jeugdgezondheidszorg), (speciaal) onderwijs, eerstelijnszorg (logopediepraktijk) en intramurale gezondheidszorg. In deze genoemde werkgebieden werkt de logopedist meestal op verwijzing van een onderwijsprofessional of arts. Overige werkgebieden, waarbij geen medische verwijzing plaatsvindt, zijn bijvoorbeeld hbo-opleidingen, muziek- en theaterwereld en training- en adviesbureaus (NVLF, 2013). Volgens de kengetallen van de beroepsvereniging werkt 28% van de logopedisten in twee verschillende werkgebieden (zie ook tabel 4). Het grootste werkgebied is de eerstelijnslogopediepraktijk (55-60%), daarna volgen de intramurale gezondheidszorg (12-25%) en het onderwijs (11-28%).

Tabel 4 Verdeling leden NVLF over de werkgebieden van de logopedie

Werkveld	Leden	%	met een 2e werkveld	totaal
onderwijs	533	11%	375	908
gezondheidszorg	1.222	25%	160	1.382
1e lijn	2.635	55%	811	3.447
onbekend/geen	403	8%	-	403
totaal	4.793	100%	1.346	6.140

Bron: De Ridder, 2017

2.2 Opleiding tot logopedist

In het studiejaar 2017-2018 bestaan er acht verschillende opleidingen Logopedie, die volgens een gezamenlijk opleidingsprofiel (Lindenberg e.a., 2017; www.opleidinglogopedie.nl) opleiden tot een 'bachelor of science'-titel. Met dit bachelor- of science-diploma kan een startend logopedist als allround opgeleid professional in principe in alle werkgebieden aan de slag.

Net als in de hele gezondheidszorg is ook binnen de beroepsgroep logopedie discussie gaande rondom de zorgprofessional van de toekomst en de verhouding tussen generalistische en specialistische competenties. Mede door de roep vanuit het werkveld om specialisatiemogelijkheden (Den Boer & Frietman, 2016) is de beroepsvereniging NVLF in het najaar van 2017 een project gestart, in samenwerking met het landelijk Studierichtingleiders Overleg Logopedie (SRO-L) om de mogelijkheden voor specialisaties te onderzoeken. In de toekomst zal er in de gezondheidszorg vraag zijn naar de zogenaamde 'T-shaped professionals', waar de horizontale streep van de T staat voor generalistische competenties van (alle) zorgprofessionals en de verticale streep voor specifieke kennis, vaardigheden, ervaring en competenties van de individuele zorgprofessional. Een T-shaped professional is hiermee een generalist-specialist die kennis heeft van meerdere domeinen en die over de eigen vakgrenzen heen kijkt (Vereniging Hogescholen, 2015). Het huidige landelijk opleidingsprofiel voor logopedisten is reeds gericht op het opleiden van T-shaped logopedisten. Wat betreft specialisatie zijn er echter meerdere typen specialisaties te noemen. SRO-L en NVLF noemen drie typen logopedisten:

- De allround logopedist, al dan niet met een specifiek aandachtsgebied;
- De gespecialiseerde logopedist op post-HBO niveau;
- De logopedisch-specialist op masterniveau.

Een beslissing over eventuele erkende specialisaties in de logopedie moet nog worden genomen.

Begin 2017 is het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland gepresenteerd (Lindenberg, Berns & Günther). Hierin zijn recente trends en ontwikkelingen in de gezondheidszorg en in het beroep verwerkt, zodat de opleidingen Logopedie handvatten hebben om hun curriculum toekomstbestendig te maken. In het Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland staan zeven rollen beschreven aan de hand van het CanMEDS-model (zie figuur 7). Dit model heeft de vorm van een bloem. In de bladen van de bloem staan alle rollen van de logopedist. De logopedist als expert vormt de centrale rol, het hart van de bloem. In deze rol integreert de logopedist de andere rollen tijdens het toepassen van zijn logopedische kennis, vaardigheden en professionele waarden bij het bieden van hoogkwalitatieve en veilige patiëntgerichte zorg.



Bron: met toestemming overgenomen van www.opleidinglogopedie.nl

Het concept van positieve gezondheid (Huber e.a., 2011) dat ik heb beschreven in paragraaf 1.3, maar ook de daarmee samenhangende voorgestelde wijzigingen in de beroepsstructuur en aanpassingen binnen opleidingen (Kaljouw & Van Vliet, 2015; Van Vliet e.a., 2016) zorgen voor meer nadruk op het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger, in plaats van het centraal stellen van zijn ziekte of aandoening. Zelfredzaamheid komt (nog meer) centraal te staan, ook op het gebied van communicatie (zie ook de eerdere definitie van communicatieve (zelf)redzaamheid in paragraaf 1.3). Voor de logopedist betekent dit dat van hem in toenemende mate een adviserende en coachende aanpak gevraagd wordt (Lindenberg e.a., 2017).

Ook bepaalt de Wet op de maatschappelijke ondersteuning (WMO, 2015) dat voor een optimale participatie in de samenleving zoveel mogelijk oplossingen gevonden moeten worden binnen het eigen systeem⁴ van de cliënt. Voor logopedisten betekent dit dat het optimaliseren van de communicatieve competenties van de betrokkenen rondom de cliënt een belangrijk middel is om diens communicatieve (zelf)redzaamheid te optimaliseren. Voorbeelden van logopedische activiteiten gericht op het cliëntsysteem zijn het adviseren en trainen van communicatiepartners, zoals rondom personen met afasie (hun partners en hun zorgprofessionals) of rondom kinderen met taalontwikkelingsstoornissen (hun ouders en hun leerkrachten).

De opleiding Logopedie van Hogeschool Rotterdam wil vanuit haar visie op de logopedist van de toekomst de nadruk leggen op de rollen 'ondernemer' en 'gezondheidscoach' (zie ook de kadertekst).

4

Met 'systeem' wordt bedoeld: betrokkenen van de cliënt, zoals partner, familieleden, mantelzorgers, wettelijk vertegenwoordigers, werkgever en leerkracht(en)

Visie van HR-opleiding Logopedie op 'de logopedist van de toekomst' (2016)

De logopedist van de toekomst is kritisch en ondernemend. De logopedist begeleidt en faciliteert vanuit de (maatschappelijke) context een goede communicatie en een goed eet- en drinkproces. Hierbij staat de cliënt en zijn zelfmanagement centraal. De logopedist profileert zich vanuit zijn/haar specialisatie op vakgebied- of rolniveau, interprofessioneel, binnen netwerken, ketens en de maatschappij. Het doel van de logopedische begeleiding is de cliënt te begeleiden naar deelname aan het dagelijks leven binnen zijn mogelijkheden. De logopedist is zich bewust van zijn eigen normen en waarden en die van de cliënt en handelt daarnaar.

Het lectoraat Zorg voor Communicatie ondersteunt de visie van de opleiding Logopedie van Hogeschool Rotterdam door de logopedist als gezondheidscoach, werkend met het cliëntsysteem, meer mogelijkheden tot invulling te bieden: nieuwe interventies worden ontwikkeld en bestaande interventies worden beter onderbouwd. De rol van ondernemer wordt nadrukkelijk gestimuleerd door studenten met een innovatief idee voor een logopedische dienst of product te faciliteren in de uitwerking ervan (zie ook de kadertekst in hoofdstuk 8 Onderwijs).

Andere rollen krijgen, net als de rol van ondernemer, aandacht door de manier van werken van het lectoraat Zorg voor Communicatie:

- interprofessioneel werken in praktijkgericht onderzoek (rol 'samenwerker');
- betrekken van zowel studenten als professionals in praktijkgericht onderzoek (rol 'innovator');
- bevorderen van kritisch oordelen en evidence-based werken (rol 'professional').

2.3 Participatiegerichte zorg voor communicatie door de logopedist

Naast het inoefenen van nieuwe gewoonten (zoals een verbeterde zinsbouw of articulatie, een aangepaste stemtechniek of een verbeterd vermogen om spraak te kunnen verstaan) en dus het trainen van functies of activiteiten, kijkt de logopedist ook verder dan de stoornis. Hij besteedt veel aandacht aan het verduurzamen van de veranderingen in de dagelijkse communicatie via coaching, zowel van de cliënt zelf als van zijn omgeving. Immers, ook veranderingen aan de kant van de gesprekspartner en de gesprekssituatie kunnen de communicatieve redzaamheid vergroten. Dalemans (2009) beschrijft de verschuiving van de historische rol van de logopedist als therapeut naar de rol van facilitator als een gevolg van veranderingen in de organisatie van zorg, maar ook van toenemende aandacht voor de wensen van de cliënt.

De huidige, gewenste rol richt zich meer op coaching als middel om communicatie in het dagelijks leven te bevorderen, in een natuurlijke setting. Niet alleen de persoon met de beperking, maar zijn gehele omgeving is hiermee de ontvanger van diensten van de logopedist. Deze kijkt naar een juiste balans tussen het optimaliseren van de communicatieve functies en compenseren waar de functies beperkt zijn. Het behandelen in de alledaagse communicatieve situaties wordt ook wel participatiegericht behandelen genoemd (Eadie, 2006; Dalemans, 2009; Torrence e.a., 2016). Participatiegerichte zorg krijgt in de logopedie toenemende aandacht en wordt in het algemeen als belangrijk beschouwd. Uit een onderzoek onder 66 Amerikaanse logopedisten is gebleken dat de participatiegerichte benaderingswijze belangrijk wordt gevonden, maar dat er nog veel belemmeringen zijn om deze goed toe te kunnen passen (Torrence e.a., 2016). Inventariserend onderzoek door het lectoraat Zorg voor Communicatie bevestigde dit voor de Nederlandse situatie (zie de kadertekst).

Onderzoek van lectoraat Zorg voor Communicatie ter inventarisatie van participatiegericht behandelen door Nederlandse logopedisten

Om beter zicht te krijgen op de huidige belemmerende en bevorderende factoren in participatiegerichte logopedie in Nederland, is in de periode van februari tot juni 2017 een inventarisatie gedaan onder logopedisten. Deze inventarisatie bestond enerzijds uit een enquête, anderzijds uit kwalitatieve interviews. Hieraan hebben zestien student-onderzoekers van de opleiding Logopedie meegewerkt (Büttgen e.a., 2017; Hodeige e.a., 2017).

In de enquête werd, naar analogie van de survey van Torrence e.a. (2016), gebruikgemaakt van casuïstiek om de logopedist te kunnen bevragen naar gewoontes in het formuleren van behandeldoelen op de korte termijn en de lange termijn. Ook werd gevraagd naar de aandacht voor communicatieve participatie in de logopedische behandeling en naar de belemmerende en bevorderende factoren hierbij.

In de kwalitatieve interviews, uitgevoerd bij een andere groep logopedisten, werden wederom de vragen gesteld over belang en beïnvloedende factoren bij participatiegericht behandelen, maar in dit geval kon er worden doorgevraagd. Tevens werd gevraagd naar veel gebruikte interventies en meetinstrumenten die het participatiegericht werken ondersteunen en naar de behoefte aan nieuw te ontwikkelen interventies en meetinstrumenten.

In totaal hebben 25 logopedisten de enquête volledig ingevuld en zijn er 12 logopedisten geïnterviewd. De meeste werkgebieden van de logopedie waren hierbij vertegenwoordigd: eerstelijnszorg (vrij gevestigd), tweedelijnszorg (ziekenhuis, revalidatiecentrum, verpleeghuis) en onderwijs (waaronder ook ambulante begeleiding).

Bron: Büttgen e.a., 2017; Hodeige e.a., 2017

Het lectoraat Zorg voor Communicatie zet zich in voor het bevorderen en zichtbaar maken van het participatiegericht (be)handelen door logopedisten. In tegenstelling tot andere onderzoeksprogramma's, die veelal gericht zijn op doelgroepen of stoornisgebieden binnen de logopedie (bijvoorbeeld slikstoornissen, taalontwikkelingsstoornissen, afasie), richt het lectoraat zich op het professioneel handelen van de logopedist en het onderbouwen van de interventies die hij toepast in het participatiegericht (be)handelen. Hiermee wordt aangesloten op het nieuwe landelijke opleidingsprofiel en de hieruit volgende behoefte aan vernieuwingen in het curriculum van de opleiding Logopedie. De Rotterdamse kleur wordt hierbij gegeven door aan te sluiten op regionale vraagstukken betreffende zorg voor communicatie en nauwe samenwerking met de beroepspraktijk in de regio Rotterdam. Deze beroepspraktijk bestaat uit logopedisten, maar ook uit samenwerkingspartners: onderwijsprofessionals, professionals uit de (jeugd)gezondheidszorg en de overheid, zoals de gemeente Rotterdam.

2.4 Behoefte aan verbetering van participatiegerichte zorg voor communicatie

In het methodisch logopedisch handelen (MLH) werkt de logopedist systematisch van het inventariseren van de hulpvraag, via het opstellen van behandeldoelen, naar uiteindelijk het evalueren van deze doelen en het afsluiten van de behandeling. Een einddoel (of langetermijndoel) is meestal gericht op het participatieniveau: optimale zelfredzaamheid in één of meerdere communicatieve situaties in het dagelijks leven. In het logopedisch behandelplan wordt met tussendoelen (kortetermijndoelen) in stapjes gewerkt naar het behalen van het einddoel. Niet al deze tussendoelen zijn gericht op het participatieniveau, aangezien er ook vaak gewerkt wordt aan specifieke functies en activiteiten als voorwaarde voor het kunnen toepassen van het geleerde in een communicatieve situatie. Het publiek heeft nog maar al te vaak het beeld van 'de mevrouw met wie je zit te oefenen voor een spiegel, in het kamertje achteraf' in plaats van de professional die, na(ast) het gericht oefenen van afzonderlijke spreek-, taal- en luistervaardigheden, samen met de cliënt en zijn betrokkenen lastige communicatieve situaties vaststelt, opzoekt en aanpast, om deze te kunnen optimaliseren. Dit laatste beeld is een meer waarheidsgetrouw beeld van de doelen waarop een logopedische behandeling uiteindelijk gericht is.



Op de foto links is een logopedist te zien in de meer traditionele, individuele setting, waarbij spraak getraind wordt. Op de foto rechts bevindt de logopedist zich in een dagelijkse communicatieve situatie, waarbij ze zich richt op de ondersteuning van een professional, zodat de zorg voor communicatie ook zonder aanwezigheid van de logopedist kan plaatsvinden.

Voorbeelden van therapieactiviteiten waarbij participatiegericht wordt gewerkt, zijn activiteiten met de cliënt in dagelijkse communicatieve situaties en activiteiten gericht op de sociale omgeving (gesprekspartners). Zie tabel 5 voor voorbeelden die logopedisten in het onderzoek hebben genoemd bij de casuïstiek over een cliënt met afasie of een cliënt met een taalontwikkelingsstoornis.

Tabel 5 Participatiegerichte therapie-activiteiten

	Casus afasie	Casus taalontwikkelingsstoornis
Gericht op communicatieve zelfredzaamheid	- Motivational Interviewing over dagelijkse communicatie - Samen communicatiestrategieën oefenen in diverse situaties (telefoongesprek, samen naar het werk)	- Inhoudelijk (bijvoorbeeld woordenschat) aansluiten bij thema's op school of gebeurtenissen thuis - Gebruiken van spelsituaties - Strategieën (tekenen, woordvinding, leren vragen) in dagelijkse situaties laten toepassen
Gericht op de sociale omgeving	- Kaartje met communicatieadvies meegeven voor huisarts - Voorlichten van familie - Coachen van partner	- Voorlichten van ouders - Coachen van ouders

Bron: Hodeige, Jansma, Klarhamer, Valster en Zwinkels, 2017

Het blijkt voor de gemiddelde logopedist geen gemakkelijke opgave om participatiegericht te werken. Dit heeft niet zozeer te maken met zijn competenties, zoals kunnen samenwerken met andere partijen uit het cliëntsysteem, maar eerder met organisatorische en financiële aspecten. Met name logopedisten die in een vrije vestiging werken, geven aan dat behandelingen buitenshuis (in een dagelijkse communicatieve situatie, zoals op school) niet vergoed worden door de zorgverzekeraar. Ook kost het betrekken van de omgeving vaak meer tijd (en dus geld) dan er beschikbaar is. Logopedisten in instellingen, bijvoorbeeld in de ambulante dienstverlening (ten behoeve van passend onderwijs), krijgen deze behandeltijd wel vergoed en ervaren deze werkwijze als een belangrijke bevorderende factor voor behandelsucces.

Specifieke interventies voor participatiegericht behandelen zijn schaars. De ondervraagde logopedisten gaven aan hier behoefte aan te hebben, met name aan meetinstrumenten om de resultaten van de behandeling te kunnen aantonen. Het lectoraat Zorg voor Communicatie wil in deze behoefte voorzien. Daarnaast is het van belang om aandacht te besteden aan implementatie van participatiegerichte interventies, waarbij gekeken wordt naar het weghalen van belemmerende organisatorische en financiële aspecten.

Bij participatiegericht werken hoort niet alleen een focus op de individuele persoon met communicatieve beperkingen, maar ook aandacht voor diens gehele omgeving, ongeacht de aard van het communicatieve probleem. Dat houdt dus in dat er bij de persoon met afasie aandacht is voor de personen in zijn thuissituatie, maar ook voor de betrokken zorgprofessionals. En bij het kind dat stottert betekent dit dat er aandacht is voor zijn ouders, maar ook voor zijn leerkracht en voetbaltrainer. En trek ik dit nog verder door, dan kom ik op het vergroten van de communicatieve toegankelijkheid van de gehele samenleving. De expertise van de logopedist op het gebied van de ondersteuning van een individuele persoon met communicatieve beperkingen en diens sociale en fysieke omgeving is ook te gebruiken op andere niveaus, zoals binnen een organisatie en binnen de gehele samenleving (Money e.a., 2016). Het lectoraat Zorg voor Communicatie streeft ernaar dat deze expertise ook op deze andere niveaus, waar mogelijk, gaat worden benut. Dit zal bijdragen aan het verbeteren van gezondheidsvaardigheden en persoonsgerichte zorg en meer gelijkheid van zorg.

*M'n brein spelt
alles prima maar
m'n spraak dwaalt
in de woordenbrei
Ik kom heus wel
Uit m'n woorden
maar m'n woorden
niet uit mij*

*Derek Otte
(stadsdichter van Rotterdam)*

Deel II:

Onderzoeksthema's van het lectoraat Zorg voor Communicatie

Naar aanleiding van recente ontwikkelingen in de samenleving, de gezondheidszorg en het onderwijs zoals ik heb beschreven in deel I, voert het lectoraat Zorg voor Communicatie een aantal onderzoeks- en ontwikkelprojecten uit.

De onderwerpen zijn gelinkt aan de volgende vier onderzoeksthema's:

- 1 Taal & Gehoor (hoofdstuk 4);
- 2 Meer Taligheid (hoofdstuk 5);
- 3 Evidence-based logopedie (hoofdstuk 6);
- 4 De logopedist als gezondheidscoach (hoofdstuk 7).

De eerste twee thema's zijn gebaseerd op vakinhoudelijke onderwerpen en hebben als doel om de zorg voor communicatie in de deelgebieden taal, gehoor, meertaligheid en laaggeletterdheid te optimaliseren. Het derde en vierde thema zijn gericht op het versterken van competenties van (aankomende) professionals. Nagenoeg alle projecten kunnen worden gelinkt aan één inhoudelijk thema en één competentiegericht thema. Daarnaast zijn alle thema's ook te linken aan bestaande onderwijsactiviteiten, al dan niet in samenwerking met externe partners.

Taal & Gehoor

De relatie tussen taal⁵ en gehoor is logisch en tegelijkertijd complex. Op het eerste gezicht lijkt het volkomen logisch dat een goed functionerend gehoor een voorwaarde is voor een goede taalverwerving. Is er sprake van een gehoorbeperking, dan is de taal minder goed toegankelijk, verloopt de verwerving ervan anders (langzamer, moeilijker) en is het eindniveau mogelijk niet optimaal. Uit diverse studies blijkt dan ook dat dove, maar ook slechthorende kinderen moeite hebben (en vaak houden) met taalbegrip en taalproductie, zowel in gesproken als in geschreven taal (Huysmans, 2016; Hansson, Sahlén & Mäki-Torkko, 2007; Briscoe, Bishop & Norbury, 2001). Door vroegtijdige signalering van gehoorverlies, professionele begeleiding en betere technologische ondersteuning (waaronder met het cochleair implantaat⁶) bereiken kinderen met gehoorbeperkingen gemiddeld hogere niveaus van taalvaardigheid dan voorheen (Svirsky, e.a., 2000; Nicholas & Geers, 2007). Hierdoor zijn steeds meer personen met gehoorbeperkingen in staat om volwaardig in de samenleving te participeren. Ook gaan grotere aantallen jongeren met gehoorbeperkingen studeren aan een hbo-instelling of universiteit. Het hoger onderwijs blijkt hier echter niet altijd op ingesteld te zijn, zowel wat betreft de docenten als wat betreft de fysieke omgeving (akoestiek) (Sanders, 2017). Erger nog, zelfs studenten zonder gehoorbeperkingen ervaren soms problemen in het verstaan van hun docenten of medestudenten (Van den Heuij, Neijenhuis & Coene, 2017). Om de rol van taalvaardigheid en akoestiek in relatie tot studiesucces te onderzoeken en hiermee de toegankelijkheid van het hoger onderwijs te kunnen verbeteren, is het promotieonderzoek 'Jongeren met een gehoorbeperking: welkom in het Hoger Onderwijs!' opgezet (zie de kadertekst).

5 Met 'taal' wordt in dit verband telkens gesproken taal bedoeld, niet gebarentaal.

6 Een cochleair implantaat (CI) is een elektronisch medisch apparaat dat de functies van het beschadigde binnenoor (slakkenhuis) vervangt, zodat iemand met ernstige slechthorendheid of doofheid de mogelijkheid heeft om weer iets te horen.

Project in uitvoering 'Jongeren met een gehoorbeperking: welkom in het Hoger Onderwijs!'

Het promotieonderzoek 'Jongeren met een gehoorbeperking: welkom in het Hoger Onderwijs!' richt zich op jongeren met een gehoorbeperking (gehoorimplantaat- of hoortoesteldragers) en bekijkt welke voorzieningen er binnen het hoger onderwijs getroffen moeten worden om deze jongeren deel te laten nemen aan het hoger onderwijs. Het doel is om de ervaringen, behoeften en (taal)vaardigheden van jongeren met een gehoorbeperking in kaart te brengen en te analyseren, zodat er adviezen kunnen worden geformuleerd voor een toegankelijk hoger onderwijs voor deze groep.

Dit gebeurt door antwoorden te zoeken op de volgende vragen:

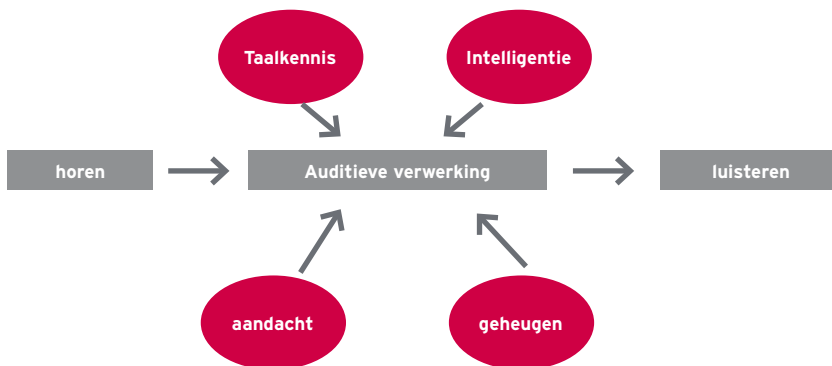
- a Wat zijn de (studie- en onderwijs)ervaringen van jongeren met een gehoorbeperking, zowel binnen als buiten het hoger onderwijs?*
- b Hoe beïnvloedt de akoestische omgeving van diverse onderwijssituaties in het hoger onderwijs de toegankelijkheid van het onderwijs voor jongeren met een gehoorbeperking?*
- c Hoe presteren jongeren met een gehoorbeperking, zowel binnen als buiten het hoger onderwijs, op testen die de taalvaardigheid Nederlands en Engels meten?*
- d Hoe succesvol presteren jongeren met een gehoorbeperking in het hoger onderwijs kijkend naar hun studieresultaten, -duur en -rendement?*

Dit project is een samenwerkingsverband tussen Hogeschool Rotterdam, het Language and Hearing Center Amsterdam (VU Amsterdam en Vumc) en Universiteit Gent. Diverse studenten van de opleiding Logopedie in Rotterdam en de opleiding Toegepaste Taalwetenschappen (VU Amsterdam) dragen hieraan hun steentje bij in deelprojecten.

De relatie tussen gehoor en taal wordt nog complexer als geprobeerd wordt om andersom te redeneren: zijn problemen in taalvaardigheid te verklaren vanuit een verminderd vermogen om auditieve input te verwerken? Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen (TOS) kunnen moeite hebben met het volgen van mondelinge informatie, deels door hun lage taalniveau, maar ook vanwege een verminderde vaardigheid in het verwerken van auditieve informatie. Ze lijken dan in complexe luistersituaties niet alles goed te kunnen verstaan, ze verstaan weleens iets verkeerd of ze missen essentiële informatie. Dergelijke luisterproblemen worden niet alleen gesignaleerd bij kinderen met TOS, maar ook bij kinderen die, ondanks een goed taalniveau, om onverklaarbare redenen niet goed mee kunnen komen op school. Niet goed kunnen horen of verstaan heeft dan geen

directe relatie met taalvaardigheid. De signalering van luisterproblemen begint vaak bij het aanvankelijk leesonderwijs (groep 2 of groep 3 regulier basisonderwijs). Veel kinderen bij wie wordt vermoed dat ze luisterproblemen hebben, worden aanvankelijk verwezen naar een audiologisch centrum⁷, waar kan worden vastgesteld of deze problematiek verklaard kan worden vanuit een gehoorverlies. In de meeste gevallen blijkt dat uitgebreide diagnostiek, niet alleen op het gebied van taal en gehoor maar ook op het gebied van cognitieve functies, zoals aandacht, geheugen en algehele intelligentie, een helderder beeld kan scheppen van de factoren die een rol spelen bij de luisterproblemen. Bij veel kinderen blijken gehoorproblemen niet de meest voorkomende oorzaak te zijn voor luisterproblemen, maar spelen eerder aandacht-, geheugen- of taalproblemen een rol (De Wit e.a., 2016). De weg van 'horen' naar 'luisteren' wordt beïnvloed door vele factoren, waaronder taalbegrip, intelligentie, maar ook aandacht en geheugen. Dit is vereenvoudigd weergegeven in figuur 8.

Figuur 8 Proces van auditieve verwerking met de beïnvloedende aspecten



Bron: gebaseerd op figure 1 van het Interim Position Statement Auditory Processing Disorders van de British Society of Audiology, 2007

De audiologische centra hebben sinds het begin van deze eeuw een aantal ontwikkelingen doorgevoerd betreffende de diagnostiek van kinderen met (vermoedelijke) luisterproblemen. Voortbouwend op internationale ontwikkelingen, verscheen in 2003 het eerste klinisch toepasbare meetinstrument voor het in kaart brengen van auditieve vaardigheden; de Nijmeegse testbatterij (Neijenhuis, 2003). Vergelijkbare meetinstrumenten voor andere leeftijdsgroepen verschenen en werden via workshops en cursussen landelijk verspreid en vervolgens door

7

Een audiologisch centrum is een tweedelijnszorginstelling waar mensen terecht kunnen voor diagnose en advies op het gebied van gehoor en de spraak-taalontwikkeling.

nagenoeg alle audiologische centra gebruikt. Na verloop van tijd bleek een diversiteit aan diagnostische procedures te zijn ontstaan, waarbij de bruikbaarheid van de tests onder vuur kwam te staan. Dit vormde het startpunt voor de ontwikkeling van het 'Dutch Position Statement Kinderen met (onverklaarde) Luisterproblemen, dat in juli 2017 is verschenen. Dit position statement geeft aan dat de bestaande auditieve tests mogelijk als aanvulling op de diagnostiek gebruikt kunnen worden, maar dat het veel belangrijker is geworden om breder te kijken naar alle factoren die bij het luisteren een rol spelen: dus ook naar aandacht, geheugen, intelligentie en taalvaardigheid.

Project 'Ontwikkeling Dutch Position Statement Kinderen met Luisterproblemen'

Het Position Statement Kinderen met Luisterproblemen (De Wit, Neijenhuis & Luinge, 2017a) is ontwikkeld door het lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing van Hanzehogeschool Groningen en Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam in samenwerking met de Stichting Audiologische Opleidingen (SAO) van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC).

Het Dutch Position Statement is gebaseerd op het huidige wetenschappelijke bewijs omtrent luisterproblemen en op bijeenkomsten met professionals. Het is verder gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke literatuur en op de volgende bronnen:

- *het focusgroepenonderzoek naar de huidige ervaringen, kennis en knelpunten, gehouden op de studiedag "Diagnostiek van auditieve verwerkingsproblemen (AVP)" van 21 mei 2014 (Neijenhuis, De Wit, & Luinge, 2017);*
- *de systematic review naar de definitie en symptomatologie van auditieve verwerkingsproblemen (De Wit e.a., 2016);*
- *de systematic review naar de co-morbiditeit van auditieve verwerkingsproblemen (De Wit e.a., geaccepteerd);*
- *het Delphi-onderzoek naar consensus van experts ten aanzien van problemen in de auditieve verwerking (De Wit, Luinge & Neijenhuis, in voorbereiding);*
- *de enquêtegegevens van de vergadering spraak-taalplatform (n=12) en studiedag 'Recente Ontwikkelingen rondom AVP' (n=29) van 1 en 8 juni 2016.*

Een vervolgproject is inmiddels gestart, waarbij de implementatie van het position statement centraal staat. Zowel studenten aan Hanzehogeschool Groningen als aan Hogeschool Rotterdam zullen hiervoor een aantal audiologische centra bezoeken. Daarnaast is er een Engelse versie van het document verschenen, dat meegenomen zal worden in internationale discussies rondom dit onderwerp; de ontwikkelaars nemen deel aan deze discussies.

Door een beter begrip van de relatie tussen taal en gehoor zal de zorg voor communicatie meer onderbouwing krijgen (bijvoorbeeld in de vorm van een position statement voor professionals) en bruikbare interventies opleveren (bijvoorbeeld in de vorm van aanbevelingen om hoger onderwijs toegankelijker te maken).

Meer Taligheid

Een communicatieve beperking is vaak complex, maar wordt nog ingewikkelder wanneer de betreffende persoon meerdere talen spreekt. Er liggen in de zorg voor communicatie nog vele uitdagingen voor meertalige personen met communicatieve beperkingen.

Het lectoraat Zorg voor Communicatie is door zijn situering in Rotterdam vanzelfsprekend verbonden met de thema's 'diversiteit' en 'meertaligheid'. In Rotterdam is er zelfs sprake van superdiversiteit, wat wil zeggen dat de stad gekenmerkt wordt door zo'n diversiteit in etniciteit, culturen en talen, dat er geen 'meerderheidsgroep' aanwezig is. In Rotterdam wonen mensen met circa 175 verschillende nationaliteiten. Al die verscheidenheid aan talen en culturen zijn terug te zien in de logopedische praktijk.

Aan die veelzijdigheid besteedt de opleiding Logopedie aandacht in haar curriculum, zodat de toekomstige zorgprofessionals goed voorbereid zijn op de beroepspraktijk. Het reguliere curriculum hanteert het thema diversiteit als rode draad en inhoudelijke kennis over meertaligheid komt bij diverse cursussen reeds aan bod. Tijdens de minor Meer Taligheid kunnen studenten logopedie zich ontwikkelen tot een diversiteits-sensitieve logopedist met kennis van zaken rondom meertaligheid.

Hierbij is ook ruimte voor praktijkgericht onderzoek, waarbij studenten onderzoeksvragen uit de praktijk beantwoorden rondom optimalisatie van ouderbetrokkenheid van laaggeletterde en/of meertalige ouders bij de logopedische behandeling van hun kind, en rondom vaardigheden van leerkrachten en pedagogisch medewerkers in taalstimulering, maar ook rondom instrumenten voor diagnostiek van taalvaardigheid van meertalige kinderen. Ook uit de hoeveelheid onderzoeksvragen van stagebegeleiders rondom meertaligheid blijkt dat het werkveld behoefte heeft aan nieuwe kennis op dit gebied. Het lectoraat Zorg voor Communicatie levert een bijdrage aan het vergroten van deze kennis middels het ondersteunen van de minor Meer Taligheid. Studenten aan deze minor worden ondersteund bij onderzoeksopdrachten en docenten krijgen waar mogelijk de gelegenheid om resultaten van studentenonderzoek samen te voegen en ze daarmee op hoger niveau te kunnen gebruiken.

Project in uitvoering 'Met Taal Vooraan'

Voor taalontwikkeling van jonge kinderen is kwalitatief goed taalaanbod van groot belang. Door het toepassen van strategieën in de dagelijkse communicatie met kinderen kan de taalverwerving (op veelal onbewuste wijze) bij deze kinderen worden gestimuleerd. Logopedisten kunnen deze vaardigheden overbrengen aan de personen die dagelijks communiceren met een kind. In het project 'Met Taal Vooraan' ontwikkelen Hogeschool Rotterdam en de Zorggroep Logopedisten Rotterdam (Zoloro) de training 'Met Taal Vooraan'. Hierin worden pedagogisch medewerkers van enkele locaties voor voor- en vroegschoolse educatie (VVE) in Rotterdam on-the-job gecoacht. Studenten van de opleidingen Social Work en Logopedie bieden ondersteuning in het onderzoeksmatige deel van het project: het in kaart brengen van de behoeften van pedagogisch medewerkers en het maken en analyseren van video-opnames voor de voor- en nameting.

Bij Kenniscentrum Talentontwikkeling wordt een verwant project uitgevoerd: 'Thuis in Taal'. Dit project beoogt tevens het vergroten van taalvaardigheid van kinderen en benadert dit vanuit het versterken van ouderbetrokkenheid bij de VVE (van der Pluijm, 2014). Door de twee projecten aan elkaar te koppelen, wordt de pedagogische driehoek ouders-kind-school versterkt op het gebied van de ontwikkeling van taal- en interactievaardigheden.

Door de hoge mate van laaggeletterdheid met name in de Rotterdamse regio blijft de vicieuze cirkel van communicatieve problemen in stand, met de nadelige gevolgen hiervan voor gezondheid en welzijn (zie ook figuur 4 in paragraaf 1.3). De expertise van de logopedist draagt bij aan het doorbreken van deze cirkel (Clement, Tullener & De Bree, 2015); het lectoraat Zorg voor Communicatie zal hieraan een bijdrage leveren waar mogelijk. Het lectoraat heeft hiervoor samenwerking gezocht met Kenniscentrum Talentontwikkeling van Hogeschool Rotterdam, waar het project 'Thuis in Taal' dezelfde doelstellingen heeft. Afgestudeerden van de opleiding Social Work zullen meedenken over een verbinding tussen de projecten 'Thuis in Taal' (Kenniscentrum Talentontwikkeling, lectoraat Ouders op Zuid) en 'Met Taal Vooraan' (Kenniscentrum Zorginnovatie, lectoraat Zorg voor Communicatie). In de toekomst zal de samenwerking met Kenniscentrum Talentontwikkeling verder vormgegeven worden via betrokkenheid bij de nieuwe onderzoekslijn 'laaggeletterdheid' van dit lectoraat.

Project 'Diagnostisch uitspraak instrument voor meertalige volwassenen'

Voor de volwassenenstage van de opleiding Logopedie in jaar 2 wordt voor de screening van de articulatie van anderstaligen het instrument diagnostisch uitspraak instrument meertaligen (DUIM) gebruikt (Brink e.a., 1995). Dit instrument is volgens de gebruikers toe aan een update of vervanging. Bovendien wordt het niet meer uitgegeven en is er ook geen alternatief beschikbaar. NT2Spraak, centrum voor taal- en uitspraaktraining voor NT2-leerders⁸, heeft een eigen screening ontwikkeld (Goedegebure, persoonlijke communicatie, 2017). Derdejaarsstudenten logopedie onderzochten welk screeningsinstrument het meest bruikbaar is in de volwassenenstage van de opleiding Logopedie, jaar 2. De resultaten wezen uit dat de DUIM completer is dan het NT2Spraak-instrument. Beide instrumenten blijken toe te zijn aan nieuwe afbeeldingen. Daarnaast blijkt het afnemen van de DUIM een tijdrovende aangelegenheid. Verder zou er aan de DUIM als extra onderdeel een auditieve klank-onderscheidingstaak (discriminatie aan de hand van minimale paren) toegevoegd kunnen worden. In het vervolg van dit onderzoeksproject wordt de oude versie van de DUIM met een vernieuwde versie waarin de genoemde aanbevelingen zijn verwerkt, vergeleken.

Het lectoraat Zorg voor Communicatie zet zich ook in om de expertise van de logopedist beter te benutten bij taalonderwijs in het Nederlands als tweede taal (NT2). Hier is niet zozeer sprake van een therapeutische rol, maar met name een coachende rol. De logopedist kan kennis en vaardigheden delen met leerkrachten NT2, die regelmatig aangeven moeite te hebben met het goed vormgeven van uitspraakonderwijs. Didactische technieken op het gebied van taalonderwijs schieten hier tekort; therapeutische technieken op het gebied van auditieve foneemdiscriminatie en articulatie bieden aanknopingspunten om hardnekkige moeilijkheden op het gebied van uitspraak te verklaren en te verminderen. In het studiejaar 2017-2018 is het Instituut van Lerarenopleidingen (IvL) van Hogeschool Rotterdam een scholingstraject gestart voor Rotterdamse leerkrachten om NT2-onderwijs te versterken. Het lectoraat Zorg voor Communicatie verzorgt hier een onderdeel in en biedt hiermee de deelnemende leerkrachten een eyeopener waar het gaat om het belang van horen en verstaan in relatie tot het uitspreken van een vreemde taal. Een soortgelijke bijdrage wordt geleverd aan de minor NT2, voor studenten van het Instituut voor Lerarenopleidingen (IvL). Dit vormt een startpunt voor een sterkere samenwerking tussen leerkrachten en logopedisten op het gebied van NT2-onderwijs. Het lectoraat Zorg voor Communicatie wil een subsidieaanvraag indienen voor het ontwikkelen van een werkwijze ter bevordering

van uitspraakonderwijs, waarmee NT2-docenten met behulp van logopedisten een accurate uitspraak van het Nederlands kunnen bewerkstelligen. Hiermee beoogt het lectoraat de samenwerking tussen NT2-docent en logopedist te versterken teneinde de maatschappelijke participatie van nieuwe Nederlanders te bevorderen.

Evidence-based logopedie

Het onderzoeksthema 'evidence-based logopedie' kent een relatief lange voorgeschiedenis. Ik ben hier al mee bezig sinds de invoering van onderwijs in evidence-based practice in de opleiding Logopedie in studiejaar 2004-2005. In dit hoofdstuk⁹ maak ik duidelijk dat evidence-based handelen iets alledaags is en niet alleen draait om wetenschappelijk bewijs. Voor het gemakkelijk kunnen gebruiken van wetenschappelijk bewijs, voor zover beschikbaar, is het voor de professional in de alledaagse praktijk handig om ondersteuning te verkrijgen in de vorm van 'tools', liefst aangeboden via een overkoepelende organisatie, zoals de beroepsvereniging. Vanuit het lectoraat Zorg voor Communicatie wordt gewerkt aan het bevorderen van competenties in evidence-based handelen van zowel toekomstige zorgprofessionals als van de reeds werkende logopedisten in de praktijk van alledag.

6.1 Evidence-based practice

Het ontstaan van evidence-based practice zou gezien kunnen worden als een logische reactie op de toenemende vraag vanuit de maatschappij om zo veel mogelijk vraaggericht, effectief en doelmatig te handelen. Om aan deze vraag te kunnen voldoen, behoort de professional te beschikken over kennis omtrent effectiviteit en doelmatigheid van de door hem of haar aangeboden zorg. Deze kennis moet actueel blijven en aangezien de ontwikkelingen in het onderzoek steeds sneller lijken te gaan, heeft de professional instrumenten nodig om hierin bij te blijven. De methodes die toegepast worden bij evidence-based practice, zijn bedoeld om hierin te kunnen voorzien. Evidence-based medicine betreft de integratie van het beste onderzoeksbewijs met klinische ervaring en waarden van patiënten (Sackett e.a., 2000). Het begrip 'evidence-based practice' is identiek aan het begrip 'evidence-based medicine', het benadrukt echter dat het niet enkel gaat om de medische beroepen maar ook om andere beroepen in de zorg. In veel

9 Dit hoofdstuk is mede gebaseerd op het hoofdstuk 'Logopedisch redeneren, evidence-based practice en reflecteren' van Neijenhuis, Lipke-Steenbeek en Houweling in de publicatie *Dialogo; Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist* (2014) en de rubriek 'Eenvoudig EBL', die verscheen in het *Nederlands Tijdschrift voor Logopedie* (Neijenhuis, 2016)

gevallen wordt het woord 'practice' vervangen door de naam van het beroep om hier nadruk op te leggen. In het kader van de zorg voor communicatie past de term 'evidence-based logopedie'.

6.2 Evidence-based handelen doe je elke dag

Logopedisten nemen in hun dagelijks handelen veel besluiten: Stoppen of doorgaan met behandelen? Welke behandelmethode zal de beste effecten geven? Is één keer per week behandelen voldoende om effecten te behalen, of toch beter twee keer per week? De ene keer wordt een besluit gemakkelijker genomen dan de andere keer. Er bestaat een variatie in soorten onderbouwing: soms neemt de logopedist een besluit op basis van zijn (professionele) intuïtie, soms vraagt hij een collega om raad, een enkele keer gaat hij misschien (ook) op zoek in de literatuur. In alle gevallen neemt hij als professional een weloverwogen beslissing. Het proces van systematische besluitvorming dat voorafgaat aan deze beslissing, wordt klinisch (of logopedisch) redeneren genoemd; evidence-based handelen ontstaat door in dit proces ook, op kritische wijze, subjectieve en objectieve gegevens (evidence) mee te wegen. Kortom: evidence-based handelen betekent keuzes baseren op kritisch beoordeelde informatie. Logopedisten doen dit al, elke dag opnieuw. Echter, het meenemen van objectieve, wetenschappelijke informatie blijkt vaak nog lastig, aldus dit citaat:

'Er bestaat soms het misverstand dat het bij evidence-based logopedie gaat om het bedrijven van de wetenschap, wat te ver af zou staan van het werk in de praktijk. Het zou mooi zijn als het [...] mogelijk wordt logopedisten te informeren en een mogelijkheid te creëren voor logopedisten om elkaar te ondersteunen bij evidence-based handelen.'

(fragment van een interview met een logopedist, door: Boekhout, Van Cadsand, Jansma en Zeeman, 2015).

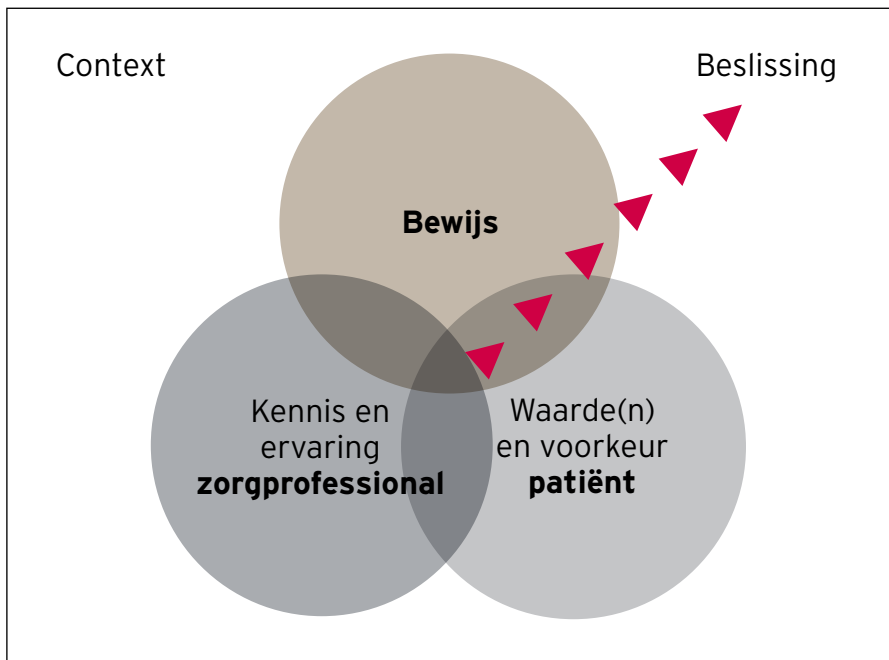
6.3 Vier elementen van evidence-based handelen

Een logopedist handelt evidence-based als hij klinische beslissingen neemt op basis van het huidige best beschikbare bewijs, in combinatie met zijn eigen kennis en ervaring en de waarde(n) en voorkeur(en) van de individuele cliënt. Evidence-based handelen omvat dus meer dan alleen het bijhouden van de nieuwste ontwikkelingen: alle nieuwe kennis die de logopedist verkrijgt, past hij (na een kritische beoordeling) als maatwerk toe: elke individuele cliënt heeft zijn eigen waarden en voorkeuren, waardoor een kookboek-recept (zoals een artikel of een richtlijn) dus niet kan voldoen. Daarnaast werkt elke logopedist weer in een andere context, waar financiering van zorg, beschikbare tijd en faciliteiten verschillend

zijn, waardoor het behandelplan bij eenzelfde vraag en eenzelfde type cliënt toch zal verschillen. De professional is hierin bepalend en dit maakt het misschien ook wel lastig: de verantwoording ligt bij de professional en niet bij het wetenschappelijke bewijs, de protocollen of de regels van de zorgverzekeraar.

De eigen kennis en ervaring van de professional vormen een van de vier elementen die ten opzichte van elkaar worden afgewogen om tot een weloverwogen oordeel te kunnen komen. Dit wordt soms 'practice-based evidence' genoemd, waardoor het lijkt alsof dit een andere stroming betreft (Doornweerd, 2017), echter, het meewegen van deze praktijkkennis zou gezien moeten worden als een onderdeel van evidence-based practice. De vier elementen van evidence-based handelen zijn: het (wetenschappelijk) bewijs, de (kennis en ervaring van de) zorgprofessional, (de waarden en voorkeur van) de cliënt en de context (waarin de behandeling plaatsvindt). Evidence-based handelen ontstaat door het nemen van een beslissing, na zorgvuldig afwegen van deze vier elementen (Neijenhuis, Lipke-Steenbeek & Houweling, 2014). Zie ook figuur 9.

Figuur 9 Vier elementen van evidence-based handelen



Evidence-based handelen is dus het leveren van maatwerk, niet het volgen van een kookboek-recept. Wereldwijd zijn hier nog steeds discussies en misverstanden over. Ondanks dat David Sackett, de grondlegger van 'evidence-based medicine' (EBM) nooit de bedoeling had om enkel en alleen wetenschappelijk bewijs als onderbouwing voor het professioneel handelen te gebruiken, heeft dit gaandeweg wel steeds meer, onbedoeld, de nadruk gekregen.

Sinds de invoering van de term (of eigenlijk: afkorting) EBM bestaat er wereldwijd in de gezondheidszorg een levendige discussie over het meewegen van de andere, niet-wetenschappelijke, vormen van evidence (zie onder anderen Greenhalgh, 2014 en discussies op Twitter onder #realEBM). Er blijken steeds weer misverstanden uit de weg geruimd te moeten worden om te zorgen dat evidence-based handelen niet beperkt wordt tot het kookboek-principe, zoals het soms wel wordt opgevat. Een onlangs verschenen rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS, 2017) heeft hier in Nederland nog wat extra verwarring en controverse in veroorzaakt door aan te geven dat 'de kennis waar evidence-based practice (EBP) zich op beroept gebaseerd is op gestandaardiseerde situaties en op datgene wat meetbaar is' (p. 9), waarmee gerefereerd wordt aan het toenemend verplichte gebruik en de grote macht van professionele richtlijnen en hierop gebaseerde kwaliteitsindicatoren, ten koste van het cliëntgericht werken. Het voorstel om voortaan te spreken over 'context-based practice' in plaats van evidence-based practice om het belang van de cliënt en de context te benadrukken, heeft landelijk veel oproer veroorzaakt, aangezien er eigenlijk sprake is van een oneigenlijk gebruik van de term EBM (door Greenhalgh 'rubbish EBM' genoemd). Ook in de logopedie zijn er pogingen ondernomen om de niet-wetenschappelijke evidence een explicietere plaats te geven in het geheel, bijvoorbeeld door te spreken over E³BP, waarbij de 3 staat voor drie verschillende typen evidence (Dollaghan, 2007), of door het vijfstappenplan uit te breiden met twee extra stappen, waarin de verschillende typen evidence apart worden meegenomen (Gillam & Gillam, 2006). Mark Tonelli (2006) houdt een pleidooi in de literatuur voor gepersonaliseerde EBM (de zogenoemde 'casuistic approach'), waarbij hij duidelijk maakt dat wetenschappelijk bewijs (empirical evidence) niet zwaarder meegewogen zou moeten worden dan andere vormen van evidence:

'A casuistic alternative to EBM approaches recognizes that five distinct topics, 1) empirical evidence, 2) experiential evidence, 3) pathophysiologic rationale, 4) patient goals and values, and 5) system features are potentially relevant to any clinical decision. No single topic has a general priority over any other and the relative importance of a topic will depend upon the circumstances of the particular case. The skilled clinician must weigh these potentially conflicting evidentiary and non-evidentiary warrants for action, employing both practical and theoretical reasoning, in order to arrive at the best choice for an individual patient.' (Tonelli, 2016, p. 248)

Het wordt dus steeds duidelijker dat er behoefte is aan meer waardering voor de individuele afweging van de diverse vormen van bewijs en het belang van het zorgvuldig klinisch redeneren, ten behoeve van cliëntgericht werken. Zorg is maatwerk en het deskundig gebruiken van wetenschappelijke kennis is hier slechts een onderdeel van.

Dergelijke discussies ontstaan doordat mensen houvast halen uit (veronderstelde) objectieve informatie zoals wetenschappelijke studies én doordat er steeds meer van dergelijke informatie beschikbaar is. Met name in de geneeskunde is er onderhand een 'wildgroei' aan studies, die aanvankelijk opgevangen werd door het samenvatten van gelijksoortige studies tot systematic reviews. Echter, er is inmiddels ook een overdaad aan systematic reviews en zelfs aan richtlijnen, waardoor artsen door de bomen het bos niet meer zien. Er wordt in dit verband steeds vaker gesproken over een teveel aan (soms onnodig) onderzoek ('Research Waste', zie ook <http://researchwaste.net/>). Oplossingen om overzicht te behouden worden gezocht in het op transparantere wijze met elkaar te delen van informatie (zoals het aanmelden van een studie bij www.trialregister.nl of www.alltrials.net), het op toegankelijke plaatsen beter samenvoegen van informatie (guidelines-overzichten, zoals National Guidelines Clearinghouse of via beroepsverenigingen) en het steeds sneller beschikbaar maken van informatie door middel van geautomatiseerde reviews (zogenaamde Rapid Automated Reviews, Martin, 2017).

In de logopedie is wildgroei aan wetenschappelijk bewijs nog niet aan de orde. Voor veel logopedische vragen is er zelfs nog geen of beperkt bewijs beschikbaar (Plante, 2004; O'Connor & Pettigrew 2009; Chan e.a., 2013). Een systematic review naar de uitgebreidheid en de kwaliteit van de 'evidence base' van logopedische stemtherapie gaf aan dat deze inderdaad beperkt is, zowel in omvang als in kwaliteit (Spek, Neijenhuis, Lucas & Van Dijk, 2015). Hierdoor is het samenvoegen van wetenschappelijk bewijs in systematic reviews en vervolgens in richtlijnen soms nog onbegonnen werk. Gebrek aan wetenschappelijk bewijs in de logopedie zorgt ervoor dat het nemen van klinische beslissingen veelal op basis van praktijkkennis, de context en de waarden van de cliënt gebeurt. Aan de andere kant groeit de laatste jaren het aantal toepasbare richtlijnen: eind 2017 beschrijft de beroepsvereniging NVLF vier logopedische en zeventien multidisciplinaire, Nederlandse, evidence-based richtlijnen. Daarnaast verschijnen er ook evidence statements (zie www.nvlf.nl) en ook internationaal groeien de diverse databases met logopedische informatie steeds maar door (bijvoorbeeld SpeechBITE.com en ASHA evidence maps). De volgende stap is nu het op juiste manier leren gebruiken van deze nuttige informatie.

6.4 EBL-tools kunnen het gebruiken van wetenschappelijk bewijs gemakkelijker maken

De zorgprofessional moet zijn kennis up-to-date houden en aangezien de ontwikkelingen in het onderzoek steeds sneller lijken te gaan, heeft hij instrumenten nodig om bij te blijven. In samenwerking met de NVLF is gewerkt aan de opbouw van de toolkit Eenvoudig EBL. EBL staat voor evidence-based logopedie. Een van de instrumenten in deze toolkit is de methodiek van evidence-based handelen in een aantal stappen (zie de kadertekst). Deze methodiek helpt de professional om systematisch te werken bij het beantwoorden van een klinische vraag middels een zoektocht naar wetenschappelijke literatuur.

Toolkit Eenvoudig EBL

1 Zoektips voor wetenschappelijke evidence

In de toolkit Eenvoudig EBL op de website van de NVLF (<https://www.nvlf.nl/paginas/openbaar/vakgebied/onderzoek-en-data/evidence-based-logopedie>) staat een overzicht van zoektips voor het vinden van logopedische (wetenschappelijke) literatuur. Hierin worden de eerste drie stappen van de methodiek van EBP toegelicht aan de hand van voorbeelden en bronnen uit de logopedie.

2 Stappen in de methodiek van het evidence-based handelen

Het stappenplan in de toolkit (zie tabel 6) is gebaseerd op Sackett e.a. (2000) en Gillam en Gillam (2006). In de tweede kolom staat een voorbeeld, zoals een logopedist deze stap heeft toegepast bij een casus omtrent het coachen van ouders van een kind dat meertalig opgroeit.¹⁰

10

Zie Neijenhuis, Lipke-Steenbeek en Houweling (2014) voor een uitgebreidere uitwerking van de resultaten.

Methodiek evidence-based practice in stappen	Voorbeeld van een uitwerking
1. Vragen stellen (Ask)	PICO-vraag: Leidt het actief betrekken van de ouders bij de taaltherapie (I) bij jonge meertalige kinderen (< 6 jr.) (P) tot een betere verbale communicatie tussen ouder en kind (O) in vergelijking met directe taaltherapie (C)?
2. Zoeken naar literatuur (externe evidence) (Acquire)	Formuleren van zoektermen en zoeken op website vakvereniging (NVLF) en in databases (SpeechBITETM, Pubmed)
3. Beoordelen van literatuur (Appraise)	Kritisch lezen van gevonden, relevante informatie: richtlijn TOS (2017), Roberts & Kaiser (2011), Jordaan (2008), IALP (2011)
4. Verzamelen en evalueren van interne evidence met betrekking tot: - de cliënt - de professional - de context	- in acht nemen van culturele achtergrond, verwachtingen van ouders - veel ervaring met Hanen Programma en coaching van ouders - vrije vestiging, beperkte mogelijkheid voor groepsbijeenkomsten
5. Beslissing nemen die past bij de cliënt (Apply)	Ouders coachen, als aanvulling op directe therapie, met zorgvuldige uitleg
6. Evalueren (Audit)	Regelmatige evaluatie van de voortgang en ervaringen met ouders bespreken; zoektermen bewaren voor later
7. Verspreiden van de opgedane kennis	Presentatie in de kwaliteitskring in een casuïstiekbespreking

Het zoeken en gebruiken van wetenschappelijke informatie vergt veel tijd en vraagt om toegang tot de informatie en vaardigheden om deze informatie te kunnen begrijpen. De onderdelen van de toolkit Eenvoudig EBL zijn daarom vooral gericht op het gemakkelijker zoeken en gebruiken van wetenschappelijk bewijs, terwijl het tegelijkertijd belangrijk is om te beseffen dat evidence-based handelen zoveel meer is dan dat. Logopedisten zijn namelijk prima op de hoogte van hun eigen kennis en vaardigheden, beschikken over vele strategieën om de cliënt te betrekken bij de afwegingen in het behandelplan en kennen de context van hun werksetting als geen ander.

6.5 Bevorderen van evidence-based handelen door de logopedist

Het bevorderen van evidence-based handelen gebeurt zowel via het onderwijs als via projecten in het werkveld. In het hoger gezondheidszorgonderwijs en zo ook aan de opleiding Logopedie van Hogeschool Rotterdam is evidence-based handelen al ruim vijftien jaar onderdeel van het curriculum; aanvankelijk als een losse cursus, maar geleidelijk steeds meer geïntegreerd als een rode draad die eigenlijk in alle cursussen terugkomt. Als onderdeel van een langlopend onderzoeksproject van de onderzoekslijn Evidence Based Care van Kenniscentrum Zorginnovatie is bij de opleiding Logopedie geëvalueerd welke effecten de vernieuwing van het curriculum betreffende onderzoeksvaardigheden en evidence-based practice heeft gehad op de competenties van studenten (Neijenhuis, Verhoef & Dekker-van Doorn, 2017). Geconcludeerd werd dat de attitude, kennis en vaardigheden van studenten niet zijn veranderd, maar dat voor het kenniscentrum de noodzaak is ontstaan om andere meetinstrumenten te gebruiken voor het in kaart brengen van EBP-competenties. Er is in het onderwijs meer aandacht gekomen voor toepassing van EBP in de praktijk, maar de meetinstrumenten focussen nog vooral op de onderliggende competenties: het formuleren van vragen en het zoeken en beoordelen van wetenschappelijk bewijs. Toekomstig onderzoek zal zich dan ook richten op aanvullende of alternatieve, meer op de toepassing gerichte meetinstrumenten. Dergelijke onderzoeken in het onderwijs helpen om zowel onderwijs als onderzoek te verbeteren.

Naast het bevorderen van onderwijs in evidence-based handelen is ook bijscholing in het werkveld een aandachtspunt van het lectoraat Zorg voor Communicatie. Enerzijds gebeurt dit impliciet, doordat stagiaires met EBP-opdrachten bij logopedisten in de praktijk terechtkomen; zo maakt elke student verplicht een Critically Appraised Topic (CAT) tijdens zijn derdejaarsstage. Anderzijds wordt gericht gekeken naar mogelijkheden om bewustwording van en vaardigheden in evidence-based werken te vergroten. Enkele jaren geleden heeft een bijscholings-traject van drie bijeenkomsten als resultaat gehad dat kennis en bewustwording van dagelijks evidence-based handelen toenam bij de deelnemende logopedisten, maar dat hun dagelijks handelen hiervan nog onvoldoende profiteerde (Neijenhuis e.a., 2015). Hieruit is het idee ontstaan om via de kwaliteitskringen van logopedisten een regelmatig onderhoud van vaardigheden in het zoeken en beoordelen van wetenschappelijke literatuur te laten plaatsvinden middels het uitvoeren van Journal Clubs, waarin gezamenlijk gediscussieerd wordt over nieuwe wetenschappelijke informatie en op grond waarvan een beslissing wordt genomen ten aanzien van een vraag uit de praktijk. De NVLF heeft hiervoor, in samenwerking met het lectoraat Zorg voor Communicatie, een handleiding ontwikkeld (NVLF, 2017). Ten slotte levert het lectoraat Zorg voor Communicatie een bijdrage aan

evidence-based werken door mee te werken aan een onderbouwing voor bruikbare producten en diensten, zoals een verzameling van bewezen methodieken voor groepstherapie aan personen met afasie, en aan een onderbouwing voor een online therapieprogramma voor dezelfde doelgroep (zie de kadertekst).

Project in uitvoering 'Afasie en identiteit'

Uit onderzoek blijkt dat het hervinden van identiteit na hersenletsel met afasie als gevolg een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven en het omgaan met beperkingen. Groepsbehandeling lijkt een geschikte manier voor het hervinden van identiteit.

Om deze reden is in 2014 in Heliomare, het afasie- en behandelcentrum in Zaanstad, de behandelgroep 'Afasie en ik-centraal' gestart. Deze activiteit is gericht op het ondersteunen van mensen met afasie bij het ontwikkelen en behouden van hun persoonlijke, sociale en collectieve identiteit. In de ideale situatie is de afasie geïntegreerd in het leven van de persoon met afasie met alles wat daarbij hoort, zoals frustraties en worsteling. Uit een landelijke werkgroep gericht op het ontwikkelen van een Hersenz zorgpad¹¹ voor mensen met afasie in de chronische fase is gebleken dat nog relatief weinig materiaal beschikbaar is voor het geven van invulling aan het hervinden van identiteit bij afasie tijdens groeps gesprekstherapie. Het materiaal dat hiervoor binnen het afasiecentrum in Zaanstad is ontwikkeld, wordt in dit project beschikbaar gemaakt voor andere afasiecentra en/of andere behandelaren die werken met mensen met afasie. In de loop van 2018 zal een 'toolkit' gepubliceerd worden met werkvormen die gebruikt kunnen worden in groepsbehandelingen gericht op het hervinden van identiteit bij mensen met afasie. Deze toolkit zal worden uitgegeven door uitgeverij Breindok van Judith Zadoks, projectleider van Hersenz.

Project in uitvoering 'Logoclicks; onderzoek naar vormen van feedback bij (online) afasietherapie'

Logoclicks is een samenwerkingsproject van het bedrijf Logoclicks met docent-onderzoekers van Hogeschool Rotterdam, Hogeschool Utrecht en Thomas Moore Hogeschool Antwerpen. Naast samenwerking met onderzoekers zijn er in dit project ook diverse praktijkpartners (onder andere revalidatiecentra) en een softwareontwikkelaar betrokken. De softwareontwikkelaar ontwikkelt een online therapieplatform, waarmee personen met afasie onder professionele begeleiding van een logopedist of afasietherapeut, intensiever kunnen oefenen met een gepersonaliseerde therapie. Dit platform vormt een aanvulling op de bestaande therapiemethoden voor afasie. Met dit platform wordt het mogelijk om de frequentie en intensiteit van de therapie te vergroten en de resultaten per behandeling eenduidig vast te leggen. Daarmee kan de therapeut uitspraak doen over de voortgang. De verwachting is dat de effectiviteit van therapie toeneemt, waardoor de kosten dalen omdat onder meer de totale behandelduur verkort wordt. In het deelproject doet Hogeschool Rotterdam literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek naar de verschillende vormen van feedback en het geven van aanwijzingen tijdens afasietherapie. De resultaten hiervan worden, samen met de resultaten van de andere deelprojecten verwerkt in een prototype van het oefenprogramma. Hierbij worden studenten logopedie betrokken voor het uitvoeren van literatuuronderzoek en het interviewen van afasietherapeuten. In een interdisciplinair project (Urban Health Project) hebben studenten van diverse opleidingen meegewerkt aan het ontwerpen van de eisen aan de gebruikersinterface van het oefenprogramma: dit gebeurde in samenspraak met personen met afasie.

Logopedist als gezondheidscoach

De Rotterdamse opleiding Logopedie stelt, naast de rol van ondernemer, de rol van de logopedist als gezondheidscoach centraal. In deze rol werkt de logopedist aan gezonde communicatie op verschillende niveaus: op het niveau van de individuele cliënt en zijn directe omgeving, maar ook van risicogroepen en hun omgeving.

Wat kenmerkt de logopedist in de rol van gezondheidscoach?

Als gezondheidscoach stimuleert de logopedist bij zowel individuen als groepen bewustzijn en verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheidssituatie ten behoeve van sociale participatie. Enerzijds betekent dat, dat de logopedist de individuele cliënt coacht in het versterken van ondersteuning vanuit de eigen omgeving en het nemen van regie over de eigen situatie. De logopedist stemt daarbij af op de individuele behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Daarnaast is de logopedist (mede) verantwoordelijk voor het bevorderen van de gezondheidsvaardigheden van de cliënt. Anderzijds voert de logopedist als gezondheidscoach preventieactiviteiten uit zoals screenen en voorlichten van risicogroepen om problemen op te sporen en het ontstaan of verergeren van problemen te voorkomen. Een andere belangrijke taak van de gezondheidscoach is het bevorderen van de deskundigheid en effectiviteit van professionals (en vrijwilligers) in bijvoorbeeld kinderopvang, onderwijs, gezondheidszorg en bedrijfsleven door het aanbieden van (collectieve) voorlichting, training en coaching. Doel daarbij is het borgen van gedragsverandering bij de doelgroep met betrekking tot communiceren en slikken en degenen die de doelgroep begeleiden. In de brede sociale context van preventie profileert de logopedist zich als een innovatieve netwerker en gezondheidsvoorlichter binnen integrale samenwerkingsvormen.

Bron: Lindenberg, Berns en Günther, 2017

Sinds de invoering van het COLORRS-profiel (Competenties en Logopedische Rollen van de Rotterdamse Student; Hogeschool Rotterdam, opleiding Logopedie, 2013) heeft de rol van coach in de opleiding Logopedie meer aandacht gekregen door in de leerlijn communicatie naast therapeutische vaardigheden, ook coachingsvaardigheden aan te leren. Daarbij zijn er meer coachingsopdrachten ingevoerd, zoals individuele coaching van jongerejaarsstudenten en coaching van medestudenten, en preventieactiviteiten voor risicogroepen.

In de rol van gezondheidscoach werkt de logopedist aan gedragsverandering van individuen en groepen. Bij coaching van een cliënt zijn de begrippen zelfmanagement en empowerment onlosmakelijk verbonden, bij coaching van zijn omgeving is kennis over leerprincipes van volwassenen van belang voor een optimale uitkomst.

7.1 Coachen van de cliënt: zelfmanagement en empowerment

In het boek *Dialog* wordt de rol van coach of begeleider beschreven aan de hand van verschillende definities (Lindenberg, 2014). Coaching richt zich op zelfontplooiing, dat wil zeggen: de ontwikkeling van een persoon in het dagelijks leven. Het is hierbij de kunst om iemand te helpen betere prestaties te behalen door zijn potentiële kwaliteiten (talenten) vrij te maken. Er wordt gewerkt vanuit bewustzijn en verantwoordelijkheid. De termen zelfmanagement en empowerment zijn hierbij belangrijke kernwoorden:

- *Zelfmanagement* wordt bevorderd door samen op zoek te gaan naar manieren om meer grip te krijgen op de ervaren beperkingen, waaronder ook het accepteren van de blijvende beperkingen.
- *Empowerment* wordt bevorderd door de cliënt te helpen de capaciteit te ontwikkelen om verantwoordelijk te zijn voor zijn eigen leven. Hierbij hoort bewustwording van andere eigen mogelijkheden en capaciteiten, naast de ziekte. Dit geeft mogelijkheden tot compensatie.

Coaching gaat uit van toepassing in het dagelijks leven. Het participatiegericht behandelen komt hierbij ook van pas: de logopedist begeleidt de cliënt in zijn communicatie in dagelijkse situaties: daar komt de hulpvraag vandaan en daar dient dus ook de gewenste verandering plaats te vinden. Door de coaching uit te voeren in de dagelijkse situaties, wordt de transfer van de geleerde vaardigheden naar handelen in de praktijk bevorderd, evenals het vasthouden van het geleerde in de praktijk.

7.2 Coachen van de omgeving: leerprincipes voor volwassenen

73

In de rol van de gezondheidscoach heeft de logopedist niet alleen te maken met de personen met beperkingen in het functioneren, maar ook met hun 'gezonde' naasten. Om een gezonde balans te vinden in de communicatie tussen de gesprekspartners, blijkt coaching van gesprekspartners zinvol (Wielaelert, 2016; Kagan e.a., 2004), Girolametto & Weizmann, 2002, Pickles e.a., 2016). Expertise in therapeutische technieken is hierbij niet toereikend en dient aangevuld te worden met kennis over leerprincipes bij volwassenen. Sorin-Peters (2004) past in een leerprogramma voor partners van personen met afasie onderstaande, onderbouwde leerprincipes toe:

- Leren is een proces dat zich intern afspeelt en wordt geactiveerd door de lerende zelf. Leren vindt plaats als gevolg van ervaring en houdt een herstructurering in van voorafgaande kennis, ervaring en leren.
- Volwassenen leren het best als ze zich concentreren op taken, problemen of kwesties die relevant zijn voor hun eigen situatie.
- Daadwerkelijk leren betreft de gehele persoon, niet alleen maar zijn geest. Emoties, relaties, fysieke vermogens, intellect, intuïtie en spirituele vermogens zijn er allemaal bij betrokken.
- Leren is een proces dat in samenwerking met anderen plaatsvindt.

De leercyclus van Kolb (1984) wordt vaak toegepast in dergelijke leerprogramma's. Kolb geeft aan dat leren een cyclisch proces omvat waarin meerdere activiteiten een plek krijgen: ervaren, observeren, conceptualiseren en oefenen. Daarnaast zijn er twee dimensies: het leren via concrete ervaringen versus het leren van abstracte begrippen en het leren door actief bezig te zijn versus leren door te observeren.

In het programma 'Partners van Afasiepatiënten Conversatie Training (PACT, Wielaelert & Wilkinson, 2012) wordt de leercyclus van Kolb toegepast door middel van het 'ervaringsleren', waarin drie fasen worden onderscheiden:

1. bewust maken van conversatie in het algemeen;
2. bewust worden van de eigen conversatiepatronen;
3. aanleren van strategieën voor verandering.

Eerst wordt gekeken naar conversaties van anderen, pas in de tweede fase naar eigen conversaties (met behulp van video-opnames). In de derde fase bepaalt de partner welke strategieën verandering behoeven en dan worden deze geoefend. Het ervaringsleren ontstaat doordat partners in staat worden gesteld hun eigen conversatiestijl te ontdekken en vervolgens zelf gaan ontdekken wat alternatieven zijn voor hun gedrag. De rol van de logopedist hierbij is niet beoordelend, maar faciliterend; de logopedist begeleidt het koppel bij het maken van keuzes.

Een uitgebreide meta-analyse van 58 gerandomiseerde, gecontroleerde studies (Dunst, Trivette & Hamby, 2010) liet zien dat het betrekken van zoveel mogelijk van de onderstaande zes elementen de uitkomsten van een interventie effectief bevordert:

1. introduceren: het betrekken van de lerende in een overzicht van wat er geleerd gaat worden;
2. illustreren: het demonstreren van het gebruik of de toepassing van de te leren kennis of vaardigheden;
3. oefenen: het betrekken van de lerende in het gebruiken of toepassen van de kennis of vaardigheden;
4. evalueren: het betrekken van de lerende in een proces waarin de gevolgen of uitkomsten van de toepassing van de nieuwe kennis of vaardigheden worden geëvalueerd;
5. reflecteren: het betrekken van de lerende in een zelfbeoordeling van zijn eigen kennisvergaring als basis voor het bepalen van de volgende stap in zijn leerproces;
6. beheersen: het betrekken van de lerende in een beoordelingsproces in de context van een conceptueel of praktisch model of kader, of een externe set van standaarden of criteria.

Programma's die de lerenden actief betrekken in het verwerven, gebruiken en evalueren van en reflecteren op nieuwe kennis of vaardigheden hadden het meest effect op leeruitkomsten. Ook bleek het aan te bevelen om zoveel mogelijk van de leermethoden in een programma te verwerken. Werken met relatief klein aantal deelnemers (< 30) werkt bevorderlijk, evenals een programma met meerdere bijeenkomsten en minimaal tien uur contacttijd.

In een latere studie werd nader ingezoomd op een aantal karakteristieken van leermethoden voor volwassenen (Dunst & Hamby, 2015). Hierbij bleek coaching als leerpraktijk het meest effectief te zijn. Coaching is een cyclisch proces dat kennis, vaardigheden, zelfvertrouwen en collegiale relaties bevordert (Dunst e.a., 2010). Belangrijk is dan wel, dat deze coaching on-the-job uitgevoerd wordt en authentieke, context-specifieke leerervaringen dient te bevatten en aandacht besteedt aan reflectie op het geleerde.

Het lectoraat Zorg voor Communicatie gebruikt onder meer de bovenstaande theorieën over het leren van volwassenen als basis voor het ontwikkelen en onderbouwen van interventies waarbij de logopedist in de rol van gezondheids-coach werkt met de betrokkenen rondom de personen met communicatieve beperkingen. Voorbeelden hiervan zijn de projecten 'Met Taal Vooraan' (zie kadertekst in hoofdstuk 5) en 'Con-tAct' (zie de kadertekst hierna).

Project in uitvoering 'Ondersteunde communicatie bij afasie: Con-tAct'

In de logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen' (Berns e.a., 2015) wordt aanbevolen dat logopedisten training geven in communicatieve vaardigheden aan zorgprofessionals in instellingen waar personen met afasie verblijven. Personen met afasie ervaren dat de communicatie met de zorgprofessionals vaak moeizaam verloopt. Uit onderzoek (Simmons-Mackie, Raymer & Cherney, 2016) blijkt dat training van gesprekspartners van personen met afasie, effect heeft. Medewerkers in project Con-tAct zijn ervaren afasietherapeuten die een Nederlandse training ontwikkelen waarmee logopedisten in hun eigen zorginstelling de zorgprofessionals kunnen trainen in het communiceren met mensen met afasie (training Con-tAct). Onderdeel hiervan is het vervaardigen van filmfragmenten, die bepaalde communicatiestrategieën demonstreren (zoals het gebruikmaken van pen en papier om het gesprek te ondersteunen). Vervolgens wordt Con-tAct geïmplementeerd in enkele zorginstellingen, zoals een ziekenhuis, revalidatiecentrum en verpleeghuis. In elke instelling wordt een team van zorgprofessionals getraind in hoe te communiceren met iemand met afasie. Er wordt onderzocht wat het effect van de training is op de communicatie tussen zorgprofessionals en personen met afasie en de communicatieve toegankelijkheid van de instellingen wordt getoetst. In de ontwikkeling van de training werkt het lectoraat samen met logopedisten uit het Radboudumc en OLVG te Amsterdam, voor het onderzoeksmatige deel (ontwikkelen van een meetinstrument, uitvoeren van video-opnames) worden studenten ingeschakeld van de opleiding Logopedie aan Hogeschool Rotterdam, de opleiding Toegepaste Taalwetenschappen aan de VU Amsterdam en de opleiding Taal- en Spraak Pathologie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. In het voorjaar van 2018 is de eerste versie van de training gereed en zal tevens via AfasieNet een start gemaakt worden met het traject 'train de trainer' (cursus Con-tAct) om logopedisten in de gelegenheid te stellen deze training in hun eigen organisatie aan te bieden en hiermee de aanbevelingen uit de richtlijn te kunnen opvolgen.

I keep six honest serving men

*I keep six honest serving-men
 (They taught me all I knew);
 Their names are What and Why and When
 And How and Where and Who.
 I send them over land and sea,
 I send them east and west;
 But after they have worked for me,
 I give them all a rest.*

*I let them rest from nine till five,
 For I am busy then,
 As well as breakfast, lunch, and tea,
 For they are hungry men.
 But different folk have different views;
 I know a person small—
 She keeps ten million serving-men,
 Who get no rest at all!*

*She sends'em abroad on her own affairs,
 From the second she opens her eyes—
 One million Hows, two million Wheres,
 And seven million Whys!*

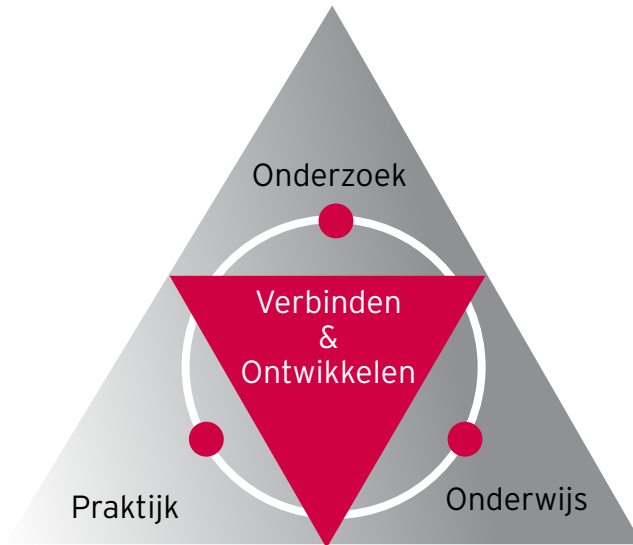
Rudyard Kipling - The Elephant's Child

Deel III

Werkwijze

Het lectoraat Zorg voor Communicatie sluit zich aan bij de visie van Hogeschool Rotterdam op praktijkgericht onderzoek: *'De beroepspraktijk ontwikkelt zich op alle terreinen in hoog tempo. Zij wordt in toenemende mate gebaseerd op inzichten uit wetenschap en praktijkgericht onderzoek. [...] De beroepspraktijk verwacht van onze afgestudeerden dat ze die ontwikkelingen bij kunnen houden, en dat zij in staat zijn impulsen te geven voor verbetering en vernieuwing. Hogeschool Rotterdam richt daarom haar onderzoek op de beroepspraktijk van hoogopgeleide professionals. Onze lectoren, docenten en studenten reflecteren kritisch op ontwikkelingen in de professionele praktijk en helpen bij het aanjagen van innovaties in het professioneel handelen, in processen, producten en diensten. Zij vergaren daarbij kennis over nieuwe ontwikkelingen in de praktijk. Lectoren vertalen deze kennis samen met docenten naar de curricula van opleidingen en zijn betrokken bij het onderwijs. Dat versterkt het niveau van het onderwijs en stelt de opleidingen in staat om onderzoeksmethodologie, reflectie en kritisch denken te integreren in de opleidingsprogramma's.'* (Hogeschool Rotterdam, 2015, p. 2).

Het gaat bij praktijkgericht onderzoek op het hbo dus om het verbinden van onderwijs, praktijk en onderzoek, waarbij het lectoraat (verbonden aan een kenniscentrum) deze verbinding realiseert, versterkt en onderhoudt (zie figuur 10).



Bron: www.hr.nl/zorginnovatie

Kenniscentrum Zorginnovatie (2015) beschrijft de volgende drie doelen in haar strategisch onderzoeksprogramma:

1. Het onderzoek van Kenniscentrum Zorginnovatie draagt bij aan actuele, maatschappelijk relevante curricula, de ontwikkeling van studenten en de professionele ontwikkeling van docenten op het terrein van onderzoek en beroepspraktijk in relatie tot de verbetering van zorg en bevordering van gezondheid en participatiemogelijkheden.
2. Het onderzoek van Kenniscentrum Zorginnovatie draagt bij aan het ontwikkelen en delen van nieuwe kennis op het gebied van verbetering van de zorg en bevordering van gezondheid en participatiemogelijkheden.
3. Het onderzoek van Kenniscentrum Zorginnovatie draagt bij aan innovatie van de beroepspraktijk van professionals op het gebied van zorg en welzijn.

In het onderstaande beschrijf ik op welke manier het lectoraat Zorg voor Communicatie invulling geeft aan deze verbindende taak en wat hiervoor als onderbouwing wordt gebruikt.

Onderwijs

In dit hoofdstuk beschrijf ik de samenwerking met opleidingen logopedie en andere opleidingen binnen en buiten de gezondheidszorg. Tot slot komt de samenwerking met de universiteit aan bod.

8.1 Opleiding(en) Logopedie

Het lectoraat Zorg voor Communicatie is nauw verbonden met de opleiding Logopedie van Hogeschool Rotterdam. Dit betekent dat het onderzoeksprogramma van het lectoraat niet alleen voor de opleiding wordt uitgevoerd, maar ook *door* de opleiding. Evenals de lector zelf zijn de meeste onderzoekers van het lectoraat werkzaam als docent aan deze opleiding. Bovendien nemen vele studenten van de opleiding Logopedie deel aan diverse deelprojecten, als aspirant-onderzoeker of als participant. Dit zorgt ervoor dat implementatie van onderzoeksopbrengsten in het curriculum gemakkelijk verloopt; een docent-onderzoeker kan enerzijds nieuwe kennis uit eigen onderzoek aan studenten overbrengen, anderzijds kunnen studenten hierdoor ook worden gestimuleerd om zelf aan dergelijk onderzoek mee te doen of zelfs de rol van onderzoeker te vervullen.

Tijdens de opleiding Logopedie zijn er meerdere gelegenheden om studenten in het kader van hun eigen leerproces te laten participeren als aspirant-onderzoekers; er worden vanuit het lectoraat Zorg voor Communicatie onderzoeksopdrachten uitgegeven voor korte literatuurstudies (Critically Appraised Topics, afgekort CAT), voor de cursus Onderzoek en Internationalisering en voor minoren (zie de kaderteksten) en studenten worden uitgenodigd om met hun onderzoeksopdracht tijdens hun afstudeerstage aan te sluiten bij het onderzoeksprogramma 'Zorg voor Communicatie'.

Docent-onderzoekers van de Nederlandse en Vlaamse opleidingen Logopedie werken steeds meer samen in onderzoek. Hierbij worden ook studenten betrokken. Vanuit Rotterdam wordt reeds samengewerkt met Hogeschool Utrecht en de Thomas Moore Hogeschool Antwerpen in het project 'Logoclicks' (zie de kadertekst in paragraaf 6.4) en met de Hanzehogeschool Groningen in het project 'Dutch Position Statement Kinderen met Luisterproblemen' (zie de kadertekst in hoofdstuk 4).

Minor Taal en Gehoor, deelproject 'Akoestiek in Hoger Onderwijs'

In het kader van de minor Taal & Gehoor, een samenwerkingsminor van Hogeschool Rotterdam (opleiding Logopedie) en de VU Amsterdam (Language and Hearing Center, opleiding Toegepaste Taalwetenschappen), heeft een groep logopediestudenten (2016-2017) de in Rotterdam ontwikkelde vragenlijst LIFE-HO (Listening Inventories For Education-Hoger Onderwijs) afgenomen bij 100 normaal horende studenten van de VU Amsterdam (verdeeld over alle faculteiten). De antwoorden werden vergeleken met de antwoorden van 91 studenten van Hogeschool Rotterdam (eveneens verdeeld over alle instituten). Hieruit bleek dat zelfs normaal horende studenten regelmatig moeite hebben met het verstaan van docenten, met name in hoorcollegezalen. Ook blijken docenten niet altijd een microfoon te gebruiken, terwijl de apparatuur wel tot hun beschikking staat. Deze resultaten zijn verwerkt in het promotieonderzoek 'Jongeren met een hoorbeperking: welkom in het Hoger Onderwijs!' (Van den Heuij, Neijenhuis & Coene, 2017). Een volgende groep minorstudenten (2017-2018) onderzoekt bij docenten hoe zij tegenover microfoongebruik staan, met het oog op het kunnen ontwikkelen van aanbevelingen voor een betere toegang tot gesproken informatie in hoorcollegezalen.

Studentenproject 'Stottertherapie: waarom therapie met de VR-bril?'

In het kader van de cursus Ondernemen en Innoveren hebben vijf tweedejaars-studenten logopedie een idee voor stottertherapie met Virtual Reality (VR) ontwikkeld. In het kader van desensitisatie (ten behoeve van het verminderen van (spreek)angst zou therapie via VR nuttig kunnen zijn; behandeling vindt allereerst plaats in virtuele spreesituaties en bevordert de transfer van geleerde vaardigheden naar dagelijkse situaties. In november 2017 wonnen deze studenten de landelijke Bachelor Logopedie Innovatieprijs. Met name hun goede onderbouwing vanuit zowel theorie als (markt)onderzoek werd gewaardeerd. Het lectoraat Zorg voor Communicatie faciliteert hen om hun idee nog tijdens hun opleiding verder uit te werken. In 2018 zal het lectoraat opdrachtgever zijn van een vervolgproject in de cursus Onderzoek en Internationalisering, waarbij gezamenlijk wordt gezocht naar geschikte samenwerkingspartners. Samen met de partners zal bekeken worden wat de bruikbaarheid is van bestaande VR-therapiematerialen voor de huidige doelgroep en welke nieuwe materialen ontwikkeld en/of aangepast zouden moeten worden.

Belangrijk om hier te vermelden is het feit dat voor de studenten geldt dat ze werken aan het ontwikkelen van hun onderzoekend vermogen en dat hun werkzaamheden de naam 'praktijkgericht onderzoek' eigenlijk niet mogen dragen (zie ook Andriessen, 2016a). Deelname aan praktijkgericht onderzoek van het kenniscentrum in de vorm van een (deel)project is voor hen een middel om onderzoekscompetenties te ontwikkelen; daarnaast zijn er vele andere competenties nodig om het toekomstige beroep te kunnen uitoefenen. Praktijkgericht onderzoek mag deze naam pas krijgen als de nieuwe kennis, die eruit voortkomt, praktisch relevant, methodisch grondig en ethisch verantwoord is. Om de kwaliteit van de onderzoeksresultaten van studentenprojecten te borgen, wordt de begeleiding van deze studenten verzorgd door docent-onderzoekers, die onderzoeksmatig betrokken zijn bij het onderwerp; op deze manier kunnen zij zorgen voor estafette-onderzoek, waarbij verschillende (groepen) studenten na elkaar een deel van een groter onderzoek verrichten (zie de kadertekst).

Estafette-onderzoek Aphasia Impact Questionnaire (AIQ)

Rijndam Revalidatie is een van de vele stageplekken voor studenten logopedie. Tijdens een vierdejaarsstage voeren studenten tevens een kleinschalig, praktijkgericht onderzoek uit naar aanleiding van een praktijkvraag vanuit de stagebegeleider. Bij Rijndam Revalidatie worden meerdere langer lopende onderzoeksprojecten uitgevoerd, waar studenten logopedie met een deelvraag op aan kunnen sluiten.

In het voorjaar 2017 werd, in samenwerking met het lectoraat Zorg voor Communicatie, een start gemaakt met een Nederlandse vertaling van de Aphasia Impact Questionnaire (AIQ); een diagnose-specifieke vragenlijst waarmee de gevolgen van afasie op de domeinen 'communicatie', 'participatie' en 'welzijn' in kaart worden gebracht. In een eerste pilot werd de bruikbaarheid getest bij enkele cliënten van Rijndam Revalidatie (Den Broeder, 2017). Hieruit kwam de aanbeveling voort om het afnameprotocol en de formulering van de vragen nader te onderzoeken. Een volgende stagiaire nam de opdracht aan om de formulering van de vragen te onderzoeken op relevantie en begrijpelijkheid. Hiervoor werd de methode van 'cognitive interviewing' toegepast bij een nieuwe groep mensen met afasie (Vervorst, 2018). In de toekomst zal de definitieve, nu nog papieren, versie bewerkt worden tot een online variant en zal een uitgebreid normeringsonderzoek noodzakelijk zijn om de lijst te normeren en valideren. Studenten geven in dit zogenaamde 'estafette-onderzoek' het stokje van de aspirant-onderzoeker aan elkaar door, waarbij Rijndam Revalidatie en het lectoraat Zorg voor Communicatie gezamenlijk de langere lijn in de gaten houden en het onderzoek coördineren.

Het gehele docententeam van de opleiding Logopedie is betrokken bij het lectoraat, middels vier bijeenkomsten per jaar over de kennisagenda van de opleiding, waarbij wordt besproken bij welke onderwerpen er behoefte is aan nieuwe kennis. Dit levert vaak nieuwe opdrachten op waarmee studenten aan de slag kunnen. Voor onderwerpen die niet direct passen in het programma van Zorg voor Communicatie, zoals taalontwikkelen lesgeven en interprofessioneel onderwijs, worden andere verbindingen gelegd.

8.2 Andere IvG-opleidingen

Samenwerking met andere opleidingen binnen het Instituut voor Gezondheidszorg (IvG) vindt onder andere plaats via de IvG-werkgroep onderzoeksvaardigheden, waar wordt gediscussieerd over onderwijs in onderzoekend vermogen en vaardigheden voor evidence-based practice. Opbrengsten uit het langlopende onderzoek naar EBP-competenties van studenten worden in deze groep besproken om zowel onderzoek als onderwijs nieuwe impulsen te kunnen geven.

8.3 Opleidingen buiten IvG

Buiten het IvG is er samenwerking tussen het lectoraat en het Instituut voor Lerarenopleidingen (IvL) in het kader van de minor NT2 en de post-hbo opleiding NT2. Hierin wordt wederzijds geprofiteerd van aanwezige expertise om taalonderwijs aan personen die het Nederlands als tweede taal leren, te optimaliseren. Wat betreft samenwerking met de sociale opleidingen streeft het lectoraat Zorg voor Communicatie naar het jaarlijks indienen van een aantal afstudeeropdrachten voor de opleiding Social Work (Instituut voor Sociale Opleidingen).

8.4 Universiteit

Samenwerking met universitair onderwijs bestaat uit het verzorgen van stageplekken voor studenten aan de universitaire masteropleiding Toegepaste Taalwetenschap (VU Amsterdam), waarmee de aankomend taalwetenschapper bijdraagt aan lopend onderzoek en tegelijkertijd kennismakend met de werkzaamheden van onderzoekers binnen een kenniscentrum aan een hbo-instituut.

De opleiding Logopedie organiseert samen met het Amsterdam Language and Hearing Center de minor Taal en Gehoor, bedoeld voor zowel universitaire studenten als hbo-studenten logopedie. In het kader van deze minor verzorgt het lectoraat Zorg voor Communicatie de begeleiding van onderzoeksprojecten en dragen onderzoekers van het thema 'taal en gehoor' bij aan onderwijs op de VU Amsterdam (Scholing Kind, Taal en Gehoor II), dat tevens toegankelijk is voor het werkveld.

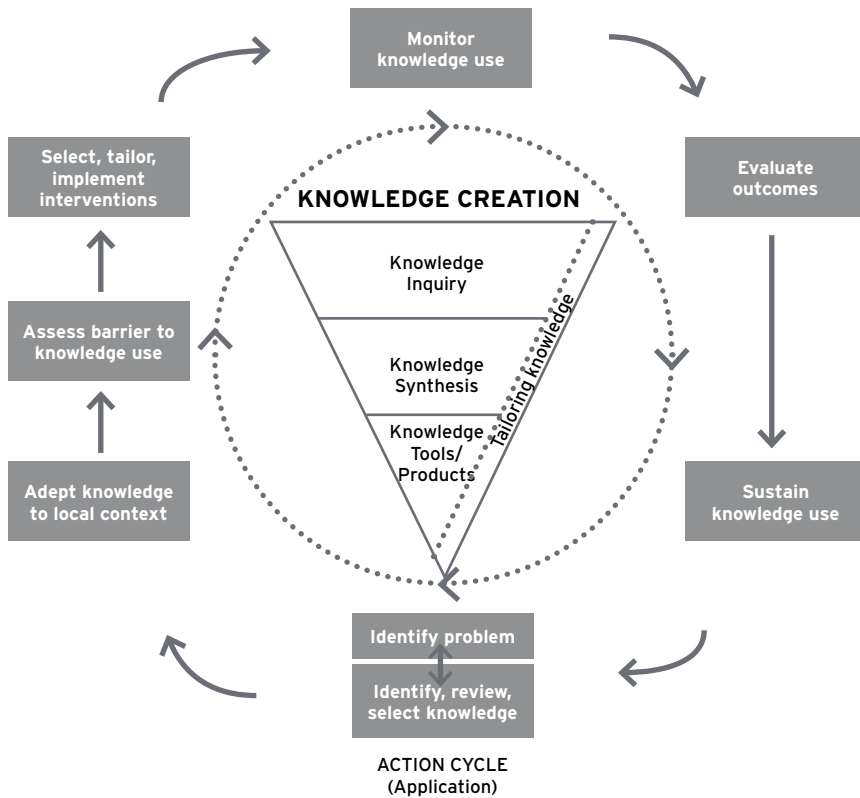
Praktijk

Bij praktijkgericht onderzoek is samenwerking tussen de onderzoeker en de praktijk onmisbaar. Het onderzoek start en eindigt namelijk in die praktijk. Daarnaast dient de praktijk ook zoveel mogelijk tijdens het onderzoek betrokken te zijn, voor optimale implementatie van de resultaten.

Maar wie is eigenlijk die praktijk? De praktijk die relevant is voor het lectoraat Zorg voor Communicatie, betreft meerdere partijen: de zorgprofessionals, de instellingen waar zij werken, ervaringsdeskundigen, bedrijven en beleidsmakers.

9.1 Implementatiegericht onderzoek

Voor optimale implementatie van de resultaten van onderzoek in de praktijk is een goede samenwerking tussen alle partijen vanuit een heldere visie belangrijk. Een model dat hiervoor gebruikt zou kunnen worden, is het Knowledge-to-Action Framework (zie figuur 11), dat als eerste is beschreven door Graham en collega's (2006). De basis van dit model is het proces van kenniscreatie waarin kennis wordt achterhaald (knowledge inquiry), vervolgens wordt samengevoegd (knowledge synthesis) en vervolgens op maat wordt gemaakt voor specifieke doelgroepen (knowledge tools/products). Dit proces is voorwaardelijk voor evidence-based werken; indien professionals de kennis niet op een voor hen toegankelijke wijze kunnen verwerken, gaat deze al snel verloren. Naast professionals is er ook ander publiek dat belang heeft bij de kennis, zoals cliënten en beleidsmakers. Greenhalgh (2017) beschrijft welke technieken men kan toepassen om de kennis op maat te maken. Hieronder vallen onder meer het verkorten en aanscherpen van de oorspronkelijke wetenschappelijke tekst tot een leesbaar geheel en het maken van visualisaties om de boodschap nog beter te laten overkomen. De cirkel rondom de basis van kenniscreatie is de actie-cirkel, die hoort bij het toepassen van kennis. De cirkel gaat in vele stappen van het identificeren van een probleem, waarbij kennis benodigd is, naar het identificeren en implementeren van benodigde interventies, tot aan het onderhouden van de nieuw geïmplementeerde kennis. Dit model herinnert gebruikers eraan dat kennis niet altijd direct toepasbaar is en dus op maat gemaakt moet worden. Daarnaast zijn er extra activiteiten nodig om het duurzaam gebruik van de nieuwe kennis te bewerkstelligen, zoals het systematisch monitoren van het implementatieproces.



Bron: Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell, W. et al. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24

9.2 Samenwerking tussen onderzoek, praktijk en onderwijs in de logopedie

Allereerst zijn de docenten en studenten van de opleiding Logopedie onderdeel van de praktijk: veel docenten werken buiten de hogeschool als logopedist en studenten lopen stage bij een logopedist. In hoofdstuk 8 is belicht dat de opleiding Logopedie en het lectoraat Zorg voor Communicatie nauw samenwerken. Alleen al hierdoor is er een constante wisselwerking tussen onderzoek, onderwijs en praktijk. Daarnaast staat de opleiding Logopedie in nauw contact met de stagebegeleiders, die ook betrokken worden bij onderzoeksopdrachten van de studenten. Stagebegeleiders krijgen de gelegenheid om opdrachten in te dienen voor een Critically Appraised Topic (CAT), derdejaars- of minorprojecten. Indien ze een vierdejaarsstudent begeleiden, worden ze opdrachtgever van het praktijk gericht onderzoek; dit geeft logopedisten in het werkveld de gelegenheid om een

onderzoeksvraag te (laten) beantwoorden, waarvoor ze normaliter de tijd en/of de competenties niet hebben. Het uitvoeren van een praktijkgericht onderzoek in de stage is namelijk nog maar vijf jaar geleden ingevoerd en dus voor vele langer werkende logopedisten relatief onbekend terrein. Het lectoraat heeft gezien deze 'achterstand' in onderzoeksvaardigheden van de al langer werkende logopedisten, ook een scholingsfunctie. Er blijkt onder de logopedisten in de praktijk namelijk wel een algemene interesse te zijn in deelname aan onderzoek, maar vanwege ontbrekende competenties weten ze niet altijd welke stappen ze kunnen doorlopen en welke kwaliteitseisen er zijn. Deze conclusie komt overeen met het resultaat van een studie van Finch e.a. (2013) onder logopedisten in Australië. Hierbij bleek de mate van ervaring en zelfvertrouwen in onderzoek een stuk lager te liggen dan de mate van interesse in deelname aan onderzoek. Ook daar werd geconcludeerd dat er vanuit deze interesse mogelijkheden zijn om onderzoekscapaciteit te vergroten vanuit de praktijk.

Sinds enkele jaren is er een samenwerkingsverband tussen Hogeschool Rotterdam opleiding Logopedie, het lectoraat Zorg voor Communicatie en de Zorggroep Logopedisten Rotterdam (Zoloro). Zoloro is een vereniging van en voor eerstelijnslogopedisten in de regio Rotterdam. De leden ondersteunen elkaar bij de uitvoering en de profilering van het vak logopedie. Met Zoloro vergroten ze hun 'slagkracht' om samen te werken met en aanspreekpunt te zijn voor organisaties binnen en buiten de zorg. In de online community (www.zoloro.nl) kunnen leden elkaar, producten en projecten vinden. Daarnaast ontmoeten de leden elkaar jaarlijks op vier bijeenkomsten voor logopedisten. Een van deze vier bijeenkomsten wordt gehouden op Hogeschool Rotterdam, waar studenten, docenten, docent-onderzoekers, stagebegeleiders en Zoloro-leden nieuwe kennis en onderzoeksvragen met elkaar uitwisselen. Het lectoraat speelt hier de verbindende rol middels de volgende drie doelstellingen:

1. kennisverspreiding en kennisdeling;
2. bewustwording dat een logopedist op verschillende manieren kan bijdragen aan praktijkgericht onderzoek én dat deze bijdrage onmisbaar is (zie ook tabel 7);
3. gezamenlijk onderzoek opzetten en uitvoeren.

Tabel 7 Rollen die een professional in de praktijk kan vervullen bij praktijkgericht onderzoek

Rol	Taak
Expert	Denkt mee vanuit de praktijk tijdens alle fasen van praktijkgericht onderzoek
Onderzoeker	Is (mede)verantwoordelijk voor de kwaliteit van het onderzoek
Signaleerder	Geeft behoefte aan nieuwe kennis aan
Opdrachtgever	Begeleidt studentenprojecten en stagiaires ten behoeve van een eigen onderzoeksvraag
Verzamelaar	Biedt hulp bij gegevensverzameling en/of uitvoering van de interventie
Deelnemer	Geeft mening over/perspectief op het beroep, middels interviews/enquêtes
Consument	Blijft op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen
Gebruiker	Past resultaten van onderzoek toe in de praktijk
Doorgeefluik	Geeft nieuwe kennis door aan (toekomstige) collega's

Gedurende het studiejaar 2016-2017 is de laatstgenoemde doelstelling tot een uitwerking gekomen via het project 'Met Taal Vooraan' (zie ook de kadertekst in hoofdstuk 5): een van de logopedisten van Zoloro werkt mee aan de ontwikkeling en uitvoering van de scholing 'Met Taal Vooraan', naast een docent-onderzoeker, die verantwoordelijk is voor de onderzoeksmatige uitvoering van het project.

9.3 Samenwerking met instellingen waar zorg voor communicatie wordt geboden

De in paragraaf 9.2 genoemde samenwerkingsverbanden betreffen veelal de samenwerking met logopedisten in eerstelijnspraktijken. Daarnaast zijn er zorg- en onderwijsinstellingen waarmee samenwerking plaatsvindt op het gebied van onderzoek. Logopedisten werken daar in multidisciplinair en/of interprofessioneel verband. Deze instellingen leveren eveneens op verschillende manieren een bijdrage aan het onderzoek.

De volgende organisaties en instellingen zijn als praktijkpartner betrokken bij lopende onderzoeksprojecten:

- Federatie Nederlandse Audiologische Centra (FENAC), in het project 'Implementatie Nederlands Position Statement Kinderen met Luisterproblemen' (zie kadertekst in hoofdstuk 4);
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), bij de ontwikkeling van de handleiding 'Journal Club' voor kwaliteitskringen logopedie en de ontwikkeling van de website 'Eenvoudig EBL' (zie kadertekst in paragraaf 6.3);
- De Zellingen, Afasiecentrum Rotterdam, voor werving van personen met afasie ter ondersteuning van het onderzoeksproject 'Con-tAct' (zie kadertekst in paragraaf 7.2);

- Rijndam Revalidatie, voor het project 'Con-tAct' (zie kadertekst in paragraaf 7.2): een pilot van de training van zorgprofessionals en cursus aan logopedisten én voor het project ter aanpassing en normering van de Aphasia Impact Questionnaire (zie kadertekst in paragraaf 8.1);
- instellingen voor vroeg- en voorschoolse educatie, in het project 'Met Taal Vooraan' (zie kadertekst in hoofdstuk 5);
- het centrum NT2Spraak, dat uitspraaktraining voor anderstaligen biedt (NT2Spraak.nl, Leiden), in het project ter aanpassing van een diagnostisch instrument voor uitspraak van het Nederlands door meertalige volwassenen (zie kadertekst in hoofdstuk 5).

9.4 Samenwerking met ervaringsdeskundigen

De praktijk, waar het uiteindelijk werkelijk om gaat, omvat de personen met de communicatieve beperkingen en hun omgeving. Dit zijn degenen voor wie het lectoraat zorg voor communicatie wil optimaliseren. Uiteindelijk weten zij zelf het beste wat hun behoeften zijn; de best passende antwoorden op deze behoeften kunnen gevonden worden door hun ervaringskennis te koppelen aan professionele deskundigheid wat betreft praktijkgericht onderzoek. Ervaringskennis is praktische kennis die cliënten opdoen door het leven met ziekte en behandeling: zij vinden door 'knowing in action' uit wat voor hen wel en niet werkt (Pols, 2014). Het lectoraat Zorg voor Communicatie maakt op diverse manieren gebruik van deze ervaringskennis:

- Met de Stichting Hoormij (vereniging voor mensen met hoorbeperkingen en ouders van kinderen met taalontwikkelingsstoornissen) bespreekt het lectoraat de behoefte aan nieuwe kennis. Tevens biedt de stichting een podium voor werving van deelnemers aan onderzoek door het lectoraat.
- Personen met afasie, als vrijwilligers (ervaringsdeskundigen) verbonden aan het afasiecentrum Rotterdam, fungeren als mede-trainers in rollenspellen bij de training en de cursus 'Con-tAct' (zie ook kadertekst in paragraaf 7.2). Een aantal van hen was acteur bij de films die in de training gebruikt worden als lesmateriaal.
- Voor het boek van het project 'Afasie en identiteit' (zie ook kadertekst paragraaf 6.4) worden illustraties gebruikt die een persoon met afasie heeft vervaardigd in het kader van de groepsbehandelingen die in het boek beschreven worden.

9.5 Samenwerking met het bedrijfsleven

In toenemende mate zijn bedrijven partner in praktijkgericht onderzoek; in de periode 2007-2014 is er een verdrievoudiging opgetreden van het aantal betrokken mkb-ondernemingen (De Jonge, 2016). Dit geeft goede mogelijkheden om producten en diensten te verspreiden voor een grotere doelgroep. Soms is er sprake van belangenverstrengeling: bedrijven hebben een winstoogmerk, zijn commercieel ingesteld en kunnen daardoor minder oog hebben voor de gewenste kwaliteit van een product. Gevolg hiervan is dat een product mogelijk te vroeg op de markt komt (omdat het nog niet volledig is ontwikkeld) of beschikbaar komt voor personen die het product niet gebruiken op de bedoelde wijze. Het samenwerken met het bedrijfsleven vereist dus duidelijke afspraken over eigenaarschap van producten, kennisverspreiding en ontvangst van eventuele opbrengsten.

Het lectoraat Zorg voor Communicatie heeft een samenwerkingsverband met de volgende bedrijven:

- Logoclicks, ten behoeve van het project 'Logoclicks', ter ontwikkeling van een online toepassing voor afasietherapie;
- Uitgeverij Breindok, ter ondersteuning van het project 'Afasie en identiteit', waarbij een boek uitgegeven wordt als eindproduct;
- YOC regie & productie, ten behoeve van de ontwikkeling van filmmateriaal voor het project 'Con-tAct'.

9.6 Samenwerking met beleidsmakers

Als nieuw ontwikkelde interventies niet passen binnen bestaand beleid, verloopt de implementatie relatief moeizaam, omdat daarvoor nieuw beleid nodig is. Als een zorgverlener bijvoorbeeld een nieuwe interventie niet kan declareren bij de zorgverzekeraar, loopt deze interventie het risico om in de kast te belanden, hoe effectief deze ook is. Beleidsmakers zoals zorgverzekeraars en gemeenten moeten dus bij het ontwikkelen van nieuwe interventies die het risico lopen niet vergoed te worden, meegenomen worden als belangrijke partij. Zij kunnen er namelijk voor zorgen dat deze interventies opgenomen worden als reguliere zorg en geïmplementeerd worden.

Praktijkgericht Onderzoek

Vanaf 2007 hanteert de Vereniging Hogescholen (toen nog HBO-raad geheten) de term 'praktijkgericht onderzoek' voor onderzoek dat in het hbo plaatsvindt.

10.1 Balanceren tussen praktische relevantie en methodische grondigheid

Praktijkgericht onderzoek wordt door Andriessen (2014) gedefinieerd als: *'onderzoek waarvan de vraagstelling wordt ingegeven door de beroepspraktijk en waarvan de opgedane kennis direct bij kan dragen aan die praktijk'* (p. 12). In hoofdstuk 9 is beschreven hoe het lectoraat de samenwerking met de praktijk vormgeeft en dus aan dat deel van de definitie voldoet. De definitie zegt echter niets over de manier waarop het onderzoek dient plaats te vinden. Praktijkgericht onderzoek is vaak complexer dan theoriegericht onderzoek omdat bij praktijkvraagstukken vele actoren bij zijn betrokken en methodologisch ingewikkeld omdat het moeilijk is om (zoals in een laboratorium) contextvariabelen onder controle te brengen (Andriessen, 2016a). Er zijn drie belangrijke redenen waarom praktijkgericht onderzoek van hoge kwaliteit moet zijn: het onderzoek heeft grote invloed op de praktijk, heeft grote invloed op de inhoud van het curriculum van opleidingen en wordt door andere onderzoeksinstellingen zoals universiteiten met argusogen bekeken vanwege de nieuwigheid (Andriessen, 2016b).

Maar wat bepaalt de kwaliteit van praktijkgericht onderzoek? Volgens Andriessen (2014) dient de kennis die het onderzoek oplevert, generiek te zijn en dient de weg ernaartoe een goede balans te bevatten tussen praktische relevantie en methodische grondigheid.

Wat betreft praktische relevantie is door van Beest, Baljé en Andriessen (2017) een model ontwikkeld, dat bruikbaar is gebleken om praktische relevantie en doorwerking van een onderzoek naar de praktijk te kunnen beschrijven: het PRO-model (Praktijkgereedheid van Onderzoek-Model, zie figuur 12). Zowel

voorafgaand aan als tijdens en na een onderzoek kan hiermee in kaart gebracht worden welke fasen het onderzoek heeft doorlopen en hoe praktijkgeraad het resultaat van het onderzoek is of zal zijn. Het model is geschikt voor alle domeinen van het hbo en besteedt aandacht aan de context waarin het onderzoek plaatsvindt. Er zijn twee dimensies in het model:

1. De horizontale as representeert de verschillende contexten van onderzoek, ook wel de mate van gecontroleerdheid van de onderzoeksactiviteiten: van 'werken in theorie' (in een gecontroleerde omgeving) naar 'werken in de praktijk' (de ongecontroleerde beroepspraktijk).
2. De verticale as geeft de verschillende soorten onderzoeksdoelen weer, aangaande de mate waarin de onderzoekers generieke of contextspecifieke uitspraken willen doen: van conceptualiserende naar contextualiserende doelen. Conceptualiseren wordt uitgelegd als abstraheren en veralgemeniseren van situatiespecifieke ervaringen, contextualiseren als het specifiek maken van theorie in concrete handelingen.

Het model is door Wilke van Beest en Daan Andriessen als een levensgroot Twister-kleed gepresenteerd op het Festival 'De Onderzoekswerkplaats' (Utrecht, 11 mei 2017) en bleek in deze werkvorm een nieuw perspectief te bieden op de onderzoeksactiviteiten van de deelnemers, inclusief mijzelf.

Figuur 12 PRO-model betreffende praktijkgeraadheid van onderzoek

PRO-model	in theorie	In concept	In praktijk
Verklaren & conceptualiseren	Mechanisme verklaren	Concept ontwikkelen	Concept afstemmen op de praktijk
Data verzamelen & experimenteren	Data verzamelen/ experimenteren in proefomgeving	Data verzamelen/ experimenten in de praktijk	Data verzamelen/ oplossing demonstreren in de praktijk
Impact realiseren	Realiseren inzicht bij de praktijk	Realiseren geaccepteerde verandering in de praktijk	Realiseren geborgde verandering in de praktijk

Bron: beschreven in Van Beest e.a., 2017; verkregen op 10-12-2017 via [https://research.hanze.nl/ws/portal-
files/portal/16544190](https://research.hanze.nl/ws/portal-
files/portal/16544190)



Werkvorm met het PRO-model waarbij de deelnemer via het letterlijk nemen van de opeenvolgende stappen in het onderzoek de praktijkgereedheid van zijn onderzoek kan beschrijven (genomen tijdens Festival 'De Onderzoekswerkplaats' in Utrecht, 11 mei 2017).

Wat betreft de methodische grondigheid zijn er binnen Kenniscentrum Zorginnovatie diverse instrumenten voorhanden om de kwaliteit van het onderzoek te borgen. Deze staan beschreven in Kwaliteitshandboek praktijkgericht onderzoek (Van Staa e.a., 2017). Naast de gedragscodes voor onderzoekers staan hierin voor alle fasen van het onderzoek werkwijzen beschreven voor het borgen van de kwaliteit en dus ook van de methodische grondigheid van het onderzoek.

10.2 Samenwerking met externe onderzoekers

Waar mogelijk werkt het lectoraat Zorg voor Communicatie samen met externe onderzoekers. Deze vindt het lectoraat bij andere hogescholen, universiteiten, zorginstellingen en de beroepsvereniging NVLF.

Bij twee projecten wordt samengewerkt met andere hogescholen. Het project 'Logoclicks' is een samenwerking tussen het bedrijf Logoclicks (penvoerder), Hogeschool Utrecht, Hogeschool Rotterdam en Thomas Moore Hogeschool Antwerpen (België). Bij de ontwikkeling van het 'Dutch Position Statement Kinderen met Luisterproblemen' werken Hanzehogeschool Groningen en Hogeschool Rotterdam samen.

Zoals beschreven in hoofdstuk 8 Onderwijs, is het Language and Hearing Centre Amsterdam (LHCA) van de VU Amsterdam een langdurige samenwerking aangegaan met het lectoraat Zorg voor Communicatie. Wat betreft onderzoek bestaat deze samenwerking voornamelijk uit het promotieonderzoek 'Jongeren met een gehoorbeperking: welkom in het Hoger Onderwijs!', waarbij een promotor en co-promotor vanuit het LHCA betrokken zijn. Een andere promotor bevindt zich aan de Universiteit van Gent (België). Hiermee is een sterke interprofessionele samenwerking tussen logopedie, taalwetenschappen en audiologie ontstaan.

Onderzoekers aan diverse zorginstellingen zijn betrokken bij onderzoek van het lectoraat Zorg voor Communicatie:

- Rijndam Revalidatie leidt het estafette-onderzoek ter ontwikkeling van een Nederlandse versie van de Aphasia Impact Questionnaire (AIQ) (zie kadertekst in paragraaf 8.1);
- Onderzoekers van Radboudumc Nijmegen en OLVG Amsterdam werken mee aan het ontwikkelen, uitvoeren en onderzoeken van de training 'Con-tAct' (zie kadertekst in paragraaf 7.2)

Vanuit mijn promotieonderzoek rondom diagnostiek van luisterproblemen (Neijenhuis, 2003) heb ik een breed internationaal netwerk opgebouwd. Naar aanleiding van de verspreiding van de vertaalde versie van het 'Dutch Position Statement Kinderen met Luisterproblemen' (De Wit, Neijenhuis & Luinge, 2017b) is belangstelling gekomen om een internationaal position statement te ontwikkelen, in samenwerking met onder andere de Britse vereniging voor audiologie (British Society of Audiology, BSA).

Vanuit regelmatige bezoeken aan het internationale tweejaarlijkse congres 'Evidence Based Health Care' (ook wel 'Sicily Conference' genoemd) zijn contacten ontstaan met diverse collega's, betrokken bij onderwijs in evidence-based practice aan toekomstige paramedici en verpleegkundigen. Naar aanleiding van het recent ontwikkelde onderwijsmateriaal EBPsteps in Noorwegen (Rydland Olsen, 2017) zijn eerste besprekingen geweest om dit materiaal te vertalen en toepasbaar te maken in andere talen. Een eventueel internationaal project, dat interessant onderwijsmateriaal voor alle opleidingen van het Instituut voor Gezondheidszorg kan opleveren, ligt hier binnen de mogelijkheden.

Sinds de oprichting in juli 2017 maakt de lector Zorg voor Communicatie deel uit van de wetenschapsraad van de beroepsvereniging NVLF. Logopedist-onderzoekers uit diverse hogescholen, kennis- en zorginstellingen zijn hierin verbonden. De wetenschapsraad beoogt onder andere om samenwerking tussen diverse onderzoekers te bevorderen.

10.3 Aansluiting bij onderzoeksagenda's

93

Er zijn diverse strategische, onderzoeks- en kennisagenda's waarmee het lectoraat Zorg voor Communicatie te maken heeft. Ik begin bij de strategische agenda van de Vereniging Hogescholen (#hbo2025 wendbaar en weerbaar, 2015): deze geeft de ambitie aan om praktijkgericht onderzoek op hogescholen verder uit te bouwen. De hbo-agenda 2016-2020 'Onderzoek met Impact' (Vereniging Hogescholen, 2016) werkt deze ambitie verder uit en vermeldt tien onderzoeksthema's, die elk ook weer verbinding leggen met de routes van de Nationale Wetenschapsagenda (NWA). Deze tien thema's vormen het gereedschap van het hbo om zich met de vraagstukken van de NWA te verbinden. De onderzoeksthema's van het lectoraat Zorg voor Communicatie passen bij twee thema's van de hbo-onderzoeksagenda, te weten:

1. gezondheid: zorg en vitaliteit; en
2. onderwijs en talentontwikkeling.

Bij het thema gezondheid (1) wordt onderschreven dat professionals in de zorg nieuwe werkwijzen en andere competenties nodig hebben, waaronder vaardigheden in evidence-based werken valt, het derde onderzoeksthema van Zorg voor Communicatie. Daarnaast wordt interprofessionele samenwerking steeds belangrijker. Daarom zal het lectoraat Zorg voor Communicatie daar waar mogelijk de expertise van de logopedist in samenwerking met andere professionals uitbuiten. Bij het thema onderwijs- en talentontwikkeling (2) wordt aangegeven dat aandacht nodig is voor grootstedelijke problematiek; dit aspect krijgt bij het lectoraat Zorg voor Communicatie uitwerking middels het vergroten van communicatieve toegankelijkheid en het voorkomen van communicatieve beperkingen voor meertalige, laaggeletterde personen in Rotterdam (onderzoeksthema 'Meer Taligheid'). Bovendien wordt het toegenomen belang van levenslang leren en training-on-the-job van professionals bij dit hbo-thema onderschreven; dit onderwerp past eveneens bij het onderzoeksthema 'evidence-based logopedie' van het lectoraat.

Het eerste thema (gezondheid: zorg en vitaliteit) is tevens afgeleid van de landelijke agenda praktijkgericht onderzoek Health (Health-Holland, 2015), waarin naast bevordering van evidence-based werken ook het vergroten van zelfmanagement en empowerment wordt benoemd als aandachtspunt. Dit laatste sluit aan op het onderzoeksthema 'logopedist als gezondheidscoach'.

Op het moment van het verschijnen van deze publicatie wordt gewerkt aan een kennisagenda Logopedie, waarvoor een subsidie is toegekend door ZonMW (looptijd januari-juli 2018). Dit is een vervolg op het hoofdlijnenakkoord van het Paramedisch Platform Nederland (PPN) dat in juli 2017 werd gesloten. Hierin is afgesproken dat alle partners afstemming bereiken over de verschillende kennisagenda's. Voor de ontwikkeling van de kennisagenda Logopedie zullen kennishiaten worden

geïnterpreteerd in care, cure en onderwijs, die voor de dagelijkse praktijkvoering van een logopedist relevant zijn. Deze kennisagenda zal in de toekomst dienen als leidraad voor onderzoek. Vanuit de deelname aan de wetenschapsraad zal het lectoraat Zorg voor Communicatie nauw betrokken zijn bij de ontwikkeling en uitvoering hiervan.

Tot slot de aansluiting bij het strategisch beleid van het Instituut voor Gezondheidszorg (IvG) en Kenniscentrum Zorginnovatie (KCZI).

Het strategisch beleid van IvG (2016) is vanzelfsprekend met name gericht op het onderwijs. De samenwerking met KCZI betreft de implementatie van onderzoeksresultaten in de curricula voor studenten en de professionalisering van docenten. In hoofdstuk 8 Onderwijs heb ik het aandeel beschreven dat het lectoraat Zorg voor Communicatie hierin levert. De ontwikkeling van een kennisagenda voor de opleiding Logopedie (in opdracht van IvG, in samenwerking met KCZI) is bij de aanvang gelijk opgegaan met het onderzoeksprogramma Zorg voor Communicatie. Vanaf 2018 zal er nog steeds grote overlap zijn, maar zullen beide partijen ook zoeken naar aansluiting bij andere lectoraten en kenniscentra om innovatiekracht te kunnen vergroten.

Het IvG wil zich inzetten voor verbetering van interprofessioneel onderwijs. Hierbij zal het lectoraat Zorg voor Communicatie aansluiten door de trainingen ter bevordering van communicatieve vaardigheden van professionals (zoals Con-tAct) die het lectoraat heeft ontwikkeld, ook aan te bieden binnen het onderwijs; studenten logopedie zullen aanvankelijk getraind worden in het aanbieden van de training en vervolgens kunnen zij hun toekomstige collega-zorgprofessionals trainen.

Daarnaast zet het IvG hoog in op taalbeleid om studiesucces te vergroten. Het lectoraat Zorg voor Communicatie is hierbij nauw betrokken. Bij het vergroten van studiesucces van studenten met communicatieve beperkingen is taalvaardigheid immers ook een belangrijke factor (zie als voorbeeld het project 'Jongeren met een gehoorbeperking: welkom in het Hoger Onderwijs!', beschreven in hoofdstuk 4). Het strategisch onderzoeksprogramma 2016-2019 van KCZI (2015) beschrijft de plannen voor het lectoraat Zorg voor Communicatie in relatie tot de vier bestaande onderzoekslijnen:

1. Zelfmanagement en Participatie (het cliëntperspectief): het bevorderen en beter ondersteunen van zelfmanagement en participatie bij mensen met chronische aandoeningen;
2. Samenhang in Zorg (het organisatieperspectief): het inzichtelijk maken en aanpakken van afstemmingsvraagstukken in de patiëntenzorg;

3. Evidence-Based Care (het professionele perspectief): het professioneel handelen van de zorgprofessional die zich richt op het bieden van kwalitatief hoogwaardige zorg die gebaseerd is op evidence uit de meest actuele inzichten, professionele kennis en ervaring en de normen en waarden van de individuele patiënt en/of diens naaste;
4. Zorginnovatie met Technologie: het inzetten van techniek, ict of media om de innovatie van zorg optimaal te ondersteunen.

Het lectoraat Zorg voor Communicatie is ondergebracht bij de onderzoekslijn Evidence-Based Care (EBC). Het onderzoeksthema 'evidence-based logopedie' is hier als vanzelfsprekend nauw mee verwant. Ook is het thema 'logopedist als gezondheidscoach' hiermee verbonden, met name op het gebied van *shared decision making*; dit houdt in dat de logopedist personen met communicatieve beperkingen helpt om te voorkomen dat een gebrek aan communicatieve ondersteuning door de zorgprofessional leidt tot ongelijke behandeling in vergelijking met personen zonder communicatieve beperkingen.

Aansluiting bij de andere onderzoekslijnen is niet ondenkbaar. Bij de onderzoekslijn 'Zelfmanagement en Participatie' ligt een kans voor de toekomst: het bevorderen van participatie van personen met communicatieve beperkingen staat immers, naast het professionele perspectief, ook centraal. Een verandering in competenties en aanbod van de logopedist zal de samenwerking met andere professionals op organisatorisch niveau ook beïnvloeden, waarop de onderzoekslijn 'Samenhang in Zorg' expertise heeft ontwikkeld. De dwarsliggende onderzoekslijn 'Zorginnovatie met Technologie' zal in samenwerking kunnen bijdragen aan projecten waarbij technologische ondersteuning centraal staat.

Referenties

- Andriessen, D. (2014). *Praktisch relevant én methodisch grondig? Dimensies van onderzoek in het hbo*. Openbare les lectoraat Methodologie van praktijkgericht onderzoek. Hogeschool Utrecht.
- Andriessen, D. (2016a). Drie misverstanden over onderzoek in het hbo. *Hoger Onderwijs Management*, najaar 2016.
- Andriessen, D. (2016b). Werk aan de Winkel; uitdagingen voor de volgende 15 jaar praktijkgericht onderzoek in het hbo. In: C. Hageman & D. Andriessen, *Praktijkgericht onderzoek in de etalage; Essays over praktijkgericht onderzoek*. Den Haag: Vereniging Hogescholen.
- Alphen, P. van, Meester, M. & Dirks, E. (2017). LENA onder de loep: een nieuwe tool om het taalaanbod thuis bij peuters met TOS in kaart te brengen. *Van Horen Zeggen*, 2017, 4, 14-19.
- Barten, C. (2011). *De Communicatiekoffer*. Averbode (B)/ Best (NL): uitgeverij CEGO.
- Bastiaanse, R., Sandt-Koenderman, M. van der & Satoer, D. (2016). *De Afasie Nieuwslezer*. Afasienet.
- Beest, W. van, Balje, J. & Andriessen, D. (2017). Hoe meet je praktische relevantie? Nieuw model voor praktijkgerichte onderzoekers. *THEMA*, 24(4), 52-58.
- Berns, P.E.G., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., Staij, M. G. van der, Wessel, S. van, Dun, W. van, Lonkhuijzen, J.G. van & CBO (2015). *Logopedische Richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Berns, P.E.G. & Brondijk, G.H. (2014). Grondslagen van de logopedie. In: A. Meulenberg-Brouwer & H. van der Pol-Top (Eds.), *Dialog - Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist* (pp. 121-146). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Brink, G. van den, Struik, S. & Wiel, M. aan de (1995). *Diagnostisch Uitspraak Instrument Meertaligen*. Lisse: Swets Test Services.
- Briscoe, J., Bishop, D.V.M. & Norbury, C.F. (2001). Phonological processing, language and literacy: A comparison of children with mild-to-moderate sensorineural hearing loss and those with Specific Language Impairment. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42, 329-340.
- British Society of Audiology (2007). *Interim Position Statement on APD*. BSA: APD Steering Committee.

- Cleave, P. L., Becker, S. D., Curran, M. K., Horne, A. J. O. van & Fey, M. E. (2015). The efficacy of recasts in language intervention: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 237-255.
- Broeder, den (2017). *Impact van Afasie*. Eindverslag praktijkgericht onderzoek. Opleiding Logopedie Hogeschool Rotterdam.
- Bialystok, E. (2011). Reshaping the Mind: The Benefits of Bilingualism. *Canadian Journal Experimental Psychology*, 65(4), 229-235. doi:10.1037/a0025406.
- Boekhout, F., Cadsand, E. van, Jansma, A. & Zeeman, L. (2015). Ontwerp site EBP. Uitwerking opdracht cursus Organiseren en Innoveren jaar 2, opleiding Logopedie, Hogeschool Rotterdam.
- Boer, P. den & Frietman, J. (2016). *Arbeidsmarktonderzoek logopedie 2015*. Nijmegen: KBA.
- Büttgen, H., Groot, D. de, Langstraat, A., Kil, L., Willemse, J. & Mans, L. (2017). *Participation & SLT's, How about that?* Posterpresentatie cursus Onderzoek en Internationalisering, opleiding Logopedie, jaar 3, Hogeschool Rotterdam.
- CBS (2017, 31 oktober). *Bevolking groeit wederom vooral door migratie*. Verkregen via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/44/bevolking-groeit-wederom-vooral-door-migratie>
- Chan, A. K., McCabe, P. & Madill, C. J. (2013). The implementation of evidence-based practice in the management of adults with functional voice disorders: a national survey of speech-language pathologists. *International journal of speech-language pathology*, 15(3), 334-344.
- Clement, C., Tullener, E. & Bree, E. de (2015). Laaggeletterdheid en logopedie: Lees- en schrijfproblemen bij volwassenen in de logopedische praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Logopedie*, 87(9), 14-20.
- Commissie rechten van de mens (2017). Rapportage naleving VN-verdrag handicap in Nederland. Verkregen op 04-12-2017 via <https://www.mensenrechten.nl/berichten/vn-verdrag-handicap-nog-onvoldoende-ge-mplementeerd-nederland>
- Cornips, L. & Heuij, K. van den (2015). Staat het opgroeien in dialect een goede woordenschat in het Nederlands in de weg? *Levende Talen Magazine*, 7, 12-17.
- Dalemans, R. (2009). Denken voorbij de stoornis; een participatiegerichte benadering. *Logopedie en Foniatrie*, 12, 380-383.
- Dollaghan, C.A. (2007). *The Handbook for Evidence-Based Practice in Communication Disorders*. Baltimore: Brookes Publishing Company.
- Doornweerd, M. (2017). *EBP versus Practice-Based Evidence*. Blog 'Zo Gezegd Zo Gedaan'. Verkregen op 01-11-2017 via <http://www.zogezeqd-zogedaan.com/ebp-versus-practice-based-evidence/>
- Dungen, L. van den (2013) *Taaltherapie voor kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Dungen, L. van den & Verboog, M. (1998). *Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*. Bussum: uitgeverij Coutinho.

- Eadie, T., Yorkston, K., Klasner, E., Dudgeon, B., Deitz, J., Baylor, C., Miller, R. & Amtmann, D. (2006). Measuring communicative participation: a review of self-report instruments in speech-language pathology. *American Journal of Speech Language Pathology* 15, 307-320.
- Finch, E., Conrnwell, P., Ward, E.C. & McPhail, S.M. (2013). Factors influencing research engagement: research interest, confidence and experience in an Australian speech-language pathology workforce. *BMC Health Services Research*, 13, 144.
- Forsgren, E., Antonsson, M. & Saldert, C. (2013). Training conversation partners of persons with communication disorders related to Parkinson's disease - a protocol and a pilot study. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 38(2), 82-90.
- Gemeente Rotterdam (2015). *Factsheet Taal en Integratie*. Door CINOP, in opdracht van gemeente Rotterdam. Verkregen op 29-11-2017 via https://www.rotterdam.nl/werken-leren/taal-en-integratie/Factsheet_Taal-en-integratie.pdf
- Gillam, S. & Gillam, R. (2006). Making Evidence-based decisions about child language intervention in schools. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 37, 304-315.
- Girolametto, L. & Weitzman, E. (2002). Responsiveness of child care providers in interactions with toddlers and preschoolers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 33(4), 268-281.
- Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.M., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell, W. & Robinson, N. (2006). Lost in Knowledge Translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.
- Greenhalgh (2017). *How to implement evidence-based health care*. Oxford, UK: Wiley Blackwell.
- Greenhalgh, T., Howick, J. & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *British Medical Journal*, 348, g3725.
- GroenLinks, PvdA, NIDA & VVD (2017). *De 10 voor Taal; Tien actiepunten voor een Rotterdam zonder taalachterstand*. Notitie voor gemeenteraad Rotterdam.
- Groot, I. de & Oosterwijk, M. (2017). *SMART in de logopedie; doelen stellen in de praktijk*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Hageman, C. & Andriessen, D. (2016). *Praktijkgericht onderzoek in de etalage*. Vereniging Hogescholen.
- Hansson, K., Sahlén, B. & Mäki-Torkko, E. (2007). Can a 'single hit' cause limitations in language development? A comparative study of Swedish children with hearing impairment and children with Specific Language Impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 42, 207-323.
- Heuij, K.M.L. van den, Neijenhuis, K. & Coene, M. (2017). Acoustic environments that support equally accessible oral higher education as a human right. *International Journal of Speech-Language Pathology*, gepubliceerd online op 22 december 2017; verschijnt officieel in april 2018.

- Hilari, K. & Botting, N. (2011) *The impact of communication disability across the lifespan*. Guildford, UK: J&R Press.
- Hlavnička, J., Čmejla, R., Tykalová, T., Šonka, K., Růžička, E. & Rusz, J. (2017). Automated analysis of connected speech reveals early biomarkers of Parkinson's disease in patients with rapid eye movement sleep behaviour disorder. *Scientific reports*, 7(1), 12.
- Hodeige, E., Jansma, A., Klaarhamer, S., Valster, S. & Zwinkels, M. (2017). *Participation-focused speech-language therapy in The Netherlands; to what extent do speech therapists focus on the communicative participation of the client throughout the process of Speech Language Therapy?* Posterpresentatie cursus 'Onderzoek en Internationalisering, opleiding Logopedie, jaar 3, Hogeschool Rotterdam, 23 juni 2017.
- Hogeschool Rotterdam (2015). *Praktijkgericht onderzoek bij Hogeschool Rotterdam; visie en beleid*. Rotterdam: auteur.
- Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van & Smid, H. (2011) How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163.
- Hutchby, I. & Wooffitt, R. (2008) *Conversation Analysis*. Cambridge: Polity Press.
- Huysmans, E. (2016) *Where Language and Hearing Meet: Consequences of Congenital Hearing Impairment on the Production and Reception of Language in Adults*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit Medische Wetenschappen.
- Hogeschool Rotterdam, opleiding Logopedie (2013). *COLORRS: Competenties en Logopedische Rollen van de Rotterdamse Student*. Hogeschool Rotterdam.
- International Association of Logopedics and Phoniatrics (2010). Revised IALP education guidelines (September 1, 2009): IALP Guidelines for initial education in speech-language pathology. *Folia Phoniatrica Logopedica* 62, 210-216.
- Hogeschool Rotterdam, Instituut voor Gezondheidszorg (2016). *Strategisch beleidsplan 2017-2020*. Hogeschool Rotterdam.
- Jonge, J. de (2016). *Praktijkgericht onderzoek bij lectoraten van hogescholen*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Jordaan, H. (2008). Clinical intervention for bilingual children: an international survey. *Folia Phoniatrica et Logopedica* 60(2), 97--105.
- Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Felson Duchan, J., Simmons-Mackie, N. & Square, P. (2004). A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11(1), 67-83.
- Kalf H. & S. van Zundert (red). (2017). *Logopedie bij de ziekte van Parkinson, een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

- Kaljouw, M. & Vliet, K. van (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie (2015). *Strategisch onderzoeksprogramma 2016-2019*. Hogeschool Rotterdam.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- König, A., Satt, A., Sorin, A., Hoory, R., Toledo-Ronen, O., Derreumaux, A., Manera, V., Verhey, F., Aalten, P., Robert, P.H. & David, R. (2015). Automatic speech analysis for the assessment of patients with predementia and Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 1(1), 112--124.
- Krisse, H. de, Teunissen, C., Scharren, C., Dood, C. & Strating, H. (2016). *Kennissynthese 'onderkenning en aanpak van laaggeletterdheid in relatie tot gezondheidsvaardigheden'*. Nijmegen: Expertisecentrum Nederlands.
- Kromme, C. (2017). Humanification. Go digital, stay human. Verkregen op 14-11-2017 via <http://christiankromme.com/the-book>
- Law, J., Gaag, A. van der, Hardcastle, B., Beck, J., MacGregor, A. & Plunkett, C. (2007). *Communication support needs: a literature review*. Edinburgh: Scottish Executive Social Research. Verkregen op 20-11-2017 via <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2007/06/12121646/0>
- Lectoreninitiatief Professionalisering Taalonderwijs Nieuwkomers (2017). *Ruimte voor nieuwe talenten; Keuzes rond nieuwkomers op de basisschool*. Rapport in opdracht van de PO-raad en het ministerie van OCW. Verkregen op 15-11-2017 via <https://www.poraad.nl/nieuws-en-achtergronden/handreiking-po-raad-biedt-nieuw-perspectief-op-meertaligheid-en-integratie>
- Lindenberg, C. (2014). De rol van coach/begeleider. In: A. Meulenberg-Brouwer & H. Van der Pol-Top (Eds.), *Dialogo; Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist* (pp. 75--92). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Lindenberg, C., Berns, P. & Günther, T. (2017). *Opleidingsprofiel Bachelor Logopedie Nederland*. Studierichtingsleiders Overleg Logopedie.
- Martin, J. (2017). *Crowdsourced, automated, continuous, automated systematic reviews?* Oral presentation, 8th International Conference for evidence-based healthcare teachers and developers, 25-28 oktober, Taormina, Italië.
- Maor, E., Sara, J., Orbelo, D., Lerman, L., Levanon, Y., Silberklang, N., Luz, Y., Perry, D. & Lerman, A. (2016). *The Sound of Atherosclerosis: Voice signal Characteristics are independently associated with coronary artery disease*. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Verkregen op 15-11-2017 via <https://pr.blonde20.com/wp-content/uploads/2016/11/Beyond-Verbal-and-Mayo-Clinic-CAD-Poster.jpg>
- Money, D., Hartley, K., McAnespie, L., Crocker, A., Mander, C., Elliot, A., Burnett, C., Hazel, G., Bayliss, R., Beazley, S. & Tucker, S. (2016). *Inclusive Communication and the Role of Speech and Language Therapists*. Royal College of Speech and Language Therapists Position Paper. London: RCSLT.

- Mundt, J.C., Vogel, A.P., Feltner, D.E. & Lenderking, W.R. (2012). Vocal acoustic biomarkers of depression severity and treatment response. *Biological psychiatry*, 72(7), 580-587.
- Neijenhuis, K. (2003). *Auditory Processing Disorders: Development and evaluation of a test battery*. Proefschrift. Radboud Universiteit Nijmegen, faculteit Medische Wetenschappen.
- Neijenhuis, K. (2016). Wat is evidence-based logopedie? *Nederlands Tijdschrift voor Logopedie*, 12, 30-31.
- Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., Witkamp, E. & Verhoef, J. (2015). *Bijscholing van een kwaliteitskring om evidence-based logopedie te bevorderen: werkt dat?* Presentatie op NVLF-jaarcongres, 13 november, Nieuwegein.
- Neijenhuis, K., Verhoef, J. & Dekker-van Doorn, C. (2017). *Do curriculum changes affect EBP competencies of speech-language therapy students?* Oral presentation, 8th International Conference for evidence-based healthcare teachers and developers, 26 oktober, Taormina, Italië.
- Neijenhuis, K., Lipke-Steenbeek, W. & Houweling, L. (2014). *Log(oped)isch redeneren, evidence-based practice en reflecteren*. In: A. Meulenbergh-Brouwer & H. Van der Pol-Top (Eds.), *Dialoog; Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist* (pp. 185-222). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Neijenhuis, K., Wit, E. de & Luinge, M. (2017): Perspectives of Dutch health professionals regarding auditory processing disorders; a focus group study. *International Journal of Audiology*, 56(12), 942-950.
- Nicholas, J. & Geers, A. (2007). Will they catch up? The role of age at cochlear implantation in the spoken language development of children with severe to profound hearing loss. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50, 1048-1062.
- NVLF (2013). *Beroepsprofiel logopedist*. Woerden: NVLF.
- NVLF (2017). *Handleiding Journal Club*. Woerden: NVLF. Alleen voor leden van NVLF verkrijgbaar via www.nvlf.nl
- NWO (2015). *Groot Nationaal Onderzoek levert blauwdruk gesproken Nederlands*. Nieuwsbericht. Verkregen op 20-11-2017 via <https://www.nwo.nl/actueel/nieuws/2015/groot-nationaal-onderzoek-levert-blauwdruk-gesproken-nederlands.html>
- NTR, De Kennis van Nu (2017). *Groot nationaal onderzoek Sprekend Nederland*. Verkregen op 20-11-2017 via <https://dekennisvannu.nl/site/special/Groot-Nationaal-Onderzoek-Sprekend-Nederland/17#!/>
- O'Connor, S. & Pettigrew, C.M. (2009). The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence-based practice by speech and language therapists. *International journal of language & communication disorders*, 44(6), 1018-1035.

- Oomkes, F. R. (2013) *Communicatieleer*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Perkins, L., Whitworth, A. & Lesser, R. (1998). Conversing in dementia: A conversation analytic approach. *Journal of Neurolinguistics*, 11(1), 33-53.
- Pharos (2016). *Factsheet laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden*. Verkregen op 27-11-2017 via http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet_beperkte%20gezondheidsvaardigheden_en_laaggeletterdheid.pdf
- Pickles, A., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Salomone, E., Cole-Fletcher, R., Tobin, H., Gammer, I., Lowry, J., Vamvakas, G., Byford, S., Aldred, C., Slonims, V., McConachie, H., Howlin, P., Parr, J., Charman, T. & Green, J. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet*, 388(10059), 2501-2509.
- Plante, E. (2004). Evidence based practice in communication sciences and disorders. *Journal of Communication Disorders*, 37(5), 389-390.
- Polis, J. (2014). Knowing patients, turning patient knowledge into science. *Science, Technology, & Human Values*, 39(1), 73-97
- Pluijm, M. van der (2014). *Taal begint thuis. Ervaringen, inspiratie en tips voor samenwerking tussen scholen en ouders voor meer taalstimulering thuis*. Rotterdam: Beter Presteren.
- Richards, J.A., Xu, D., Gilkerson, J., Yapanel, U., Gray, S. & Paul, T. (2017). Automated assessment of child vocalization development using LENA. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(7), 2047-2063.
- Ridder, B. de (2017). Presentatie op districtsbijeenkomst NVLF, 24 mei, Breda.
- Roberts, M.Y. & Kaiser, A.P. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180-199.
- Rydland Olsen, N. (2017). *User experience and performance of a mobile application for translating EBP to clinical education: the EBPsteps*. Presentatie op de 8th International Conference for evidence-based healthcare teachers and developers, 25-28 oktober, Taormina, Italië.
- Sackett, D. L., Straus, S.E., Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sanders, L. (2017). *Een onderzoek naar de overgang tussen vo en hbo voor jongeren met een hoorbeperking*. Productstage bij Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie in kader van studie Toegepaste Taalwetenschappen, VU Amsterdam.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A. & Cherney, L. R. (2016). Communication partner training in aphasia: An updated systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 97(12), 2202-2221.

- Siméa (2017). *Richtlijn voor de toelaatbaarheidsbepaling voor ondersteuning of het onderwijs door de instellingen voor auditief en/of communicatief beperkte leerlingen*. Utrecht: Stichting Siméa. Verkregen op 20-11-2017 via <http://www.simea.nl/dossiers/passend-onderwijs/brochures-po/simea-brochure-richtlijn-toelaatbaarheid-20170901.pdf>
- Singer, I., Klatte, I., Cnossen, I. & Gerrits, E. (2017) Communicatieve redzaamheid bij kinderen met taalontwikkelingsstoornissen; ontwikkeling van consensus over het begrip. *Nederlands tijdschrift voor logopedie*, 89(4), 18-25.
- Thijs, A., Fisser, P. & Hoeven, M. van der (2014). *21e eeuwse vaardigheden in het curriculum van het funderend onderwijs*. Enschede: SLO.
- Smit, M. de (2017). *Dealen met je Dialect*. Verkregen via <https://nos.nl/op3/artikel/2194410-dealen-met-je-dialect-je-voelt-je-minderwaardig.html>
- Sorin-Peters, R. (2004). The evaluation of a learner-centered training programme for spouses of adults with chronic aphasia using qualitative case study methodology. *Aphasiology*, 18(10), 951-975.
- Spek, B., Neijenhuis, K., Lucas, C. & Dijk, N. van (2015). A systematic review on the scope and quality of the evidence base regarding voice therapy as performed by speech and language therapists. In: B. Spek, *Teaching evidence-based speech and language therapy; influences from formal and informal curriculum*. Proefschrift. Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit Medische Wetenschappen. Verkrijgbaar via <http://dare.uva.nl/record/1/447127>
- Staa, A. van (2017). *Kwaliteitshandboek praktijkgericht onderzoek*. I.s.m. Werkgroep Onderzoekskwaliteit en -integriteit Kenniscentrum Zorginnovatie. Hogeschool Rotterdam.
- Staa, A.L. van, Cardol, M. & Dam, A. van (2017). Positieve gezondheid kritisch beschouwd. Niet nieuw, onduidelijk, misleidend en niet zonder risico. *Tijdschrift Positieve Psychologie*, 4, 32-39.
- Svirsky, M., Robbins, A., Kirk, K., Pisoni, D. & Miyamoto, R. (2000). Language development in profoundly deaf children with cochlear implants. *Psychological science*, 11(2), 153-158.
- Tait, M., Lutman, M.E. & Nikolopoulos, T.P. (2001). Communication development in young deaf children: review of the video analysis method. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 61, 105-112.
- Tetnowski, J. A. & Damico, J. S. (2001). A demonstration of the advantages of qualitative methodologies in stuttering research. *Journal of Fluency Disorders*, 26(1), 17-42.
- Tonelli, M. R. (2006). Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *Journal of evaluation in clinical practice*, 12(3), 248-256.

- Torrence, J., Baylor, C., Yorkston, K. & Spencer, K. (2016). Addressing communicative participation in treatment planning for adults: a survey of US speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 25, 355-370.
- Vereniging Hogescholen (2015). *Strategische visie #hbo2025 wendbaar en weerbaar*. Verkregen op 10-12-2017 via www.vereniginghogescholen.nl.
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C. & Rosendal, H. (2015). *Zorgbasics 'Praktijkgericht onderzoek'*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Vervorst, M. (2018). *Zelf de impact van afasie kunnen aangeven; Hoe personen met een lichte afasie vragen van de AIQ-NL interpreteren*. Eindverslag praktijkgericht onderzoek opleiding Logopedie Hogeschool Rotterdam. Hogeschool Rotterdam
- Vivideo (2011). Diapresentatie bij blogpost 'Twitter loopt tegen de communicatiemuur' gepubliceerd op vivideo.nl op 26 januari 2011. Verkregen op 15-12-2017 via <https://www.slideshare.net/vivideo/communicatiemuur>
- Vliet, K. van, Grotendorst, A. & Roodbol, P. (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen; Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (2003, 3 april). Verkregen op 20-11-2017 via <http://wetten.overheid.nl/BWBR0014915/2017-01-01>
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (1994, 17 november). Verkregen op 20-11-2017 via <http://wetten.overheid.nl/BWBR0007021/2006-02-01>
- Wielaert, S.M. (2016) 'Conversation is a two-way process' *Introducing conversation partner training in aphasia in Dutch rehabilitation practice*. Proefschrift. University of the West of England, Bristol (UK). Verkrijgbaar via <http://eprints.uwe.ac.uk/26904>
- Wielaert, S. & Wilkinson, R. (2012). *Partners van Afasiepatiënten Conversatietraining; PACT*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wit, E. de, Visser-Bochane, M.I., Steenbergen, B., Dijk, P. van, Schans, C.P. van der & Luinge, M.R. (2016). Characteristics of Auditory Processing Disorders: A Systematic Review. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 59, 384-413.
- Wit, E. de, Neijenhuis, K. & Luinge, M.R. (2017a). *Dutch Position Statement Kinderen met Luisterproblemen*. Utrecht: Federatie van Nederlandse Audiologische Centra. Verkregen via https://www.fenac.nl/site/assets/files/2277/position_statement_kinderen_met_luisterproblemen_-_de_wit_-_luinge_neijenhuis_-_juli_2017.pdf

- Wit, E. de, Neijenhuis, K. & Luinge, M.R. (2017b). *Dutch Position Statement Children with Listening Difficulties (translated version)*. Verkrijgbaar via <https://www.rotterdamuas.com/research/projects-and-publications/pub/dutch-position-statement-children-with-listen/6162d66e-46ce-496c-9ff9-23bc82673007/>
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (2014, 9 juli). Verkregen op 15-1-2018 via <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/>
- Yao, Y. & Ours, J. van (2016). *The wage penalty of dialect speaking*. IZA (Institut zur Zukunft der Arbeit) discussion paper no.10333. Verkregen op 20-11-2017 via <ftp.iza.org/dp10333.pdf>

Over de lector

Karin Neijenhuis is geboren op 10 juli 1972 in Winterswijk. Na het afronden van de opleiding Logopedie aan hogeschool Windesheim te Zwolle (in 1994), studeerde ze spraak-taalpathologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen (diploma in 1997). Haar masterthesis 'Validering van een categorale spraakwaarnemingstest voor kinderen' leverde de Stichting Logopedie Fonds Prijs op, die haar stimuleerde om in het onderzoek verder te gaan. In 2003 promoveerde ze aan de Radboud Universiteit Nijmegen op het proefschrift 'Auditory Processing Disorders; Development and evaluation of a test battery'. Dit onderzoek leverde de 'Nijmeegse testbatterij' op; een diagnostisch instrument op het gebied van luisterproblemen. Een vervolg hierop bestond uit onderzoek naar de bruikbaarheid en opbrengsten van het instrument in de klinische praktijk. Tevens werkte ze aan de ontwikkeling van auditieve tests voor kleuters, vragenlijsten en een cursus voor professionals van audiologische centra.

Naast haar werk als onderzoeker was ze van 1994 tot aan 2012 als logopedist/spraak-taalpatholoog werkzaam in diverse audiologische centra (Zwolle, Nijmegen, Koninklijke Auris Groep Rotterdam). Dit leverde veel ervaring op in multidisciplinaire diagnostiek van en advisering bij spraak-taalproblemen en gehoorproblemen bij kinderen en volwassenen.

Sinds 2003 is Karin docent aan de opleiding Logopedie van Hogeschool Rotterdam. Hier behaalde ze in 2005 haar didactische bevoegdheid als hbo-docent. Ze is bij de opleiding verantwoordelijk voor de leerlijn onderzoeksvaardigheden en evidence-based practice. Onder haar leiding werd een vierjarige leerlijn ontwikkeld, met als afsluiting het praktijkgericht onderzoek tijdens de afstudeerstage. Daarnaast houdt ze zich ook binnen het Instituut voor Gezondheidszorg bezig met onderwijs-ontwikkeling en professionalisering betreffende onderzoeksvaardigheden. In 2012 werd ze benoemd tot hoofddocent Evidence-Based Care en kreeg ze de gelegenheid om een eigen onderzoekslijn op te zetten en de logopedie te verbinden aan Kenniscentrum Zorginnovatie. Ze was lid van de expertgroep Protocol die in opdracht van de Vereniging Hogescholen in 2014 het rapport 'Beoordelen is mensenwerk' publiceerde. Dit rapport droeg bij aan het ontwikkelen van de kaders die hbo-opleidingen gebruiken bij het ontwerpen van een passend afstudeertraject. Samen met collega's van Kenniscentrum Zorginnovatie schreef ze het boek

'Zorgbasics Praktijkgericht Onderzoek' dat zijn weg naar hbo-studenten en professionals in de gezondheidszorg gevonden heeft.

107

Het onderwerp 'luisterproblemen' liet haar niet los. Samen met de Nederlandse audiologische centra en Hanzehogeschool Groningen ontwikkelde ze het *Dutch Position Statement Kinderen met Luisterproblemen (2017)* voor professionals van audiologische centra. Hiermee komen evidence-based practice en luisterproblemen samen en verandert haar perspectief op de eerder ontwikkelde tests, die hun toepasbaarheid in de praktijk verliezen.

Karin is actief bij de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie: van 2002 tot 2006 was ze redactielid van het vaktijdschrift Logopedie en Foniatrie, van 2013 tot 2016 was ze actief in de werkgroep 'Evidence Based Logopedie' en sinds juni 2017 is ze, vanaf de oprichting, lid van de wetenschapsraad.

Op 1 augustus 2016 is ze aangesteld als lector Zorg voor Communicatie bij het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam. Daarnaast blijft ze hoofddocent aan de opleiding Logopedie. Ze is copromotor bij het promotieonderzoek 'Jongeren met een gehoorbeperking: welkom in het Hoger Onderwijs!', in samenwerking met de Vrije Universiteit Amsterdam.

Medewerkers Zorg voor Communicatie

Het lectoraat Zorg voor Communicatie bestaat, naast de lector, uit de volgende teamleden:

Docent-onderzoekers

Philine Berns, logopedist/ afasietherapeut, gezondheidswetenschapper

Rianne Brinkman, logopedist/ afasietherapeut, klinisch linguïst

Annelies Halm, logopedist, zorgtraject ontwerper

Kirsten van den Heuij, taalkundige, promovenda

Petra Sloot, logopedist/ afasietherapeut, klinisch linguïst

Gijsbert Westland, taalkundige en docent Engels bij Entrepreneurship

Externe medewerker:

Gaby van de Venne, logopedist, eigenaar logopediepraktijk G. van de Venne, bestuurslid Zoloro

Stagiaires:

Lisanne Hoogenboom, logopedist, student Toegepaste Taalwetenschap, VU Amsterdam

Britt Voortman, logopedist, student Toegepaste Taalwetenschap, VU Amsterdam

Ondersteuning

Nadia Lingers-Baumgard, secretaresse

Dankwoord

In dit hoofdstuk wil ik iedereen bedanken, die samen met mij het lectoraat Zorg voor Communicatie tot een succes maakt. Mogelijk vergeet ik nog iemand te noemen, maar dat wordt me hopelijk vergeven. Dat maakt dit hoofdstuk tot een van de lastigste onderdelen van deze publicatie.

Zonder het College van Bestuur was dit lectoraat er niet gekomen, dus ik dank hen voor de mogelijkheid om Zorg voor Communicatie aandacht te kunnen geven vanuit deze positie. Dit geldt ook voor Marleen Goumans, directeur van Kenniscentrum Zorginnovatie. Marleen, jouw uitdaging om samenwerking vanuit andere perspectieven op te zoeken, neem ik graag aan. Bedankt voor het kritisch doornemen van mijn tekst. Je inspireert me om praktijkgericht onderzoek vanuit het hbo overal nog meer op de kaart te zetten en om mijn eigen beroepsgroep af en toe eens 'wakker te schudden'.

Collega-lectoren, hoofddocenten en andere docent-onderzoekers van Kenniscentrum Zorginnovatie, bedankt voor jullie openheid en nieuwsgierigheid, eigenschappen die onderzoekers kenmerken. Ik maak graag nog veel meer gebruik van deze rijkdom aan kennis die we met ons allen bezitten.

Het voelt goed om vanuit een basis als logopedist en hbo-docent de functie als lector te mogen invullen. Annemarie, als voormalig onderwijsmanager Logopedie heb je me altijd gelegenheid gegeven om telkens een stapje verder te komen; jij keek altijd net iets verder naar de toekomst maar gaf me genoeg ruimte om ook zelf deze stappen te nemen. Bedankt voor je duwtjes in de goede richting. En Dian, huidige onderwijsmanager Logopedie, wat zijn we samen toch een fijn team. Jouw coaching en mijn onderbouwing vullen elkaar goed aan. Jouw uitspraak 'What you see is what you get' is nog steeds een 'raak' motto.

Ik voel me nog steeds erg thuis in het docententeam Logopedie. Dank jullie wel voor al jullie vertrouwen in mij. Ik ben trots dat ik nog steeds één van jullie ben en dat jullie mij omarmen als 'onze lector'. En jullie hoeven echt nog steeds geen 'u' tegen mij te zeggen! Ik leer veel van discussies en scherpe vragen tijdens teamvergaderingen, scholingsbijeenkomsten, maar ook in de flexruimte en tijdens de lunch- en koffiepauzes.

Cynthia, Edith, Philine, Kirsten, Emile, Gerda en Sandra, jullie werden door mij gebombardeerd als 'denktank zorg voor communicatie'. Bedankt voor jullie kritische vragen en opmerkingen. Deze hebben me flink aan het denken gezet, en steeds verder op het juiste spoor gebracht om met name het begin van deze publicatie goed te kunnen schrijven.

Philine en Kirsten, jullie zijn de 'zorg voor communicatie-collega's' van het eerste uur. Philine, bedankt voor het meelesen van mijn teksten en voor al onze discussies, tijdens de koffie of ergens anders; er komt altijd meer uit dan we beiden van tevoren gedacht hadden. We zullen het nog wel vaker hebben over 'gezonde communicatie' en kleine ergernissen zoals kuchjes en stopwoordjes. Kirsten, je verrast me telkens weer met je snelheid en hoge kwaliteit van werken. Je bent mijn eerste promovenda en een goed voorbeeld voor degenen die gaan volgen. Ik leer nu al veel van je.

Teamgenoten Rianne, Cynthia, Annelies, Petra, Gijsbert en Gaby: bedankt voor jullie enthousiasme en waardevolle bijdragen aan Zorg voor Communicatie.

Ik bedank mijn collega's uit het werkveld, bij wie ik stage mocht komen lopen: Sandra, Jane, Sofie en Miranda bij Rijndam Revalidatie, Annelies bij Auris Zorg, Femke bij ZML de Rank, Wendelien bij logopediepraktijk Mondiaal Logopedie en Micky bij de Zuidwester. Jullie gaven mij de gelegenheid om de feeling met de praktijk weer op te halen. Het was erg inspirerend om in deze verschillende werkvelden te merken welke kwaliteiten kenmerkend zijn voor logopedisten, ongeacht de doelgroep waarmee ze werken: geduld, de drang om de ander te willen begrijpen en ook verder te brengen. Maar ook: 'op zijn kop' kunnen schrijven en ad hoc een activiteit kunnen bedenken vanuit de situatie die zich op dat moment voordoet. Ik heb hier bewondering voor en hoop jullie nog eens vaker te kunnen raadplegen voor de nodige input vanuit de praktijk.

Alle studenten die mij hebben meegemaakt als docent of als mede-onderzoeker: bedankt voor jullie kritische opmerkingen, deze geven mij inspiratie om het onderwijs steeds te blijven verbeteren. En ik weet dat jullie aan het begin van de opleiding niet het meest enthousiast zijn over EBP en onderzoek, maar ik blijf ermee doorgaan, omdat jullie aan het eind van de opleiding altijd aangeven er veel aan gehad te hebben. Jullie zijn voor mij het middel om onderzoek dichterbij de praktijk te kunnen brengen.

Ilona en Nadia, bedankt voor jullie ondersteuning in communicatie en secretariaat. Ook Brigitte, Elly, Hanneke en Heleen wil ik bedanken. Hierbij neem ik alvast een voorschot op alles wat in de toekomst nog komen gaat.

Schrijven is een creatief proces en onderzoeken eigenlijk ook. Wanneer er beelden nodig zijn, schakel ik graag hulp in. Ik bedank daarom Hjalmar Haagsman van 'De Betekenaar' en Dick Eduard voor de mooie beelden in mijn publicatie.

Iedereen uit mijn netwerk (zie hoofdstuk 9): bedankt voor de samenwerking en alles wat nog komen gaat.

Tot slot bedank ik mijn ouders, broer en zus voor hun belangstelling in de 'studie die nooit klaar is'. Het is nog steeds niet klaar...

Kai, Lisa, Jesper en Marit: bedankt dat jullie er zijn, jullie brengen de balans in mijn leven. Lieve Kai, jouw uitspraken 'het is maar een baan' en 'het is maar een boek' geven altijd weer de nodige relativering.

Eerdere uitgaven

van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij



Visie op de toekomst van de Nederlandse procesindustrie

Auteur	Marit van Lieshout
ISBN	9789051799682
Verschijningsdatum	oktober 2017
Aantal pagina's	68
Prijs	€ 14,95



Slim bewegen tussen haven en stad

Auteur	Ron van Duin
ISBN	9789051799675
Verschijningsdatum	oktober 2017
Aantal pagina's	84
Prijs	€ 14,95



Techniek is belangrijk, maar het zijn mensen die het verschil maken

Auteur	Hans van den Broek
ISBN	9789051799644
Verschijningsdatum	oktober 2017
Aantal pagina's	84
Prijs	€ 14,95



#DuurzaamRenoveren

Auteur	Haico van Nunen
ISBN	9789051799651
Verschijningsdatum	oktober 2017
Aantal pagina's	100
Prijs	€ 14,95



Bewegen naar gezondheid

Auteur	Maarten Schmitt
ISBN	9789051799632
Verschijningsdatum	september 2017
Aantal pagina's	86
Prijs	€ 14,95



Studiesucces

Auteur Ellen Klatter
 ISBN 9789051799583
 Verschijningsdatum juni 2017
 Aantal pagina's 96
 Prijs € 14,95



Samen opleiden

Auteur Mariëlle Theunissen
 ISBN 9789051799590
 Verschijningsdatum juni 2017
 Aantal pagina's 76
 Prijs € 14,95



Een goed begin is het halve werk

Auteur Hanneke Harmsen van der Vliet - Torij
 ISBN 9789051799521
 Verschijningsdatum juni 2017
 Aantal pagina's 136
 Prijs € 21,95



Professionele identiteit

Auteur Martin Reekers
 ISBN 9789051799514
 Verschijningsdatum maart 2017
 Aantal pagina's 54
 Prijs € 14,95



Creatieve Ruimte

Auteur Michiel de Ronde
 ISBN 9789051799373
 Verschijningsdatum juni 2016
 Aantal pagina's 96
 Prijs € 14,95



Ongebaande paden

Auteur Paul van der Aa
 ISBN 9789051799385
 Verschijningsdatum juni 2016
 Aantal pagina's 86
 Prijs € 14,95

Karin Neijenhuis

Zorg voor Communicatie

Een goed gesprek is in balans

ISBN 90-5179-985-3



Communiceren is een basisbehoefte van de mens. Iemand communiceert echter nooit in zijn eentje. Heeft iemand een communicatieve beperking, dan heeft hij deze ook nooit in zijn eentje: zijn gesprekspartner, maar ook zijn fysieke omgeving heeft invloed op de mate waarin hij last heeft van zijn beperking. Ondersteunende communicatie, zoals gebaren, schrijven, tekenen, een goede akoestiek en het eenvoudigweg meer tijd nemen voor het gesprek kunnen zorgen voor balans in de communicatie. De beperking wordt dan minder ervaren als een belemmering.

Lector Karin Neijenhuis schetst in haar openbare les de verschillende kanten van communicatie en communicatieve beperkingen en hoe de rol van de logopedist steeds meer verschuift van het enkel behandelen van de cliënt naar het coachen van de cliënt en zijn betrokkenen, in zijn dagelijkse omgeving.

Karin Neijenhuis wil zich graag inzetten voor een communicatief toegankelijke samenleving. Hierbij wil ze de positie van de logopedist benadrukken als expert in de zorg voor communicatie. Door middel van het betrekken van nieuwe samenwerkingspartners en het exploreren van nieuwe manieren van samenwerking kan de zorg voor communicatie overal zijn doorwerking krijgen.

Het lectoraat Zorg voor Communicatie is ingebed in het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam. Het lectoraat Zorg voor Communicatie richt zich op onderzoek naar optimale zorg voor en ondersteuning van mensen met een communicatieve beperking om hun communicatieve zelfredzaamheid te verbeteren. Het lectoraat richt zich op de naasten, de professionals in onderwijs, zorg en welzijn en de sociale en fysieke context waarin deze personen communiceren.

OPENBARE LES