



Radboud Universiteit

De inhoud van informatievoorziening rondom mogelijke taalkeuzes

Een onderzoek naar regionale verschillen in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen

The content of information about possible language choices

A study of regional differences in the content of the information provided by professionals regarding possible language choices for parents of young deaf children.

Joia de Bresser – S1063297

Cursus bachelor scriptie (LET-CIWB351)

1^e beoordelaar: Dr. E.A. Ormel

2^e beoordelaar: Prof. Dr. O.A. Crasborn

Thema 4: Taalkeuzes voor dove kinderen met horende ouders

7 juni 2021

7.000 woorden

Samenvatting

Horende ouders van dove kinderen worden geconfronteerd met veel informatie over de verschillende taalkeuzes die er voor hun dove kind zijn. Het is waarschijnlijk dat zij weinig kennis hebben over doofheid en de verschillende taalkeuzes. Uit de literatuur blijkt dat de eerste informatie die ouders ontvangen omtrent de taalkeuzes, krachtig en daarmee al beslissend kan zijn voor verdere overwegingen. Het is daarom van belang dat zij volledig en tweezijdig worden geïnformeerd. Verder is gebleken dat er in Vlaanderen (regionale) verschillen zijn in het aanbod en de inhoud van informatie, dit is een onwenselijke situatie. Dit roept de vraag op in hoeverre er in Nederland (regionale) verschillen zijn in de inhoud van informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen. Professionals betreffen in dit onderzoek KNO-artsen, audiologen, gezinsbegeleiders en logopedisten.

Om hier een antwoord op te kunnen geven, heeft er een survey-onderzoek plaatsgevonden onder 22 ouders en verzorgers van dove kinderen tot en met de 10 jaar. Uit de resultaten bleek er geen algemeen verschil tussen de verschillende regio's te zijn in de inhoud van informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuze. Omdat de resultaten aanleiding gaven tot een aanvullende analyse is er een aanvullende analyse uitgevoerd onder KNO-artsen, audiologen en logopedisten. Hieruit bleek dat er wel een verschil zit tussen de verschillende regio's in de inhoud van informatievoorziening. Naast het verschil tussen de regio's, is er tevens inzicht gekregen in hoe er (verschillend) naar de professionals wordt gekeken.

Omdat er niet eerder onderzoek is gedaan naar in hoeverre er (regionale) verschillen zijn in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen, geeft dit onderzoek slechts een indicatie voor de huidige stand van zaken. Er wordt daarom aanbevolen om vervolgonderzoek te doen. Dit kan mogelijk tot andere inzichten leiden die het begeleidingsproces omtrent het informeren over taalkeuzes kan optimaliseren. Daarnaast is het wenselijk als professionals tijdens gesprekken omtrent taalkeuzes rekening houden met het volledig en tweezijdig informeren van ouders van dove kinderen.

Voorwoord

Van jongs af aan ben ik al gefascineerd door gezondheidscommunicatie. Ik kwam hier al vroeg mee in aanmerking. Zo ben ik zelf geboren als prematuur en heb ik zowel een broer als halfbroer met diverse (licht verstandelijke) beperkingen. Uit deze persoonlijke ervaringen heb ik meegekregen dat het als professional van belang is om helder en duidelijk te communiceren naar ouders en/of verzorgers. Ook weet ik uit deze ervaringen dat dit problemen met zich mee kan brengen.

Toen duidelijk werd wat de scriptiethema's waren, was mijn keuze snel gemaakt. Hoewel ik geen ervaring had met doofheid en de verschillende taalkeuzes, werd mijn interesse al snel gewekt. Vol enthousiasme ben ik in februari van start gegaan met mijn scriptie. Door het lezen van diverse artikelen kwam ik er al vrij snel achter dat doven in onze samenleving vaak nog als een culturele minderheidsgroep worden gezien, met name als het op taal aankomt. Maar ook dat het tweezijdig en volledig informeren over de verschillende taalkeuzes in Nederland niet vanzelfsprekend is. Daar gaat mijn scriptie dan ook over.

Met deze scriptie sluit ik de pre-master Communicatie & Beïnvloeding aan de Radboud Universiteit af. Een opleiding die ik het afgelopen jaar als pittig, uitdagend maar voornamelijk met veel plezier heb gevolgd. Het schrijven van mijn scriptie en daarmee de afronding van de pre-master was niet mogelijk geweest zonder de begeleiding van Ellen Ormel. Ik wil haar dan ook graag bedanken voor de fijne begeleiding en het beantwoorden van mijn vragen als ik ergens tegen aanliep. Ook wil ik mijn medestudenten Danique Nijland, Amber Thijssen en Anne Meeussen bedanken voor de fijne samenwerking tijdens dit traject. Ik heb dit als prettig en bovenal als leerzaam ervaren.

Ik wens jullie veel leesplezier toe.

Joia de Bresser

Tilburg, 7 juni 2021

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	3
1. Inleiding	6
2. Methode	12
2.1 Instrumentatie	12
2.2 Respondenten	13
2.3 Procedure	14
2.4 Statistische toetsing	14
2.5 Validiteit	15
3. Resultaten	16
3.1 Algemene gegevens	16
3.2 Betrouwbaarheid	18
3.3 Statistische toetsing	19
3.4 Resultaten professionals	20
3.4.1. Additionele open vragen	22
3.5 Aanvullende statistische toetsing	23
3.5.1 Betrouwbaarheid	23
3.5.2 Statistische toetsing	23
4. Conclusie en Discussie	25
4.1 Conclusie	25
4.2 Discussie	26
4.2.1 Mogelijke verklaringen voor resultaten	26
4.2.2 Beperkingen	28
4.2.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek	29
4.2.4 Aanbevelingen voor in de praktijk	30
Literatuurlijst	32
Appendix	36
Appendix 1: Survey	36
Appendix 2: Checklist ethische toetsing	40

Appendix 3: Wervingsbrief	43
Appendix 4: Bonferroni Post Hoc Tests	45
Appendix 5: Resultaten inhoud per ethische afweging, regio en professional	47
Appendix 6: Resultaten voorkeur taalkeuze professional	48
Appendix 7: Resultaten zelf maken van een taalkeuze	49
Appendix 8: Resultaten respect voor de taalkeuze	50
Appendix 9: Resultaten respondenten geen contact met professional	51
Appendix 10: Survey antwoorden open vragen	52
Appendix 11: Bonferroni Post Hoc Tests aanvullende statistische analyse	60
Appendix 12: Verklaring geen fraude en plagiaat	62

1. Inleiding

Taal is een belangrijk communicatiemiddel tussen mensen. Taal is een natuurlijk proces maar dit impliceert niet dat taalontwikkeling vanzelfsprekend is. Verschillende factoren, waaronder een goed gehoor, zijn wenselijk om een gesproken taal te kunnen aanleren (De Hoog, Knoors, Verhoeven, Langereis & Van Weerdenburg, 2017). Het is voor mensen van belang dat taal zich al op jonge leeftijd ontwikkelt.

Voor de meeste kinderen start het proces van taalontwikkeling al voor de geboorte. Een ongeboren kind kan in de baarmoeder al geluiden en klanken waarnemen, herkennen en zelfs onderscheiden. Zo luisteren baby's de laatste tien weken van de zwangerschap naar de stem en taal van hun moeder (Moon, Lagercrantz & Kuhl, 2013). Dit verklaart waarom baby's na de geboorte onderscheid kunnen maken tussen de taal van hun moeder of een vreemde. Na de geboorte is het van belang dat de taalontwikkeling zich voortzet. De kindertijd is volgens Sahli (2019) namelijk een kritieke periode in de ontwikkeling hiervan. De eerste drie kinderjaren zijn van cruciaal belang voor de taalverwerving, gezien de taalontwikkeling zich na de eerste drie jaar niet in hetzelfde tempo ontwikkelt (Sahli, 2019). Ook is een vroege taalontwikkeling van belang voor de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind, en is een normaal gehoor belangrijk voor optimale verbale communicatie en auditieve ontwikkeling (De Hoog et al., 2017).

Indien er sprake is van doofheid, is het proces van taalontwikkeling niet vanzelfsprekend. Door het ontbreken van de prenatale geluidswaarneming begint een doof kind bij de geboorte al met een andere kennis van (gesproken) taal (De Koning & Lamoré, 2018). Deze andere waarneming van de wereld voor dove kinderen kan nadelige gevolgen hebben op ontwikkelingsgebieden die taalafhankelijk zijn, tenzij op tijd wordt ingegrepen en een interventie wordt ingezet (Lee, 2012). Om negatieve effecten van doofheid te voorkomen moet zowel de diagnose als de interventie voor de 6 maanden gestart worden. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de linguïstische ontwikkelingskenmerken van dove kinderen in de eerste 6 maanden vergelijkbaar zijn met leeftijdsgenoten met een normaal gehoor (Cuda, Murri, Guerzoni, Fabrizi & Mariani, 2014; Kasai, Fukushima, Omori, Sugaya & Ojima, 2012). Wanneer

dove zuigelingen en kinderen niet de kans krijgen om op het juiste moment en op de juiste manier taal te leren, gaan ze volgens Sahli (2019) achterlopen op leeftijdsgenoten met een normaal ontwikkeld gehoor op gebieden van taal, spraak en cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkelingen. Een vroege diagnose van gehoorverlies is daarom cruciaal voor een normale taalverwerving voor dove kinderen (Sahli, 2019).

Om mogelijke gehoorbeperkingen te achterhalen wordt volgens het RIVM (2018) binnen in ieder geval 168 uur ná de geboorte een gehoorscreening gepland. Wanneer tijdens de eerste screening blijkt dat een kind aan één of beide oren een verminderd gehoor heeft, wordt er een tweede screening uitgevoerd. Wanneer een tweede test wederom onvoldoende gehoor aantoont, wordt er tijdens de derde ronde een ander apparaat gebruikt voor de screening. Indien de screening nogmaals onvoldoende resultaten weergeeft, wordt er uitgebreider onderzoek gedaan in het Audiologisch Centrum (RIVM, 2018). Als duidelijk wordt dat het gehoor van de baby daadwerkelijk beperkt is, krijgen ouders adviezen met betrekking tot mogelijke taalkeuzes en de communicatie met hun kind. Adviezen kunnen onder andere gegeven worden door gezinsbegeleiders, KNO-artsen, audiologen en logopedisten.

Ongeveer 96% van de kinderen die met gehoorverlies worden geboren, hebben horende ouders (Kushalnagar et al., 2010). Het is waarschijnlijk dat zij – in tegenstelling tot dove ouders van dove kinderen – aanvankelijk minder of weinig weten over doofheid en taalkeuzes. De eerste informatie die ouders ontvangen blijkt krachtig en kan daarmee al beslissend zijn voor verdere overwegingen (Matthijs et al., 2012). De eerste informatie die ouders krijgen na een positief gehoorscreeningsresultaat, heeft dan ook essentiële gevolgen voor latere zorg gerelateerde beslissingen die ouders nemen en hebben ook belangrijke gevolgen voor de toekomst van het dove kind.

De communicatiemethode voor het verstrekken van informatie aan ouders van het dove kind wordt door meerdere wetenschappers gekoppeld aan verschillende visies van doofheid. Er zijn twee verschillende perspectieven hoe er naar doofheid wordt gekeken: op basis van een medisch- of een sociaal-cultureel perspectief. Mensen die handelen vanuit het *medische perspectief* zien volgens Power (2005) doofheid als een stoornis. De behandeling vanuit het medische perspectief bestaat uit intensieve spraak- en auditieve training om een gesproken

taal toegankelijk te maken. Vanuit het *sociaal-culturele perspectief* wordt doofheid gezien als een cultuur waarin doven behoren tot een minderheidsgemeenschap. De nadruk ligt op visuele mogelijkheden in plaats van auditieve gebreken (Power, 2005). Het medische perspectief komt overeen met een orale omgeving (spraak) en liplezen, dit kan ondersteund worden door een gehoorapparaat of cochleair implantaat (Kushalnagar et al., 2010). Een cochleair implantaat is een binnenoorprothese en geeft geluidsignalen door aan de gehoorzenuwen en hersenen. De waarneming van geluid kan voor doven gedeeltelijk herstellen (De Hoog et al., 2017). Het voordeel volgens Kushalnagar et al. (2010) van de blootstelling aan spraak is dat het doven in staat stelt om communicatief mondeling te functioneren. De gedeelde (gesproken) taal zorgt ervoor dat een doof kind zich in geval van nood staande kan houden en zich niet hulpeloos voelt. Bij het sociaal-culturele perspectief ligt de nadruk op wat er visueel mogelijk is, onder meer in de vorm van gebarentaal. De gebarentaal die in Nederland wordt gebruikt, is de Nederlandse Gebarentaal (Kentalis, z.d.). Een voordeel van gebarentaal ten opzichte van een gesproken taal is onder andere dat dove kinderen met gebarentaal beter presteren op school dan kinderen die niet gebaren (Marschark, 2001). Omdat gebarentaal visueel is, en daarmee een toegankelijke taal is, zijn er nog tal aan andere voordelen. Zo wordt misscommunicatie voorkomen, wordt het zelfvertrouwen versterkt, kan zowel een doof- als horend kind eerder communiceren door gebarentaal toe te passen en is er een verminderd risico op gedragsproblemen (TO BE Kinderopvang, 2020; Hall, Eigsti, Bortfeld & Lillo-Martin, 2017).

Naast een eentalig aanbod – oraal of visueel aanbod – kan er ook de keuze gemaakt worden voor zowel een oraal als een visueel taalaanbod. Het dove kind wordt dan tweetalig opgevoed. Tweetaligheid heeft ten opzichte van een eentalig aanbod cognitieve voordelen. Zo zijn (dove) kinderen die tweetalig zijn opgevoed creatiever – voornamelijk in het oplossen van problemen – en kunnen ze zich beter concentreren (Kushalnagar et al., 2010; Doofgewoon.nl, z.d.). Naast cognitieve voordelen zijn er ook sociaal-emotionele voordelen. Omdat het dove kind tweetalig is opgevoed kan het dove kind zowel met horende als met dove kinderen en volwassenen in contact komen. Wanneer een doof kind eentalig wordt opgevoegd kan dit eventueel een geïsoleerd gevoel geven en op de langere termijn tot sociaal-emotionele problemen leiden (Kushalnagar et al., 2010; Doofgewoon.nl, z.d.).

Decker, Vallotton en Johnson (2012) stellen dat over het algemeen de twee perspectieven van doofheid - medisch- en sociaal-cultureel – de manier waarop mensen tegen gehoorverlies aankijken, domineren. Het is vanuit ethisch oogpunt van belang dat ouders tweezijdig geïnformeerd worden over alle mogelijke interventies om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen. Dit betekent dat ouders zowel vanuit het medische- als sociaal culturele perspectief informatie dienen te ontvangen over mogelijke taalkeuzes.

Het belang van het verstrekken van informatie als draagvlak voor een geïnformeerde keuze door ouders wordt door Beattie (2010) middels vier ethische afwegingen aangeduid: autonomie (respect voor het individu), weldoen (goed doen voor anderen), niet weldoen (geen schade berokkenen) en rechtvaardigheid (non-discriminatie, eerlijkheid en gelijkheid). Deze ethische overwegingen dienen in Amerika als draagvlak voor vroegtijdige opsporing en behandeling van gehoorproblemen en duiden aan dat ouders in staat moeten zijn om zonder druk een taalkeuze te maken. Ook moet bij het verstrekken van de informatie over de taalkeuzes “professionele vooringenomenheid voor bepaalde opties worden vermeden, zodat ouders een geïnformeerde keuze kunnen maken op basis van beschikbaar bewijs” (Beattie, 2010, p. 46). Met professionele vooringenomenheid wordt bedoeld dat de professional bevooroordeeld en subjectief handelt; dat moet worden vermeden.

Geïnformeerde besluitvorming over de mogelijke taalkeuzes is een complex gegeven voor zowel professionals als ouders. Hoewel ouders vanuit ethisch oogpunt tweezijdig geïnformeerd zouden moeten worden, blijkt dat ouders voornamelijk informatie van medische professionals ontvangen en daarmee eenzijdig worden geïnformeerd (Decker, Vallotton & Johnson, 2012). Het medische perspectief in gesprekken met ouders lijkt te overheersen en ouders maken pas later kennis met alternatieve perspectieven en benaderingen. Power (2005) geeft daarbij ook aan dat ouders daardoor zelden de kans krijgen om de sociaal-culturele aspecten van doofheid te verkennen. Doordat ouders eenzijdig worden geïnformeerd en er niet altijd sprake is van geïnformeerde besluitvorming, geven ouders aan zich achteraf niet voldoende of nauwkeurig geïnformeerd te voelen (Matthijs et al., 2012).

Ook komt uit verschillende medische en psychologische onderzoeken naar voren dat de objectiviteit van medische professionals wordt aangetast door vooringenomenheid. Hoewel dit niet opzettelijk gedrag is, verstrekken medische professionals daarmee wel vooringenomen informatie (Hugh & Tracy, 2002). Ouders maken hierdoor mogelijk onder druk een taalkeuze, met als gevolg een slechtere taalontwikkeling van het dove kind. Deze risico's zouden vermeden kunnen worden door tweezijdige onbevooroordeelde informatie over mogelijke taalkeuzes te verstrekken. De desbetreffende professional dient zich dan wel bewust van te worden van het gegeven dat in plaats van tweezijdige informatie, eenzijdige informatie wordt verstrekt.

De twee verschillende perspectieven van doofheid en de eenzijdige boodschappen vanuit het medische perspectief spelen een aanzienlijke rol in de specifieke informatie die ouders krijgen over taalkeuzes en daarmee ook in hun uiteindelijke beslissingen. Hoewel een bepaalde taalkeuze voor kinderen met kenmerkende eigenschappen – bijvoorbeeld eenzijdig gehoorverlies en een gehoorapparaat – gunstig kan zijn, is het van belang om er bewust van te zijn dat één van de twee perspectieven met betrekking tot de taalontwikkeling van het dove kind, niet beter is dan de andere (Gravel & O'Gara, 2003; Marschark, 2001; Marschark, Spencer, Adams & Sapere, 2011). Het uitgangspunt zou het verwerven van taal moeten zijn, en niet alleen gericht op het spreken (Humphries et al., 2016).

Het is opvallend dat het medische perspectief overheerst terwijl het medische perspectief niet beter is dan het sociaal-culturele perspectief met betrekking tot de taalontwikkeling. Nog merkwaardiger is dat in onderzoek van Matthijs et al. (2012) over de eerste informatie die ouders in Vlaanderen na de screening ontvingen, ouders afhankelijk van het centrum waar ze naar werden doorverwezen, verschillende informatie kregen. Volgens Young, Jones, Starmer en Sutherland (2005) kan dit verklaard worden door het feit dat alle professionals hun eigen kennis en daarbij overtuigingen hebben. Echter, dit zou niet tot (regionale) verschillen mogen leiden in het aanbod en de inhoud van informatie.

Uit anekdotisch bewijs blijkt – naast de aangetoonde (regionale) verschillen in de informatievoorziening in Vlaanderen – dat er aanwijzingen zijn voor regionale verschillen in Nederland in de adviezen met betrekking tot mogelijke taalkeuzes die aan ouders worden

gegeven. Bovendien geeft Oldenhof (2018) aan dat sinds de decentralisaties van de zorg naar de gemeenten er steeds meer verschillen zijn in de toewijzing en kwaliteit van zorg, met als gevolg dat het steeds minder de kwestie is dat dezelfde zorg in verschillende regio's in Nederland wordt aangeboden. Of er daadwerkelijk regionale verschillen zijn in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen in Nederland, is niet eerder onderzocht en dus onbekend. Het uitgebreider bestuderen van de inhoud van de informatievoorziening rondom taalkeuzes in Nederland is van belang. Vanuit ethisch oogpunt zou er geen zorgongelijkheid in Nederland mogen zijn. Daarbij is het voor ouders vanwege gebrek aan kennis en ervaring al lastig genoeg om voor de leeftijd van 6 maanden een taalkeuze te maken. Mogelijke regionale verschillen in Nederland zouden de taalkeuzes voor ouders nog meer kunnen bemoeilijken (evenals individuele of andere verschillen in de informatievoorziening aan ouders). Om uitspraken te kunnen doen in hoeverre er regionale verschillen zijn in de inhoud van de informatievoorziening, wordt dit aan de hand van de volgende onderzoeksvraag onderzocht:

In hoeverre zijn er regionale verschillen in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen?

De hypothesen die aan de hand van deze onderzoeksvraag zijn opgesteld, zijn als volgt:

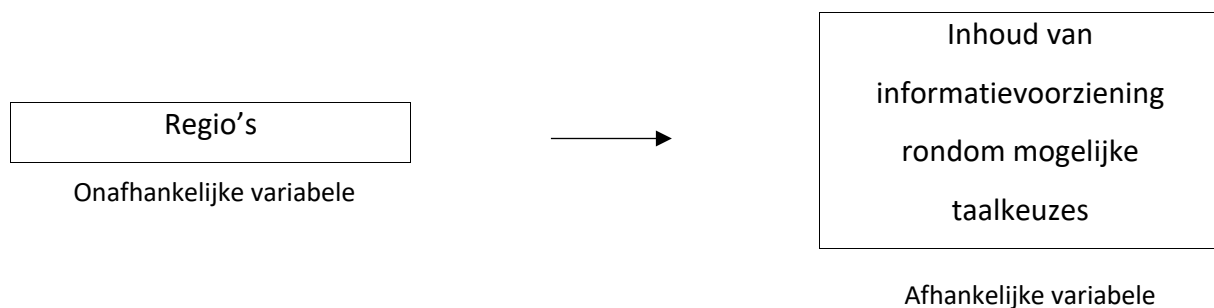
- H0: Er zijn geen regionale verschillen in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen?
- H1: Er zijn regionale verschillen in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen?

2. Methode

2.1 Instrumentatie

Aan de hand van een survey is gemeten in hoeverre er regionale verschillen zijn in de inhoud van informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen. Om te beginnen zijn de variabelen geoperationaliseerd, een overzicht van de onafhankelijke- en afhankelijke variabelen wordt gegeven in Figuur 1.

Figuur 1 Analysemodel onafhankelijke- en afhankelijke variabelen



In dit onderzoek is er één onafhankelijke categorische variabele: de regio's waar ouders begeleid werden. Dit is gemeten aan de hand van vier gesloten vragen in de survey: "In welke regio heeft u informatie ontvangen over mogelijke taalkeuzes van een KNO-arts, audioloog, gezinsbegeleider en logopedist?". Ouders hadden de keuze uit 27 steden in Nederland waar ouders naar doorverwezen konden worden. Wanneer de desbetreffende stad er niet tussen zat, kon er door middel van 'Anders, namelijk:' alsnog een stad ingevuld worden. Eén antwoord was per professional mogelijk. De 27 steden zijn uiteindelijk opgedeeld in 4 regio's, deze worden weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1 Verdeling regio's

Regio's	Provincies
Regio 1: Noord en Oost	Friesland, Groningen en Drenthe
Regio 2: Zuid	Noord-Brabant, Limburg en Zeeland
Regio 3: Noord-West	Noord-Holland
Regio 4: Zuid-West	Zuid-Holland, Utrecht en Flevoland

Naast één onafhankelijke variabele, is er één afhankelijke variabele onderzocht, namelijk de inhoud van de informatievoorziening rondom mogelijke taalkeuzes. Deze variabele is geoperationaliseerd aan de hand van drie ethische overwegingen van Beattie (2010): autonomie, (niet) weldoen en rechtvaardigheid. Dit is gemeten middels een 7-punts Likertschaal. Hierbij is er onderscheid gemaakt tussen ‘Volledig mee oneens’ (score 0) – ‘Volledig mee eens’ (score 1). Er is gekozen voor een schaal met 7 punten omdat in een onderzoek van Maricchiolo, Gnisci, Bonaiuto en Ficca (2009) er gebruik werd gemaakt van een 7-punts schaal. Omdat niet alle gegevens verzameld konden worden aan de hand van de 7-punts Likertschaal, zijn er ook gesloten vragen gesteld. Er is daardoor meer inzicht verkregen rondom de inhoud van de informatie met betrekking tot mogelijke taalkeuzes. In Tabel 2 is weergegeven hoeveel en wat voor soort vragen en stellingen zijn gesteld. Bij de ethische afwegingen moet opgemerkt worden dat deze stellingen voor iedere professional zijn gesteld. Iedere ethische afweging bevat aldus vier keer zoveel items. De algemene vragen worden bij het deel over de respondenten toegelicht. In Appendix 1 is de complete survey te vinden.

Tabel 2 Onderdelen survey

Soort vragen	Aantal vragen
Algemene vragen	8
Stellingen per professional a.d.h.v. Beattie (2010)	16 (rechtvaardigheid) 2 ((niet) weldoen) 4 (autonomie)
Gesloten vragen per professional	3
Open vragen per professional	2
Overige open vragen	2

2.2 Respondenten

Voorafgaand aan het onderzoek zijn er een aantal eisen gesteld waar de respondenten aan dienden te voldoen. Respondenten van dit onderzoek waren Nederlandse ouders en/of verzorgers van een doof kind (of kinderen) tot en met de 10 jaar. Hier is voor gekozen omdat er in der loop van de jaren zowel medisch als technologisch veel is veranderd. Wanneer er geen limiet aan de leeftijd van de kinderen was gesteld, had dit tot onbetrouwbare resultaten kunnen leiden. Omdat de eerste drie kinderjaren van cruciaal belang zijn voor de

taalverwerving, is er enkel gevraagd naar de inhoud in informatie tot en met het moment dat het dove kind drie jaar werd (Sahli, 2019). Verder zijn er algemene gegevens opgevraagd, zoals; leeftijd van het kind, geslacht van de ouders, opleidingsniveau van de ouders, voor welke taalkeuze is gekozen binnen het gezin, binnen wat voor tijdsbestek een keuze is gemaakt en met welke professional voor het eerst gesprekken zijn gevoerd over mogelijke taalkeuzes. De survey is door (*N*) 22 respondenten ingevuld.

2.3 Procedure

Via het programma Qualtrics is er een online survey uitgezet. Via een contactpersoon met een doof kind in Amsterdam is de survey in 2 netwerken – bestaande uit ouders/verzorgers met dove kinderen – uitgezet. Ook is de enquête op diverse Facebookgroepen – zoals FODOK, Doofgewoon en Dove en Slechthorenden (NL/BE) – uitgezet en gedeeld op LinkedIn. Voordat de survey is uitgezet, is de checklist ethische toetsing ingevuld, deze is in Appendix 2 te vinden. Aan de hand van een wervingsbrief zijn er respondenten geworven, deze is in Appendix 3 te lezen. De survey kon in de periode van 13 april 2021 tot en met 28 april 2021 ingevuld worden. Na afloop van deze periode hebben respondenten die hebben aangegeven interesse te hebben in de resultaten, deze per mail ontvangen. De procedure voor de survey was – van begin tot eind van de survey – voor iedere respondent gelijk. De gemiddelde (*M*) afnametijd van de survey was 20.25 minuten met een standaarddeviatie (*SD*) van 17.02 minuten. Wel moet opgemerkt worden dat er één outlier tussenzit met een gemiddelde afnametijd van ruim 7 uur. Vermoedelijk is de desbetreffende respondent vergeten de survey te beëindigen. Deze outlier is niet meegenomen in deze berekening (*n* = 21).

2.4 Statistische toetsing

De data van de enquête in Qualtrics zijn in SPSS ingevoerd. Om een antwoord te kunnen geven op de vraag in hoeverre er regionale verschillen zijn in de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen, is deze door middel van een eenweg-ANOVA getest. De resultaten hiervan worden in het volgende hoofdstuk besproken. De uitkomsten gaven aanleiding voor een aanvullende analyse. Deze wordt toegelicht in paragraaf 3.5 op blz. 23.

2.5 Validiteit

De inhoudsvaliditeit is hoog omdat de inhoud van informatievoorziening op basis van de literatuur is geoperationaliseerd. Hierdoor is er gemeten, wat er gemeten diende te worden. Verder is er gebruik gemaakt van een 7-punts Likertschaal, waarbij meerde items hetzelfde construct (ethische afweging) hebben gemeten. Hierdoor is per ethische afweging de validiteit vergroot.

Om de interne validiteit te waarborgen is nagestreefd om gebruik te maken van een bestaande operationalisering van eerder onderzoek van Matthijs et al. (2012) en Beattie (2010). Dit draagt zorg voor de basis van de interne consistentie. Daarnaast is er per ethische afweging van de afhankelijke variabele de interne consistentie onderzocht. Dit is gemeten middels de Cronbach's Alpha. Dit is te lezen in paragraaf 3.2, blz. 18.

Ten gunste van de externe validiteit is er gekeken in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn naar de populatie ouders van dove kinderen. Gebaseerd op het aantal respondenten van dit onderzoek kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden naar de gehele populatie. Wel kunnen de resultaten gegeneraliseerd worden naar ouders van specifieke Facebook groepen. Dit wordt verder toegelicht in paragraaf 4.2.2, blz. 28.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de kwantitatieve resultaten besproken. Ten eerste worden de algemene gegevens van de respondenten toegelicht. Vervolgens wordt de betrouwbaarheid van de ethische afwegingen besproken. Verder wordt de opgestelde hypothese door middel van een eenweg-ANOVA onderzocht. Daarnaast worden de resultaten per professional weergegeven en ten slotte wordt er een aanvullende statistische toetsing toegelicht.

3.1 Algemene gegevens

Het survey-onderzoek heeft geleid tot een respons (*N*) van 22 respondenten. Alle respondenten zijn woonachtig in Nederland. Ook zijn ze een ouder en/of verzorger van een doof of slechthorend kind tot en met de 10 jaar. In Tabel 3 is weergegeven in welke regio de respondenten zijn onderverdeeld.

Regio	N
Noord en Oost	4
Zuid	6
Noord-West	6
Zuid-West	6

Noot: *N* = 22

Binnen de responsgroep was 0% van de respondenten man en 100% vrouw. Grotendeels van de vrouwen waren tussen de 30 en 49 jaar (81%). De overige vrouwen waren jonger dan 30 of ouder dan 50. Gebleken is dat de grootste groep respondenten beschikt over een afgeronde hbo-opleiding (41%), gevolgd door een mbo-opleiding (36%) en een wo-opleiding (23%).

Verder is gebleken dat de taalkeuze waar ouders en/of verzorgers voor hebben gekozen, uiteenloopt. In Tabel 4 is weergegeven voor welke taalkeuze er in de thuissituatie is gekozen. Wanneer er voor 'Anders, namelijk:' is gekozen, is er aangegeven dat er gekozen is voor (1) een orale omgeving in combinatie met Nederlandse Gebarentaal, Nederlands met Gebaren en cochleair implantaat, (2) een gehoorapparaat in combinatie met een orale taalomgeving en Nederlands met Gebaren, (3) een gehoorapparaat in combinatie met gesproken taal

ondersteund door gebaren, (4) Nederlands met Gebaren in plaats van Nederlandse Gebarentaal en (5) Cochleair implantaat en Nederlands met Gebaren.

Tabel 4 Taalkeuze

Taalkeuze	Percentage
Orale taalomgeving waarbij er gekozen is voor een cochleair implantaat	5%
Orale taalomgeving waarbij er gekozen is voor een gehoorapparaat	18%
Visuele taalomgeving (gebarentaal)	0%
Een combinatie van een cochleair implantaat en gebarentaal	27%
Een combinatie van een gehoorapparaat en gebarentaal	27%
Anders, namelijk:	23%

Noot: N = 22

In Tabel 5 is weergegeven in wat voor tijdsbestek er een taalkeuze is gemaakt. Het bleek dat het merendeel van de respondenten binnen 3 maanden of na de 12 maanden een taalkeuze heeft gemaakt.

Tabel 5 Tijdsbestek voor een taalkeuze

Leeftijd	Percentage
0 tot en met 3 maanden	45%
4 tot en met 6 maanden	14%
7 tot en met 9 maanden	0%
10 tot en met 12 maanden	0%
Ouder dan 12 maanden	41%

Noot: N = 22

In Tabel 6 staat met welke professional de eerste gesprekken zijn gevoerd met betrekking tot mogelijke taalkeuzes. Indien ervoor 'Anders, namelijk:' was gekozen, werd er het volgende

aangegeven: (1) ambulante begeleider, (2) audioloog en gezinsbegeleider, (3) in gezin, afgestemd op kind en (4) organisatie A. Te zien is dat het merendeel van de respondenten voor het eerst contact heeft gehad met een gezinsbegeleider.

Tabel 6 Eerste gesprekken met welke professional

Professional	Percentage
KNO-arts	0%
Audioloog	27%
Gezinsbegeleider	45%
Logopedist	9%
Anders, namelijk:	18%

Noot: $N = 22$

3.2 Betrouwbaarheid

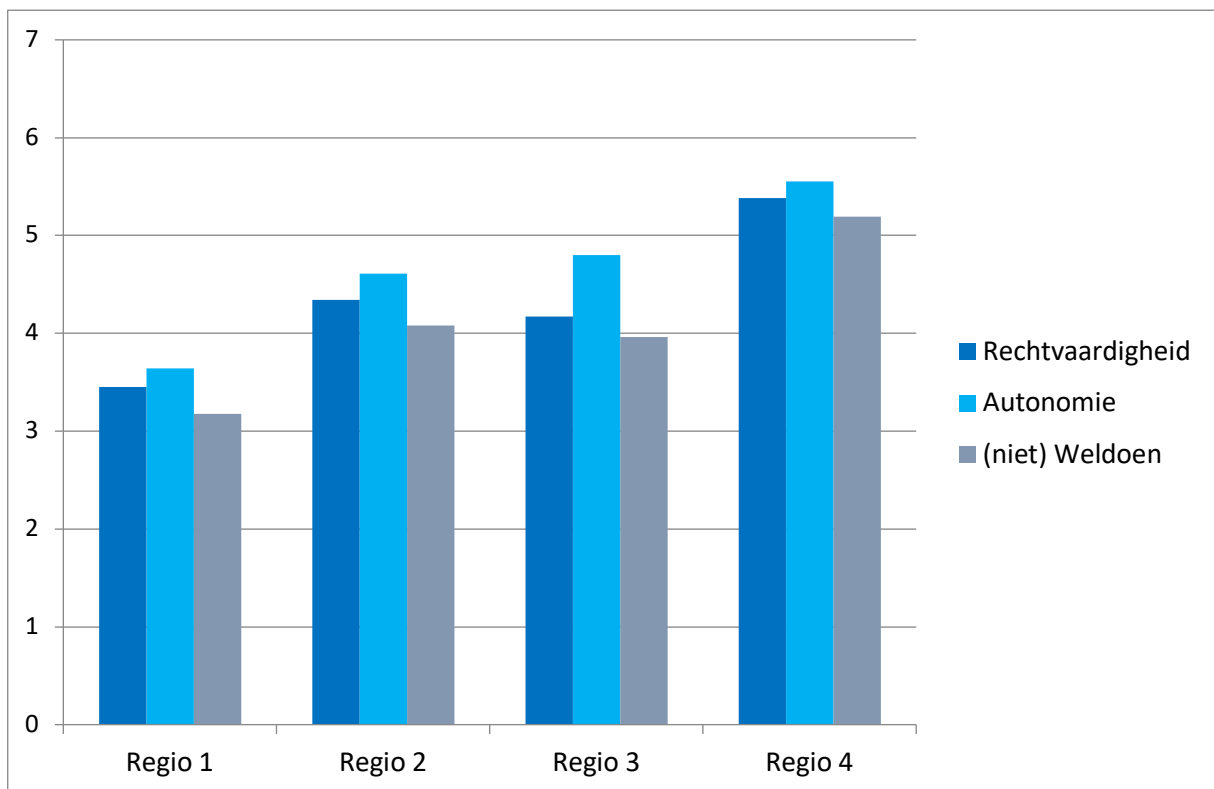
Om vast te stellen of er interne consistentie is tussen de verschillende items per ethische afweging, is door middel van de Cronbach's Alpha getoetst of de items samengevoegd konden worden. Een ethische afweging is betrouwbaar wanneer deze een score van .7 of hoger heeft (Scribbr, 2018). De betrouwbaarheid van de ethische afweging "rechtvaardigheid", bestaande uit 64 items, was uitstekend: $\alpha = .94$. Het gemiddelde van deze 64 items is voor "rechtvaardigheid" in de verdere analyse gebruikt. De betrouwbaarheid van de ethische afweging "autonomie", bestaande uit 16 items, was goed: $\alpha = .85$. Het gemiddelde van deze 16 items is voor "autonomie" in de verdere analyse gebruikt. De betrouwbaarheid van de ethische afweging "(niet) weldoen", bestaande uit 8 items, was twijfelachtig: $\alpha = .64$. De derde en laatste ethische afweging voldoet niet aan de gestelde eis. Omdat er nagenoeg aan de gestelde eis is voldaan en het wegnemen van één item tot meer scheefheid zou leiden van het aantal items tussen de ethische overwegingen, is ervoor gekozen om alle 8 items van deze ethische afweging alsnog mee te nemen voor de verdere analyse.

3.3 Statistische toetsing

Uit een eenweg variantie analyse van "regio's" op "rechtvaardigheid" bleek geen significant hoofdeffect van "regio's" ($F(3, 18) = 2.75, p = .073$). Uit een eenweg variantie analyse van "regio's" op 'autonomie bleek tevens geen significant hoofdeffect van "regio's" ($F(3, 18) = 2.46, p = .096$). Uit een eenweg variantie analyse van "regio's" op "(niet) weldoen" bleek eveneens geen significant hoofdeffect van "regio's" ($F(3, 18) = 2.67, p = .078$). De Bonferroni post hoc test liet daarnaast zien dat er geen significant effect is, deze is te vinden in Appendix 4. Hoewel er geen significante verschillen zijn, is er wel sprake van een marginale trend want $p < .10$

Ook is per regio per ethische afweging gekeken naar de gemiddelden (M) Deze zijn weergegeven in Figuur 2. Af te lezen bij zowel "rechtvaardigheid", "autonomie" als "(niet) weldoen" is dat regio 4 op alle drie de ethische afwegingen beduidend hoger scoort. En regio 1 aanzienlijk lager ten opzichte van de andere regio's.

Figuur 2 Gemiddelden (M) en standaarddeviatie (SD , tussen haakjes) per ethische afweging en per regio.

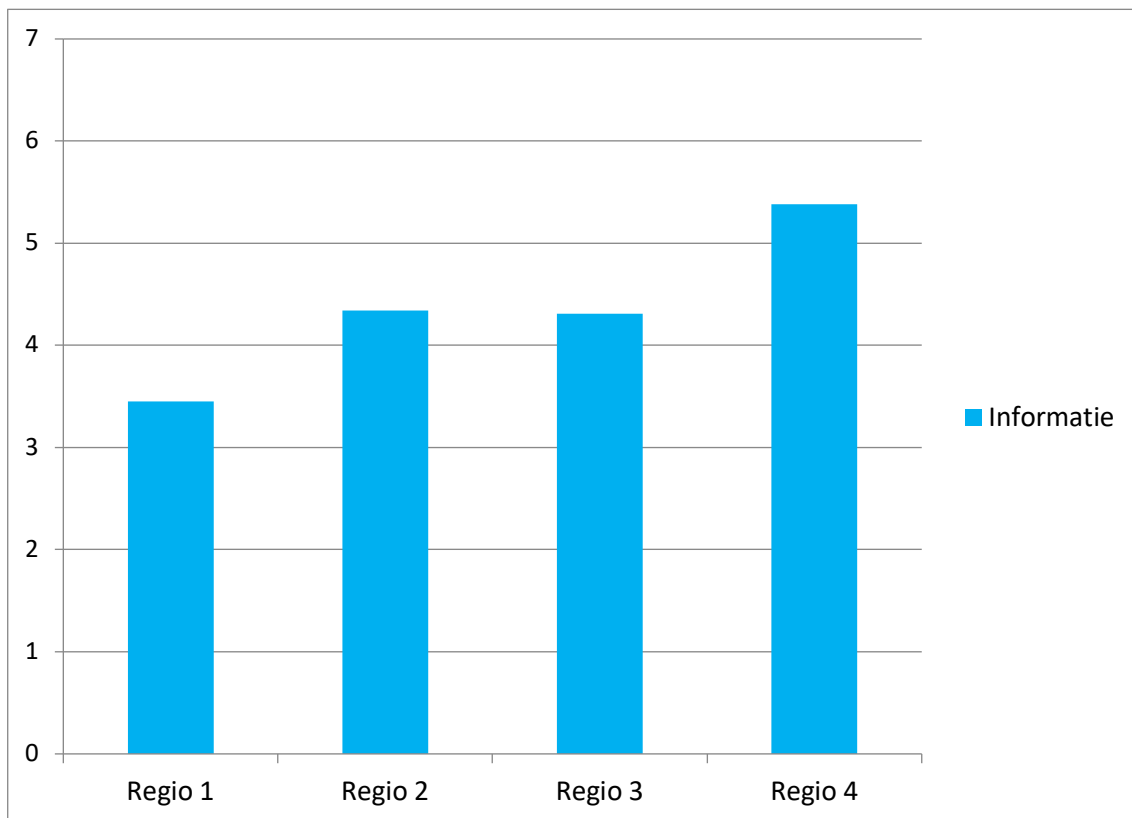


3.4 Resultaten professionals

Per professional is er per ethische afweging en per regio gekeken naar de gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD). Deze zijn weergegeven in Appendix 5. In de tabel is af te lezen dat de KNO-arts zowel op alle ethische afwegingen als regio's het laagst scoort op de inhoud van de informatievoorziening. De gezinsbegeleider scoort daarentegen grotendeels het hoogst ten opzichte van de andere professionals, en wijkt in tegenstelling tot de andere professionals niet af in de hoogte van de scores.

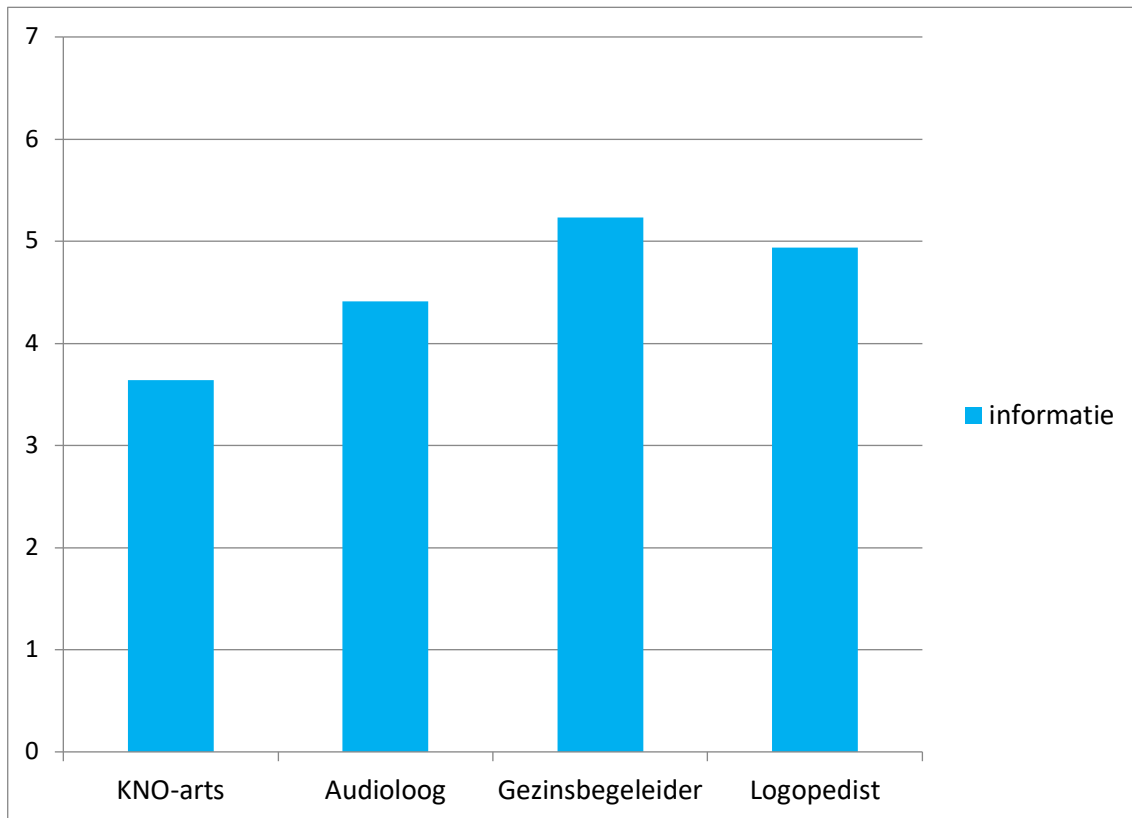
Voor de totale inhoud aan informatie - "rechtvaardigheid", "(niet) weldoen" en "autonomie" samen – is er gekeken naar de gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) per regio en professional. Deze zijn weergegeven in Figuur 3 en 4. Af te lezen is dat regio 4 en de gezinsbegeleider het hoogste scoren op de totale inhoud aan informatie. Regio 1 en de KNO-arts scoren het laagst.

Figuur 3 Gemiddelden (M) totale inhoud aan informatie per regio.



Noot: $N = 22$

Figuur 4 Gemiddelden (*M*) totale inhoud aan informatie per professional.



Noot: *N* = 22

Bovendien is er ook ingezoomd op de gemiddelden (*M*) en standaarddeviaties (*SD*) per professional per regio. Dit is te lezen in Tabel 7. Hier is af te lezen dat regio 1 – op de gezinsbegeleider in regio 2 na – het slechtst scoort. Regio 4 behaalt op alle professionals de hoogste scores.

Tabel 7 De gemiddelden (*M*) en standaarddeviaties (*SD*, tussen haakjes) per professional per regio voor de totale inhoud aan informatie (1 = volledig mee oneens, 7 = volledig mee eens)

	Regio 1	Regio 2	Regio 3	Regio 4
KNO-arts	2.56 (1.14)	4.12 (.82)	3.40 (1.15)	4.36 (1.16)
Audioloog	3.60 (1.01)	4.07 (1.03)	4.28 (1.50)	5.26 (1.59)
Gezinsbegeleider	5.45 (.46)	4.72 (1.37)	4.92 (1.83)	6.12 (.61)
Logopedist	3.98 (.35)	5.09 (.89)	4.60 (1.59)	6.04 (.37)

Noot: *N* = 22

Vervolgens is gevraagd of de professionals duidelijk lieten merken dat zij een voorkeur voor een taalkeuze hadden. Bovendien is per professional gevraagd of ouders zelf een beslissing konden maken over de taalkeuze voor hun kind en aansluitend is gevraagd of de desbetreffende professional de taalkeuze respecteerde. Deze resultaten zijn in Appendix 6, 7 en 8 te vinden.

Verder is er gekeken naar het aantal respondenten (n) die geen contact hebben gehad met een bepaalde professional, en is er gekeken naar het aantal (n) per regio. Dit is te lezen in Appendix 9.

3.4.1 Additionele open vragen

Aanvullend is aan de respondenten gevraagd hoe de ideale begeleiding er voor hen uit zou zien. In Appendix 10 is een overzicht te zien welke antwoorden er per professional zijn gegeven, geselecteerd op regio. Enkele antwoorden die zijn gegeven zijn dat de professionals meer gebaarvaardig moeten zijn, er niet enkel medische informatie verstrekt moet worden en alle aspecten van doofheid mee genomen moeten worden in de verschillende taalkeuzes. Een respondent gaf het volgende aan: 'Doofheid niet alleen aanvliegen vanuit het zoeken naar medische oplossing. Er werd mij afgeraden met gebaren te gaan werken'.

Ook is er gevraagd naar positieve en negatieve ervaringen die de respondenten tijdens het begeleidingstraject hebben ervaren. In Appendix 10 is een overzicht te zien welke antwoorden per professional zijn gegeven, geselecteerd op regio. Bij iedere professional zijn zowel positieve als negatieve ervaringen gedeeld. Een positieve reactie: 'Onze gezinsbegeleider heeft ons vier jaar lang fantastisch geholpen!!'. Een negatieve reactie: 'Ze focust op een gesproken taal, niet gebaren'. Wel moet opgemerkt worden dat bij zowel de ideale begeleiding als positieve/negatieve ervaringen de respondenten niet verplicht waren om deze vragen in te vullen. Het aantal (n) reacties verschilt per vraag maar ook per regio.

Zoals eerder benoemd is uit de resultaten af te lezen (zie Appendix 5) dat de gezinsbegeleider op alle items per regio het hoogste scoort en er geen afwijking in de scores zit vanwege de bijzonder hoge scores in het algemeen. Ook is in Appendix 10 te lezen dat de gezinsbegeleider

op zowel (1) het niet laten merken van een voorkeur voor een taalkeuze, (2) het zelf maken van een taalkeuze en (3) respect voor de taalkeuze, goed scoort. Om deze reden wordt er een aanvullende statistische toetsing gedaan zonder de gezinsbegeleider; met de KNO-arts, audioloog en logopedist. De verwachting is dat er significante verschillen worden gevonden. Dit wordt in de volgende paragraaf verder toegelicht.

3.5 Aanvullende statistische toetsing

3.5.1 Betrouwbaarheid

Om vast te stellen of er interne consistentie is tussen de verschillende items per ethische afweging, is door middel van de Cronbach's Alpha getoetst of de items samengevoegd konden worden. De betrouwbaarheid van "rechtvaardigheid", bestaande uit 48 items, was uitstekend: $\alpha = .918$. Het gemiddelde van deze 48 items is voor "rechtvaardigheid" in de verdere analyse gebruikt. De betrouwbaarheid van "autonomie", bestaande uit 12 items, was goed: $\alpha = .83$. Het gemiddelde van deze 12 items is voor 'autonomie' in de verdere analyse gebruikt. De betrouwbaarheid van "(niet) weldoen", bestaande uit 6 items, was acceptabel: $\alpha = .771$. Het gemiddelde van deze 6 items is voor 'niet (weldoen)' in de verdere analyse gebruikt.

3.5.2 Statistische toetsing

Uit een eenweg variantie analyse van "regio's" op "rechtvaardigheid" bleek een significant hoofdeffect van "regio's" ($F(3, 18) = 3.85, p = .027$). De "rechtvaardigheid" in regio 1 ($M = 3.18, SD = 0.36$) bleek lager dan die in regio 4 ($p = .024$, Bonferroni-correctie; $M = 5.27, SD = 1.21$). De "rechtvaardigheid" van regio 1 op 2 ($p = .808$, Bonferroni-correctie), regio 1 op 3 ($p = 1.000$, Bonferroni-correctie), regio 2 op 3 ($p = 1.000$, Bonferroni-correctie), regio 2 op 4 ($p = .414$, Bonferroni-correctie) en regio 3 op 4 ($p = .253$, Bonferroni-correctie) verschilden niet van elkaar.

Uit een eenweg variantie analyse van "regio's" op "autonomie" bleek geen significant hoofdeffect van "regio's" ($F(3, 18) = 2.64, p = .081$). Uit een eenweg variantie analyse van

“regio’s” op “(niet) weldoen” bleek tevens geen significant hoofdeffect van “regio’s” ($F(3, 18) = 1.96, p = .156$).

4. Conclusie en discussie

4.1 Conclusie

Middels een survey is onderzocht in hoeverre er regionale verschillen zijn in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen. Hypothese 1 stelde dat er regionale verschillen zijn in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen. Middels een eenweg-ANOVA is dit getest. Uit de statistische analyse zijn er geen significante hoofdeffecten van de regio's op "rechtvaardigheid", "autonomie" en "(niet) weldoen" gevonden. Wel is er sprake van een marginale trend.

Daarnaast is een aanvullende analyse uitgevoerd. Gebleken is dat er een significant effect is van de regio's op "rechtvaardigheid". De Bonferroni post hoc test (zie Appendix 11) liet zien dat er tussen regio 1 en 4 een significant effect is gevonden. Tussen de overige regio's zijn er geen significante effecten gevonden. Ook is er geen significant effect gevonden van de regio's op "autonomie" en "(niet) weldoen". Omdat er een significant effect is gevonden in de aanvullende analyse – waarin het onderzoek zich richtte op de KNO-arts, de logopedist en de audioloog – en er sprake is van een marginale trend, wordt hypothese 1 deels aangenomen.

Samengevat is de belangrijkste conclusie van dit onderzoek dat er geen regionale verschillen zijn gevonden in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen als alle professionals tegelijkertijd in ogenschouw worden genomen. Wel is er sprake van een marginaal significant effect. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat er regionale verschillen tussen regio 1 en 4 zijn, waarbij bovendien significante verschillen worden gevonden tussen deze regio's als er wordt gekeken naar de KNO-artsen, logopedisten en audiologen. Ten slotte kan geconcludeerd worden dat er naast verschillen in regio's, ook verschillen tussen de professionals zijn. Dit dient nader onderzocht te worden.

4.2 Discussie

In dit onderzoek is er voor het eerst (voor zover bekend is) in Nederland onderzoek gedaan naar in hoeverre er regionale verschillen zijn in de inhoud van de informatievoorziening vanuit professionals rondom mogelijke taalkeuzes voor ouders van jonge dove kinderen. In deze paragraaf wordt gereflecteerd over mogelijke verklaringen voor de resultaten, de beperkingen, aanbevelingen voor (eventueel) vervolgonderzoek en aanbevelingen voor in de praktijk.

4.2.1 Mogelijke verklaringen voor resultaten

De huidige studie draagt bij aan de bestaande literatuur doordat is aangetoond dat de inhoud van informeren voornamelijk medisch, eenzijdig en daarmee vooringenomen is. Zo gaf een respondent aan dat werd afgeraden, mogelijk onbewust, om gebaren te gaan gebruiken. Een daaropvolgende bevinding die bijdraagt aan de literatuur is dat ouders en/of verzorgers hebben aangegeven dat er enkel medische informatie is verstrekt. Dit komt overeen met het onderzoek van Matthijs et al. (2012) waarin werd aangegeven dat ouders zich achteraf niet voldoende of nauwkeurig geïnformeerd voelden.

Een derde bevinding die bijdraagt aan de bestaande literatuur is dat de eerste informatie die ouders ontvangen krachtig blijkt en daarmee al beslissend kan zijn voor verdere overwegingen (Matthijs et al., 2012). In dit onderzoek is gebleken dat de grootste groep van de respondenten (45%) voor het eerst contact heeft gehad met een gezinsbegeleider. Verder is gebleken dat de gezinsbegeleider het beste werd beoordeeld op de inhoud van informatie ($M = 5.23$). Anderzijds wordt dit bevestigd als er naar de KNO-arts wordt gekeken. Geen een van de respondenten is voor het eerst in contact geweest met de KNO-arts. De KNO-arts is ook het laagst beoordeeld op de totale inhoud aan informatie ($M = 3.64$). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn is dat de gezinsbegeleider – in tegenstelling tot de KNO-arts – over een langere periode contact heeft met ouders/verzorgers en daardoor een band opbouwt.

Hoewel er een marginaal significant effect is gevonden, is dit deels tegenstrijdig met de gestelde verwachting en eerdere bevindingen uit Vlaanderen. Een verklaring voor deze tegenstrijdige bevindingen ten opzichte van eerder onderzoek in Vlaanderen kan ogenschijnlijk te maken hebben – ondanks nagenoeg dezelfde taal – met cultuurverschillen.

Ook de medische wet- en regelgeving en mogelijke vastgestelde protocollen kunnen hierin een rol spelen. Bovendien kan het mogelijk te maken hebben met het type respondenten dat is geworven en het type onderzoek dat is afgenomen. De respondenten uit het onderzoek uit Vlaanderen waren 22 dienstverleners uit 11 centra (revalidatiecentra, KNO-afdelingen van ziekenhuizen en onderwijsondersteunende diensten), in het huidige onderzoek 22 ouders/verzorgers van dove kinderen. Daarbij zijn er interviews afgenomen, in dit onderzoek is een survey afgenomen. Een andere verklaring hiervoor kan zijn dat de gezinsbegeleider in tegenstelling tot de andere professionals in begeleiding verschilt en daardoor beter scoort op de inhoud van informatie. Omdat de gezinsbegeleider in haar scores ook niet afwijkt, kan dit een verklaring zijn waarom er een marginaal significant effect tussen de verschillende regio's in Nederland is gevonden, en geen significant effect. Een laatste verklaring voor de verschillen die er gevonden zijn, zouden verklaard kunnen worden door de decentralisaties van de zorg naar de gemeenten.

Een andere bevinding die tegenstrijdig is met de literatuur is het tijdsbestek waarin ouders een taalkeuze hebben gemaakt. Volgens de literatuur zou om negatieve effecten van doofheid te voorkomen, zowel de diagnose als de interventie voor de 6 maanden gestart moeten worden. Gebleken is dat 41% van de respondenten pas na 12 maanden een taalkeuze hebben gemaakt. Een achterliggende reden hiervoor zou kunnen zijn dat ouders tijdens het begeleidingsproces zijn geswitcht van ziekenhuis en/of professional. Dit kan tot vertraging van het maken van een taalkeuze hebben geleid.

Een laatste opvallende bevinding is het aantal respondenten per regio die een bepaalde professional niet hebben gesproken. Een bepaalde regio verschilt niet zichtbaar van een andere regio. Wanneer uit wordt gegaan van de literatuur, zou hier geen verschil in moeten zitten. Iedere ouder van een doof kind moet gelijk behandeld worden, dezelfde informatie en daarmee dezelfde zorg aangeboden krijgen.

4.2.2 Beperkingen

Ondanks de inzichten die dit huidige onderzoek toevoegt aan de (bestaande) literatuur, zijn er ook een aantal beperkingen te vermelden. Een eerste beperking van dit onderzoek is dat er relatief weinig respondenten zijn geworven. Dit heeft te maken met de beperkte tijd voor het uitzetten van de survey. Idealiter gezien zou de survey langer hebben uitgestaan en zou het wellicht met een andere onderzoeksmethode (interviews bijvoorbeeld) onderzocht konden worden.

Ook kan er worden stilgestaan bij de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder ouders en/of verzorgers van dove kinderen tot en met de 10 jaar. Dit betekent dat over deze steekproef uitspraken gedaan kunnen worden. Daarentegen wil dit niet zeggen dat het onderzoek generaliseerbaar is naar alle ouders/verzorgers van dove kinderen, of specifiek naar ouders/verzorgers van dove kinderen tot en met de 10 jaar. Vanwege het beperkte aantal respondenten is het onderzoek niet generaliseerbaar naar de gehele populatie.

Dit roept ook de vraag op of de antwoorden representatief zijn voor de gehele populatie. De respondenten die hebben deelgenomen kunnen wellicht een trigger hebben gekregen voor het invullen van de enquête omdat ze hele goede of juist slechte ervaringen hebben gehad. Daarnaast is het lastig om inzicht te krijgen in de representativiteit. Bekend is dat de enquête is blootgesteld aan verschillende netwerken, bestaande uit ouders en/of verzorgers van dove kinderen. Van deze netwerken is verder bekend dat de leden kennis hebben over doofheid en de verschillende taalkeuzes. Ook is bekend dat deze netwerken tot stand zijn gekomen uit de behoefte van ouders en/of verzorgers om in contact met elkaar te komen. Ouders die deze behoefte niet hebben, zijn niet benaderd. Zij hebben dus ook geen weet van deze vragenlijst.

Een vierde beperking is de man/vrouw verdeling. De survey is enkel door vrouwen ingevuld. De lezer moet er rekening mee houden dat mannen wellicht de survey anders hadden ingevuld dan vrouwen. Een ander potentieel probleem is de interpretatie en indeling van de regio's. Omdat er relatief weinig respondenten zijn geworven, en de regio's ongeveer een gelijke n moesten hebben, was er weinig flexibiliteit met het indelen van de regio's. Het is denkbaar dat de indeling van de regio's grofmazig is geweest. In een toekomstig onderzoek met een

grote(re) groep deelnemers kan er wellicht nader worden ingezoomd op kleinere en daarmee tevens meer regio's.

Een laatste beperking is dat de stellingen met betrekking tot de professionals allemaal dezelfde kant op zijn gezet, zie Afbeelding 1. Dit kan ertoe hebben geleid dat de respondenten de stellingen minder nauwkeurig hebben doorgelezen. Wanneer er voor gekozen was om te wisselen in de antwoord mogelijkheden op de 7 puntsschaal (1 = volledig mee eens, 7 = volledig mee oneens), had dit de respondenten kunnen dwingen om de stellingen nauwkeuriger door te lezen.

Afbeelding 1 Voorbeeld survey stellingen dezelfde kant op gezet.

De volgende stellingen gaan over de KNO-arts.

Indien u niet geïnformeerd bent over een of meerdere van de genoemde taalkeuze(s), dan kunt u niet van toepassing aanvinken.

	Volledig mee oneens	Oneens	Enigszins oneens	Neutraal	Enigszins mee eens	Mee eens	Volledig mee eens	Niet van toepassing
Ik heb voldoende informatie gekregen over Nederlandse gebarentaal van de KNO-arts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De KNO-arts heeft me verteld over voordelen van Nederlandse gebarentaal voor mijn kind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De KNO-arts heeft me verteld over nadelen van Nederlandse gebarentaal voor mijn kind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.2.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Omdat in dit onderzoek tamelijk weinig respondenten hebben deelgenomen, zal verder onderzoek onder een groter aantal respondenten moeten uitwijzen of deze resultaten generaliseerbaar zijn over de gehele populatie. Ook het betrekken van mannen in dit onderzoek kan een waardevolle aanvulling zijn voor de resultaten. Verder wordt aanbevolen om dit huidige onderzoek met een andere onderzoeksmethode te testen. Idealiter zou er naast een vragenlijst ook interviews afgenomen kunnen worden.

Aangezien er met de aanvullende statistische analyse een significant effect is gevonden (met uitzondering van de gezinsbegeleider), wordt aanbevolen om een vervolgonderzoek uit te voeren onder KNO-artsen, audiologen en logopedisten. Daarnaast wordt er aanbevolen om een afzonderlijk onderzoek te doen onder gezinsbegeleiders.

Omdat er tussen de ethische afwegingen scheefheid zit in de items wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om de ethische afwegingen samen te nemen. Hierdoor is er geen sprake meer van scheefheid. Mits tijdens vervolgonderzoek de ethische afwegingen wel gescheiden worden getoetst, wordt aanbevolen om de scheefheid te corrigeren. Dit kan middels het toevoegen van items voor de ethische afwegingen "autonomie" en "(niet) weldoen" en /of het weglaten van items van de ethische afweging "rechtvaardigheid".

Indien dit onderzoek onder dezelfde omstandigheden wordt uitgevoerd, wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om de survey naast netwerken ook te verspreiden onder de audiologische en medische centra in Nederland. Hierin vallen namelijk ook ouders/verzorgers die niet de behoefte hebben om contact op te zoeken met andere ouders/verzorgers van een doof kind. Een uitgebreider onderzoek zou daarnaast ook uitgevoerd kunnen worden naar organisaties waar gezinnen in een nog vroeger stadium mee te maken krijgen, zoals consultatiebureaus en verpleegkundigen die de eerste gehoorscreeningen uitvoeren.

Als laatste wordt er aanbevolen om een onderzoek onder de professionals uit voeren naar hoe zij het begeleidingsproces omtrent de taalkeuzes ervaren. De KNO-arts scoort relatief laag en wellicht dat een onderzoek onder de professionals tot (nieuwe) inzichten kan leiden.

4.2.4 Aanbevelingen voor in de praktijk

Gebleken is dat ouders eenzijdig worden geïnformeerd. Omdat is aangegeven dat professionals naast de medische kant ook het sociaal-culturele perspectief moeten verkennen, wordt aanbevolen om professionals hier (nog) bewuster van te maken. Dit kan middels een cursus arts-patiënt/cliënt communicatie. Ook wordt een cursus basis gebarentaal aanbevolen. Dit bevordert zowel de communicatie met de patiënt/cliënt, en wellicht indirect ook het perspectief van de professionals. Dit kan leiden tot een kantelpunt in het eenzijdig informeren naar het tweezijdig en volledig informeren van ouders van dove kinderen.

Ook is aangegeven dat de informatie veelal incompleet is en er geen duidelijk samenhang of checklist aan informatie is. Er wordt aanbevolen om informatie van alle professional te bundelen, om zo de zorg samen te brengen. Wellicht dat er zelfs op afstand multidisciplinair samengewerkt kan worden.

Omdat is aangegeven dat er vanuit de professionals naar het individu gekeken moet worden en zowel ouders als kinderen verschillende behoeftes hebben, wordt aanbevolen om het informeren over de verschillende taalkeuzes persoonlijk, en daarmee maatwerk te maken. Om dit te kunnen realiseren wordt geadviseerd om de desbetreffende professionals te trainen op hoe zij patiënten/cliënten – in deze situatie ouders – kunnen observeren door middel van non verbale communicatie. En mogelijkwerwijs in combinatie met een basiscursus over de verschillende persoonlijkheidskenmerken en hoe vanuit de professionals hier het beste naar gehandeld kan worden.

Bijkomend is aangeduid dat vanuit de medische professionals de focus voornamelijk ligt op wat er medisch mogelijk is en er weinig aandacht is voor de nazorg. Omdat de gezinsbegeleider ten opzichte van de andere professionals langduriger contact heeft met de ouders en het dove kind, wordt aanbevolen om een landelijk nazorgtraject te ontwikkelen. Ouders en kinderen worden zo niet aan hun lot overgelaten. Dit nazorgtraject kan starten vanaf het moment dat er een taalkeuze is gemaakt. Het nazorgtraject kan – afhankelijk van de behoefte – stapsgewijs afgebouwd worden.

De zorg blijft mensenwerk. Ook al worden bovenstaande aanbevelingen in overweging genomen worden, en misschien zelfs toegepast, niets is belangrijker dan feedback geven en ontvangen. Er wordt daarom aanbevolen om een evaluatie te laten plaatsen vinden nadat ouders een taalkeuze hebben gemaakt. Dit zorgt wederom voor bewustwording voor de professionals en kan tot relevante inzichten leiden om wellicht in de toekomst bepaalde zaken anders of juist hetzelfde aan te pakken. Dit alles om uiteindelijk de zorg voor het dove kind te verbeteren om uiteindelijk een geïnformeerde beslissing te kunnen maken.

Literatuurlijst

- Beattie, R.G. (2010). The ethics of newborn hearing screening. In C. Driscoll & B. McPherson (Eds.), *Newborn screening systems: The complete perspective* (pp. 31–48). San Diego, CA: Plural Publishing.
- Cuda, D., Murri, A., Guerzoni, L., Fabrizi, E., & Mariani, V. (2014). Pre-school children have better spoken language when early implanted. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 78(8), 1327–1331. doi: 10.1016/j.ijporl.2014.05.021
- De Hoog, B., Knoors, H., Verhoeven, L., Langereis, M., & Van Weerdenburg, M. (2017). *Gesproken taalontwikkeling van kinderen met een cochleair implantaat*. Sint-Michielsgestel: Koninklijke Kentalis.
- De Koning, T., & Lamoré, P. (2018, 1 oktober). *De spraak- en taalontwikkeling van het kind*. Het Nederlands Leerboek Audiologie. Geraadpleegd van <https://audiologieboek.nl/content/11-1-12-de-spraak-en-taalontwikkeling-van-het-kind/>
- Decker, K. B., Vallotton, C. D., & Johnson, H. A. (2012). Parents' communication decision for children with hearing loss: sources of information and influence. *American Annals of the Deaf*, 157(4), 326–339.
- Doofgewoon.nl (z.d.). *Wat zijn de voordelen van tweetaligheid?* Geraadpleegd van <https://doofgewoon.nl/?q=node/79>
- Gravel, J. S., & O'Gara, J. (2003). Communication options for children with hearing loss. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9(4), 243–251. doi: 10.1002/mrdd.10087
- Hall, M. L., Eigsti, I.-M., Bortfeld, H., & Lillo-Martin, D. (2017). Auditory deprivation does not impair executive function, but language deprivation might: evidence from a parent-

report measure in deaf native signing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 22(1), 9–21. doi: 10.1093/deafed/enw054

Hugh, T. B., & Tracy, G. D. (2002). Hindsight bias in medicolegal expert reports. *The Medical Journal of Australia*, 176(6), 277–278.

Humphries, T., Kushalnager, P., Mathur, G., Napoli, D. J., Padden, C., Rathmann, C., & Smith S. (2016). Language Choices for Deaf Infants: Advice for Parents Regarding Sign. *Clinical Pediatrics*, 513-517. doi: 10.1177/0009922815616891

Kasai, N., Fukushima, K., Omori, K., Sugaya, A., & Ojima, T. (2012). Effects of Early Identification and Intervention on Language Development in Japanese Children with Prelingual Severe to Profound Hearing Impairment. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 121(4), 16–20. doi: 10.1177/000348941212100402

Kentalis. (z.d.). *Gebarentaal*. Geraadpleegd van <https://www.kentalis.nl/gebarentaal>

Kushalnagar, P., Mathur, G., Moreland, C. J., Napoli, D. J., Osterling, W., Padden, C., & Rathmann, C. (2010). Infants and children with hearing loss need early language access. *The Journal of clinical ethics*, 21(2), 143–154.

Lee, C. (2012). Deafness and Cochlear Implants: A Deaf Scholar's Perspective. *Journal of Child Neurology*, 27(6), 821–823. doi: 10.1177/0883073812441248

Maricchiolo, F., Gnisci, A., Bonaiuto, M., & Ficca, G. (2009). Effects of different types of hand gestures in persuasive speech on receivers' evaluations. *Language and Cognitive Processes*, 24, 239–266. doi: 10.1080/01690960802159929

Marschark, M. (2001). *Language development in children who are deaf: A research synthesis*. Alexandria, VA: National Association of State Directors of Special Education.

- Marschark, M., Spencer, P. E., Adams, J., & Sapere, P. (2011). Evidence-based practice in educating deaf and hard-of-hearing children: teaching to their cognitive strengths and needs. *European Journal of Special Needs Education, 26*(1), 3–16
- Matthijs, L. Loots, G., Mouvet, K., Van Herreweghe, M., Hardonk, S., Van Hove, G., Van Puyvelde, M., & Leigh, G. (2012). First Information Parents Receive After UNHS Detection of Their Baby's Hearing Los. *The journal of deaf studies and deaf education, 17*(4), 387-401. doi: 10.1093/deafed/ens020
- Moon, C., Lagercrantz, H., & Kuhl, P.K. (2013). Language experienced in utero affects vowel perception after birth: a two-country study. *Acta Paediatrica, 102*(2), 156–160. doi: 10.1111/apa.12098.
- Oldenhof, L. (2018, 13 augustus). *Regionale verschillen in zorg: maatwerk of willekeur?* Erasmus School of Health Policy & Management. Geraadpleegd van <https://www.eur.nl/eshpm/nieuws/regionale-verschillen-zorg-maatwerk-willekeur-0>
- Power, D. (2005). Models of deafness: Cochlear implants in the Australian daily press. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 10*, 451–459. doi: 10.1093/deafed/eni042
- RIVM. (2018). *Draaiboek Neonatale Gehoorscreening Jeugdgezondheidszorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd van <https://www.rivm.nl/documenten/draaiboek-neonatale-gehoorscreening-jeugdgezondheidszorg-v8-0>
- Sahli, A. S. (2019). Developments of children with hearing loss according to the age of diagnosis, amplification, and training in the early childhood period. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 276*(9). 2457-2463. doi: 10.1007/s00405-019-05501-w
- Scribbr (2018, 22 oktober). *Cronbach's alpha berekenen en interpreteren*. Geraadpleegd van <https://www.scribbr.nl/statistiek/cronbachs-alpha/>

TO BE Kinderopvang. (2020, 29 september). *Gebaren gebruiken bij de communicatie met kinderen*. Geraadpleegd van <https://tobekinderopvang.nl/pedagogiek-1/gebaren-gebruiken-communicatie-kind/>

Young, A., Jones, D., Starmer, C., & Sutherland, H. (2005). Issues and dilemmas in the production of standard information for parents of young deaf children: Parents' views. *Deafness & Education International*, 7, 63–76. doi: 10.1002/dei.27

Appendix

Appendix 1: Survey

	Soort vraag	Analyseren Beattie a.d.h.v. 7-punts schaal
Algemene vragen		
Ouder en/of verzorger doof kind	Ja/nee → nee einde enquête	
Woonachtig in Nederland	Ja/nee → nee einde enquête	
Geslacht	Gesloten vraag	
- Man		
- Vrouw		
- Anders		
- Zeg ik liever niet		
Leeftijd	Gesloten vraag	
- 20 tot en met 29 jaar		
- 30 tot en met 39 jaar		
- 40 tot en met 49 jaar		
- 50 jaar en ouder		
Hoogst afgeronde opleiding	Gesloten vraag	
- Middelbaar onderwijs		
- Mbo		
- Hbo		
- Wo		
- Overig		
Taalkeuzes	Gesloten vraag	
- Orale taalomgeving waarbij er gekozen is voor een cochleair implantaat		
- Orale taalomgeving waarbij er gekozen is voor een gehoorapparaat		
- Visuele taalomgeving (gebarentaal)		
- Een combinatie van een cochleair implantaat en gebarentaal		
- Een combinatie van een gehoorapparaat en gebarentaal		
- Anders, namelijk:		
Tijdsbestek taalkeuze	Gesloten vraag	
- 0 tot en met 3 maanden		
- 4 tot en met 6 maande		
- 7 tot en met 9 maanden		
- 10 tot en met 12 maanden		
- Ouder dan 12 maanden		
Eerste professional	Gesloten vraag	
- KNO-arts		

-
- Audioloog
 - Gezinsbegeleider
 - Logopedist
 - Anders, namelijk:

Professional (KNO-arts, audioloog, gezinsbegeleider en logopedist).

Heeft u in de eerste drie jaren na de geboorte van uw kind een *professional* gesproken?

Ja/nee → nee ga naar vraag

Volgende professional

Gesloten vraag

In welke regio werkt(e) uw *professional* (tijdens jullie gesprekken)?

- Alkmaar
- Almere
- Amersfoort
- Amsterdam
- Apeldoorn
- Arnhem
- Assen
- Bergen op Zoom
- Breda
- Den Bosch
- Den Haag
- Eindhoven
- Goes
- Groningen
- Hengelo
- Hilversum
- Hoensbroek
- Leeuwarden
- Leiden
- Maastricht
- Nijmegen
- Rotterdam
- Sint-Michielsgestel
- Tilburg
- Utrecht
- Venlo
- Zwolle
- Anders, namelijk:

Ik heb voldoende informatie gekregen over Nederlandse gebarentaal van de *professional*.

7 puntsschaal

Rechtvaardigheid

De *professional* heeft me verteld over voordelen van Nederlandse gebarentaal voor mijn kind.

7 puntsschaal

Rechtvaardigheid

De *professional* heeft me verteld over nadelen van Nederlandse gebarentaal voor mijn kind.

7 puntsschaal

Rechtvaardigheid

Ik heb voldoende informatie gekregen over een cochleair implantaat van de <i>professional</i> .	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over voordelen van een cochleair implantaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over nadelen van een cochleair implantaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
Ik heb voldoende informatie gekregen over een gehoorapparaat door de <i>professional</i> .	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over voordelen van een gehoorapparaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over nadelen van een gehoorapparaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
Ik heb voldoende informatie gekregen van de <i>professional</i> over Nederlandse gebarentaal in combinatie met een cochleair implantaat	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over voordelen van Nederlandse gebarentaal in combinatie met een cochleair implantaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over nadelen van Nederlandse gebarentaal in combinatie met een cochleair implantaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
Ik heb voldoende informatie gekregen van de KNO-arts over Nederlandse gebarentaal in combinatie met een gehoorapparaat.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over voordelen van Nederlandse gebarentaal in combinatie met een gehoorapparaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
De <i>professional</i> heeft me verteld over nadelen van Nederlandse gebarentaal in combinatie met een gehoorapparaat voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
Ik kreeg begeleiding van de <i>professional</i> bij het maken van de taalkeuze.	7 puntsschaal	Weldoen
De <i>professional</i> stimuleerde mij om naast de gesprekken zelf op zoek te gaan naar informatie over de mogelijke taalkeuzes.	7 puntsschaal	Autonomie
Ik heb de informatie van de <i>professional</i> als behulpzaam ervaren.	7 puntsschaal	Weldoen
De <i>professional</i> heeft naar mijn voorkeur voor de taalkeuze gevraagd.	7 puntsschaal	Autonomie
De <i>professional</i> liet duidelijk merken dat hij/zij een voorkeur had voor een taalkeuze voor mijn kind.	Eens/oneens	

De taalvoorkeur van de <i>professional</i> heeft mij beïnvloed in de taalkeuze voor mijn kind.	7 puntsschaal	Rechtvaardigheid
Ik kon zelf een beslissing maken over de taalkeuze voor mijn kind.	7 puntsschaal	Autonomie
Ik werd door de <i>professional</i> gerespecteerd in de taalkeuze die ik maakte voor mijn kind.	7 puntsschaal	Autonomie
Hoe zou voor u de ideale begeleiding door de <i>professional</i> rondom de doofheid van uw kind eruitzien? Denk hierbij aan het aanbod in taal, houding van de professionals, taalgebruik, middelen, etc.	Open vraag	
Mocht u (positieve en/of negatieve) ervaringen willen delen die u heeft gehad met de <i>professional</i> tijdens uw begeleidingstraject, dan kunt u dat hieronder laten weten.	Open vraag	
Einde vragen		
Indien u nog opmerkingen heeft kunt u dat hier aangeven.	Open vraag	
Indien u benieuwd bent naar de resultaten van het onderzoek, kunt u hier eventueel uw e-mailadres achterlaten.	Open vraag	

Appendix 2: Checklist ethische toetsing

Checklist ETC-GW (versie november 2020)

Je vult de vragen in door bij het gekozen antwoord te klikken op het vierkantje

Na klikken verschijnt er in dit vierkantje een kruis

1. Is een zorginstelling bij het onderzoeksplan betrokken?

Toelichting: dit is het geval als één van de situaties a/b/c hierna van toepassing is op het voorgenomen onderzoek.

- A. één of meer medewerkers van een zorginstelling is bij het onderzoek betrokken als opdrachtgever of verrichter/uitvoerder
- B. het onderzoek vindt plaats binnen de muren van de zorginstelling, en dient naar de aard van het onderzoek normaliter niet buiten de muren van de zorginstelling plaats te vinden
- C. aan het onderzoek nemen patiënten/cliënten van de zorginstelling (in de hoedanigheid van behandeling) deel

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Heeft een Medisch-Ethische Toetsingscommissie geoordeeld dat het geplande onderzoek niet WMO-plichtig is?

Ja → doorgaan met vragenlijst

Nee → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie behandeld worden, bijvoorbeeld de [CMO Regio Arnhem Nijmegen](#) → einde checklist

2. Wensen subsidiegevers toetsing van het onderzoeksplan door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie?

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie behandeld worden, bijvoorbeeld de [CMO Regio Arnhem Nijmegen](#) → einde checklist

3. Is er sprake van een [medisch-wetenschappelijk onderzoek dat mogelijk risico's met zich meebrengt](#) voor de deelnemende persoon?

Nee → doorgaan met vragenlijst

Ja → Deze aanvraag moet door een erkende Medisch-Ethische Toetsingscommissie behandeld worden, bijvoorbeeld de [CMO Regio Arnhem Nijmegen](#) → einde checklist

Standaard-onderzoeksmethode

4. Valt de methode van het beoogde onderzoek onder een van de [beschreven standaardonderzoeken](#) van de FdL of FFTR?

Ja → 12: standaard vragenlijstonderzoek → doorgaan met vragenlijst

Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist

Deelnemende personen

5. Gaat het bij het voorgenomen onderzoek om een gezonde populatie?
- Ja → doorgaan met vragenlijst
 - Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
6. Is er sprake van onderzoek bij minderjarigen (<16 jaar) of bij wilsonbekwamen?
- Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
 - Nee → doorgaan met vragenlijst

Aard van het onderzoek

7. Wordt er een methode gebruikt die het mogelijk maakt bij toeval een bevinding te doen waarvan de deelnemende persoon op de hoogte zou moeten worden gesteld?
- Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
 - Nee → doorgaan met vragenlijst
8. Worden deelnemende personen aan handelingen onderworpen of worden aan de deelnemende personen bepaalde gedragswijzen opgelegd die ongerief kunnen inhouden?
- Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
 - Nee → doorgaan met vragenlijst
9. Zijn de in te schatten risico's verbonden aan het onderzoek minimaal?
- Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
 - Ja → doorgaan met vragenlijst
10. Wordt er een andere vergoeding geboden aan de deelnemende personen dan gebruikelijk?
- Ja → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
 - Nee → doorgaan met vragenlijst
11. Indien er [misleiding](#) plaatsvindt, voldoet de procedure dan aan de eisen zoals beschreven in het protocol van de ETC-GW?
- Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
 - Ja → doorgaan met vragenlijst
12. Wordt voldaan aan de standaardregels in verband met [anonimiteit en privacy](#) zoals beschreven in het protocol van de ETC-GW?
- Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
 - Ja → doorgaan met vragenlijst

Afname van het onderzoek

13. Wordt het onderzoek bij een externe instelling (bijv. school, ziekenhuis) uitgevoerd?

- Nee → doorgaan met vragenlijst
- Ja → Heeft/krijgt u schriftelijke toestemming van deze instelling?
 - Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
 - Ja → doorgaan met vragenlijst

14. Is er een aanspreekpunt waar deelnemende personen terecht kunnen met vragen over het onderzoek en worden zij hiervan op de hoogte gesteld?

- Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
- Ja → doorgaan met vragenlijst

15. Wordt aan deelnemende personen duidelijk waar klachten over deelname aan het onderzoek kunnen worden geuit en hoe deze behandeld zullen worden?

- Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
- Ja → doorgaan met vragenlijst

16. Zijn de deelnemende personen volledig vrij om deel te nemen aan het onderzoek, en om hiermee op elk moment te stoppen wanneer zij dat willen, om welke reden dan ook?

- Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
- Ja → doorgaan met vragenlijst

17. Worden deelnemende personen voorafgaand aan deelname voorgelicht over doel, aard en duur, risico's en bezwaren van de studie? (zie [toelichting over informatie en toestemming](#) en [voorbeelddocumenten](#))

- Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
- Ja → doorgaan met vragenlijst

18. Tekenende deelnemende personen en/of hun vertegenwoordigers voor toestemming deelname aan onderzoek? (zie [toelichting over informatie en toestemming](#) en [voorbeelddocumenten](#))

- Nee → toetsing noodzakelijk, einde checklist → [ga naar toetsprocedure](#)
- Ja → **checklist afgerond**

Sla het ingevulde bestand op en bespreek de uitkomst met je scriptiebegeleider.

Als uit de checklist blijkt dat je een goedkeuring van de ETC-GW nodig hebt, zul je samen met je begeleider de formele toetsprocedure van de ETC-GW moeten doorlopen.

Appendix 3: Wervingsbrief

Beste ouder/verzorger,

Klopt het dat u een ouder of verzorger bent van een doof of slechthorend kind? Is uw kind tussen de 0 tot en met 10 jaar? Dan nodigen wij u heel graag uit om deel te nemen aan ons onderzoek. Dit onderzoek is gericht op de taalkeuzes die u als ouder/verzorger heeft gemaakt voor uw dove of slechthorende kind en in het bijzonder hoe u hier (destijds) in bent begeleid.

Doel van het onderzoek

Voor de pre-master Communicatie & Beïnvloeding aan de Radboud Universiteit te Nijmegen zijn wij, vier studentes, bezig met een scriptie-onderzoek naar taalkeuzes voor dove en slechthorende kinderen. Aan de hand van een vragenlijst hopen wij meer inzicht in het begeleidingsproces rondom deze taalkeuzes te krijgen.

De enquête

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10 minuten duren. Uw deelname is volledig anoniem en de resultaten worden uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt. Wij zijn niet in staat om in te zien welke antwoorden u heeft gegeven. Als u interesse heeft in de resultaten van de vragenlijst, kunt u aan het einde van de vragenlijst uw e-mailadres achterlaten. Uw e-mailadres wordt enkel gebruikt voor het versturen van de resultaten en zal niet worden opgeslagen.

Deelname

Als u bereid bent om mee te doen aan het onderzoek, vragen wij u vriendelijk om de vragenlijst via de onderstaande link te openen. Via deze link kunt u de vragen en stellingen beantwoorden. Probeer dit zo eerlijk mogelijk te doen, er zijn geen goede of foute antwoorden. Het is op elk moment mogelijk om de vragenlijst te beëindigen. De vragenlijst is tot en met zondag 11 april 2021 in te vullen.

<Link enquête>

Alvast hartelijk bedankt voor uw deelname. Met de uitkomsten hopen wij dat professionals ouders met dove kinderen beter kunnen adviseren.

Voor eventuele vragen of opmerkingen over de vragenlijst kunt u terecht bij Anne Meeussen.

Met vriendelijke groet,

Anne Meeussen, Danique Nijland, Amber Thijssen en Joia de Bresser

Appendix 4: Bonferroni Post Hoc tests

Afhankelijke variabele	(I) Regio	(J) Regio	Mean Difference (I-J)	Standaard deviatie	Significantie
Compute_Weldoen	1.00	2.00	-.899	.741	1.000
		3.00	-.781	.741	1.000
		4.00	-2.017	.741	.084
	2.00	1.00	0.899	.741	1.000
		3.00	.118	.663	1.000
		4.00	-1.118	.663	.653
	3.00	1.00	.781	.741	1.000
		2.00	-.118	.663	1.000
		4.00	-1.236	.663	.471
	4.00	1.00	2.017	.741	.084
		2.00	1.118	.663	.653
		3.00	1.236	.663	.471
Compute_Autonomie	1.00	2.00	-.967	.710	1.000
		3.00	-1.161	.710	.715
		4.00	-1.911	.710	.089
	2.00	1.00	.967	.710	1.000
		3.00	-.194	.635	1.000
		4.00	-.944	.635	.925
	3.00	1.00	1.161	.710	.715
		2.00	.194	.635	1.000
		4.00	-.750	.635	1.000
	4.00	1.00	1.911	.710	.089

		2.00	.944	.635	.925
		3.00	.750	.635	1.000
Compute_Rechtvaardigheid	1.00	2.00	-.794	.676	1.000
		3.00	-.623	.676	1.000
		4.00	-1.838	.676	.084
	2.00	1.00	.794	.676	1.000
		3.00	.171	.605	1.000
		4.00	-1.044	.605	.608
	3.00	1.00	.623	.676	1.000
		2.00	-.171	.605	1.000
		4.00	-1.215	.605	.385
	4.00	1.00	1.838	.676	.084
		2.00	1.044	.605	.608
		3.00	1.215	.605	.358

Appendix 5: Resultaten inhoud per ethische afweging, regio en professional

De gemiddelden (*M*) en standaarddeviaties (*SD*, tussen haakjes) per professional, regio en per ethische afweging van de onafhankelijke variabele inhoud. Het aantal (*N*) respondenten met welke professionals de respondenten de eerste drie jaar na de geboorte contact hebben gehad (1 = volledig mee oneens, 7 = volledig mee eens).

	KNO-arts <i>n</i> = 18			Audioloog <i>n</i> = 20			Gezinsbegeleider <i>n</i> = 19			Logopedist <i>n</i> = 15		
	R	A	W	R	A	W	R	A	W	R	A	W
1	2.65 (1.17)	2.63 (1.13)	2.00 (1.22)	3.67 (1.14)	3.50 (1.00)	3.83 (1.44)	5.60 (.57)	4.88 (.18)	5.50 (.71)	3.70 (0.52)	5.13 (0.18)	3.25 (1.06)
2	4.16 (.93)	4.44 (.59)	3.25 (1.44)	3.95 (.90)	4.58 (1.43)	4.00 (2.21)	4.74 (1.42)	4.92 (1.64)	4.50 (1.87)	4.97 (0.69)	5.50 (1.32)	5.25 (1.55)
3	3.45 (1.49)	3.45 (.96)	2.80 (1.25)	4.24 (1.59)	4.75 (1.49)	3.50 (1.90)	4.70 (1.99)	5.38 (1.23)	5.25 (2.14)	4.32 (1.72)	5.50 (1.11)	4.33 (2.16)
4	4.41 (1.34)	4.55 (1.20)	3.90 (1.29)	5.72 (1.36)	5.54 (1.54)	4.67 (1.97)	5.91 (.94)	6.54 (.84)	6.70 (.27)	5.98 (.50)	6.25 (1.09)	6.17 (1.04)

Appendix 6: Resultaten voorkeur taalkeuze professional

De gemiddelden (*M*) en standaarddeviaties (*SD*, tussen haakjes) per professional over het laten merken van zijn/haar voorkeur voor een taalkeuze (1 = oneens, 2 = eens).

Professional	Gemiddelde en standaarddeviatie
KNO-arts	1.56 (.51)
Audioloog	1.45 (.51)
Gezinsbegeleider	1.42 (.51)
Logopedist	1.53 (.52)

Noot: *N* = 22

Appendix 7: Resultaten zelf maken van een taalkeuze

De gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD , tussen haakjes) per professional over het zelf maken van een taalkeuze (1 = volledig mee oneens, 7 = volledig mee eens).

Professional	Gemiddelde en standaarddeviatie
KNO-arts	5.39 (1.79)
Audioloog	5.90 (1.21)
Gezinsbegeleider	5.95 (1.22)
Logopedist	6.33 (.62)

Noot: $N = 22$

Appendix 8: Resultaten respect voor de taalkeuze

De gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD , tussen haakjes) in hoeverre de professional de taalkeuze respecteerde (1 = volledig mee oneens, 7 = volledig mee eens).

Professional	Gemiddelde en standaarddeviatie
KNO-arts	5.33 (1.68)
Audioloog	5.40 (1.60)
Gezinsbegeleider	6.11 (1.52)
Logopedist	6.20 (.86)

Noot: $N = 22$

Appendix 9: Resultaten respondenten geen contact met professional

Aantal (*n*) respondenten per regio die een professional **niet** hebben gesproken (1 = volledig mee oneens, 7 = volledig mee eens).

	KNO-arts	Audioloog	Gezinsbegeleider	Logopedist	Totaal
Regio 1	0	1	2	2	5
Regio 2	2	0	0	2	4
Regio 3	1	1	0	0	2
Regio 4	1	0	1	3	5
Totaal	4	2	3	7	16

Noot: *n* = 16

Appendix 10: Survey antwoorden open vragen

De antwoorden op de open vragen in deze bijlage dienen niet overgenomen en/of gebruikt te worden door derden.

*Hoe zou voor u de ideale begeleiding door de **KNO-arts** rondom de doofheid van uw kind eruit zien? Denk hierbij aan het aanbod in taal, houding van de professionals, taalgebruik, middelen, etc.*

Antwoord	Regio
Neutrale houding, danwel alle aspecten van doof zijn meenemen in taalkeuze i.p.v. enkel wat goed is voor de hoortraining m.b.t. de CI's. Uit blijven gaan van de basis: een doof kind. Is ook doof als de CI's af zijn. Gebarentaal is altijd noodzakelijk om aan te bieden (evt. Naast Nederlands).	3
KNO arts puur informatie over CI. Audioloog en gezinsbeleider over taalkeuze.	4
Meer dan alleen hulpmiddelen.	3
Aanvankelijk zijn wij bij een kno-arts gestart in Hoofddorp. Deze arts zei letterlijk: u moet niet gebaren anders bent u straks de enige die met uw kind kan communiceren. Met drie jaar zijn wij overgegaan naar het Ziekenhuis A. Toen pas was er sprake dat doofheid werd vastgesteld en is gestart met hoorapparaten en daarna CI's.	3
Arts gesproken taal en NMG.	4
Het meest ideale beeld: zorg dat je als professional basis gebaren weet, want de patiënt is immers doof. Bied gebarentaal ten alle tijden aan, en laat de keuze aan ouders. Wij hebben gekozen voor NL-gesproken taal met ondersteuning van gebarentaal (NMG) ons kind volgt ook onderwijs waarin deze taal terug komt. Nu bijna 2jaar verder kan ik oprecht zeggen dat gebarentaal echt een meerwaarde is voor de communicatie en om alle contexten te verduidelijken. Accepteer dat een CI een hulpmiddel is en geen oplossing, vanuit het CI-team de ervaring dat die erg op de gesproken taal zitten.	2

Bijna alle informatie liep via de audioloog. Alleen onderzoeken kiepen via KNO-arts.	3
De visie van de kno arts gaat erg uit van het probleem is opgelost en niet van het rest probleem. Dat komt vermoedelijk pas later als het niet naar verwachting blijkt te werken. Ik zou het prettig vinden van alles de voor- en nadelen te horen. Maar ik als ouder kijk vast ook gekleurd, dat is wat menselijke informatie nu eenmaal is. Je moet altijd nadenken wat is de achtergrond van de zender en dan de informatie interpreteren. Helaas is deze denk stap niet voor iedereen logisch, om diverse begrijpelijke redenen. Daarom is het belangrijk dat diverse bronnen betrokken zijn bij het traject en ieder zijn eigen visie/ informatie deelt, zodat je zelf kunt filteren. Eerlijk gezegd weet ik niet hoe realistisch het is om de diversiteit van informatie (zoals bijv. taal) bij de kno arts neer te leggen. Ieder zijn eigen vak. Ieder kind is anders. Ieder gezin is anders.	
Dat juist ook bij sh kinderen er aandacht is voor taalaanbod op een andere manier dan alleen verbale communicatie	1
De KNO-arts heeft ons alleen medisch geïnformeerd over de oren van ons kind, hij heeft niets te maken gehad met de begeleiding, keuze hoortoestellen, keuze taal etc. Dit kwam van de audioloog en gezinsbegeleider af.	4
Wij hebben de ideale begeleiding: kno-audioloog-gezinsbegeleiding-organisatie B.	4
Wij hebben geen begeleiding gehad vanuit KNO. Alles is dus welkom.	1
Dit is vooral met audioloog en organisatie A besproken. KNO arts alleen de operatie	3
Doofheid niet alleen aanvlagen vanuit zoeken naar medische oplossing. Er werd mij afgeraden met gebaren te gaan werken	1

*Mocht u (positieve en/of negatieve) ervaringen willen delen die u heeft gehad met de **KNO-arts** tijdens uw begeleidingstraject, dan kunt u dat hieronder laten weten.*

Antwoord	Regio
Ondanks onze sceptische houding nam de kno arts de tijd om gesprek aan te gaan en respecteerde onze keuze om op tweetaligheid in te zetten. Ondanks meningsverschil erg prettige arts.	2

Arts liet niet alle mogelijkheden zien. Naar andere gegaan.	3
De kno-arts heeft in de begeleiding bij voortdurend aangegeven dat gesproken taal naast ngt moet bestaan om het spraak verstaan en taalbegrip te ondersteunen.	3
Nemen de tijd en goede uitleg gehad.	4
Zoveel artsen zoveel meningen. Ben over vele tevreden, behalve 1 van de opererende kno arts.	3
We hebben de knopuur voor oorcontrole geconsulteerd. Ze is niet betrokken bij taalkeuze e.d.	2
We hebben 1 arts gehad (hij is later ontslagen) die alles fout aanpakte. Hij meldde ons direct na de eerste test dat onze dochter voor altijd doof zou zijn, geen goed leven zou hebben en CI's zou krijgen (de had toen 40dB verlies). Dit ging telefonisch en er was geen ruimte voor vragen. Dat gaf me een flinke knauw als verse moeder (dochter was drie weken oud). Daarna hebben we echt topbegeleiding gehad en is de KNO-arts er amper op de voorgrond bij betrokken geweest.	4
Neg ervaring met ziekenhuis A. Ook met hem besproken. Ziekenhuis B heeft het erna goed opgepakt. Maar ook daar is geen/weinig aandacht voor gebaren.	3
De kno artsen in het ziekenhuis C heb ik als zeer kundig en professioneel ervaren.	3
Een fijn meedenkend (kinder) CI-team bij het Radboud.	2

*Hoe zou voor u de ideale begeleiding door de **audioloog** rondom de doofheid van uw kind eruit zien? Denk hierbij aan het aanbod in taal, houding van de professionals, taalgebruik, middelen, etc.*

Antwoord	Regio
Zelfde als bij kno, ga uit van de basis, een doof kind is ook met CI's een doof kind.	2
Meer in overeen stemming met gekozen taal. Zo weinig mogelijk gebaren wat de audioloog betreft.	4
Meer informatie over doofheid/gebaren.	2
Meer gebaarvaardig.	3

Zie mijn eerste aantekening, accepteer de beperking, ken basis gebaren zodat je patiënt kan begroeten etc.	2
Meer tijd om zo mee uitleg te geven. Audioloog vooral gefocust op het testen, weinig op de nazorg, andere factoren. Dit ligt vooral bij de gezinsbegeleider.	2
Zie dezelfde vraag bij kno arts.	
Hij gaf duidelijke opties en benoemde de voor- en nadelen.	4
Prima	1

*Mocht u (positieve en/of negatieve) ervaringen willen delen die u heeft gehad met de **audioloog** tijdens uw begeleidingstraject, dan kunt u dat hieronder laten weten.*

Antwoord	Regio
Prettige samenwerking, maar geen info over gebarentaal.	2
Ze focust op een gesproken taal, niet gebaren.	2
Wij zijn goed begeleid.	3
Heel fijn team, waarin alles besproken kan worden, maar de keuze bij ons als ouders wordt gelaten 🙌	2
Persoon A is erg gefocust op het horen. Weinig op de gebarentaal. Wordt regelmatig verteld dat gebaren slecht zou zijn voor de gehoorontwikkeling. Dit door meerdere partijen (audioloog, gezinsbegeleiding, psycholoog). De gebarendocenten proberen hier verandering in aan te brengen. Is lastig. Verder is de zorg zo onder druk dat ik het gevoel heb dat men niet echt de tijd voor je hebt en je veel zelf moet uitzoeken. Een soort van sink or swim approach. Terwijl ondanks de ervaring men toch wel bepaalde dingen moet weten.	2
Ben blij met de audiologen die wij zien. Jammerlijk niet altijd dezelfde.	3
Alles is altijd goed geweest.	4

*Hoe zou voor u de ideale begeleiding door de **gezinsbegeleider** rondom de doofheid van uw kind eruit zien? Denk hierbij aan het aanbod in taal, houding van de professionals, taalgebruik, middelen, etc.*

Antwoord	Regio
Het aanbieden van cursussen NGT is een drama, dit zou vanzelfsprekend moeten zijn bij aanmelding.	2
Ontzorgen.	4
Meer diverse ervaringsdeskundig inzetten.	2
Was prima.	3
We troffen iemand vanuit organisatie B die geen enkele kennis van zaken had over sh/doof. Ze was gericht op kinderen met tos maar kon ons hierin helaas totaal niet helpen. Mijn kennis was hoger dus helaas moest ik haar veel leren.	3
Spraak en NMG	4
Ik denk dat, dat sterk afhankelijk is van het kind en zijn systeem. Ikzelf kom uit de zorg (gehandicapt) waardoor de 'problemen' van mijn dochter geen 'problemen' vormen omdat wij dat snel thuis oplossen, zien wat ze nodig heeft en ons daarop aanpassen. <i>Om privacy redenen is hier een opmerking buiten beschouwing gelaten.</i>	2
Ik had verwacht in het begin een soort van checklist te krijgen. Of een folder. Waarin staat waar je wat kan vinden, hoe dingen werken. Het bleef sink or swim.	2
Helaas gaat bij de organisatie A de voorkeur uit naar NmG. Ik had beter geïnformeerd willen worden over de mogelijkheden van NGT, dan waren we daar eerder mee begonnen. Ook vind ik dat je na je taalkeuze NmG nog binnen het traject zou moeten kunnen switchen naar NGT. En er moet een vervolg traject worden aangeboden na 4 jaar. Je kan niet ouders handvatten bieden en daarna laten zwemmen. Je hebt ook nazorg, of de zorg dat de behoeftes juist worden overgedragen en opgevolgd, en daar zit een schandalig groot gat en voor diverse instanties liggen daar kansen (speciaal onderwijs, Vroeg behandeling, en organisaties als Organisatie C, organisatie B en Organisatie D) want ouders moeten worden onderwezen als je de kinderen een niet moedertaal van de ouders moet/wil aanbieden.	3
Prima	1

Mocht u (positieve en/of negatieve) ervaringen willen delen die u heeft gehad met de **gezinsbegeleider** tijdens uw begeleidingstraject, dan kunt u dat hieronder laten weten.

Antwoord	Regio
Vechten voor een cursus NGT, maar wel fijne begeleiding voor het kind.	2
Was goed.	3
Zie hierboven.	3
Super begeleiding vanaf de geboorte van organisatie E!! Heel erg dankbaar voor! Spraak logopedie vroeg behandelingsgroep aan huis en op de groep vanaf 2 jaar en NmG leren ondersteunen en cursussen. Super!!!	4
Ik heb een hele fijne gezinsbegeleidster, en wij werken goed samen en stemmen goed op elkaar af en op de behoefte van want ons kind nodig heeft 🙌🙌	2
Over het algemeen blij. Hoewel je wel zelf goed bij de les moet blijven en moet blijven vragen, om de zorg die jij wil. Informeer je zelf goed en divers.	3
Onze gezinsbegeleidster heeft ons vier jaar lang fantastisch geholpen!!	4
Hele fijne ervaringen met organisatie A.	3

Hoe zou voor u de ideale begeleiding door de **logopedist** rondom de doofheid van uw kind eruit zien? Denk hierbij aan het aanbod in taal, houding van de professionals, taalgebruik, middelen, etc.

Antwoord	Regio
Beter aansluiten op verzoek omtrent tweetaligheid (NGt en NL). NGt als vanzelfsprekendheid.	2
Alle informatie delen, nu zwijgen ze veel informatie en ze willen meer weten dan wij als ouders.	2
Was goed. Ondersteunende gebaren bij de taal.	3
Een logopedist met kennis van zaken over de talen en gehoorapparaten en CI's had zo fijn geweest. Nu lag de nadruk op tos, waarbij gebaren ondersteunend werden	3

ong zet en waarvan gezegd werd dat dit gebarentaal was maar het waren helaas maar een paar enkele gebaren. Ook te midden van de toets kinderen werd onze zoon aan de zijkant niet recht voor de leerkracht gezet. Er was geen expertise over houding, taalgebruik, belichting enz.

Cursussen NMG, logopedie, vroeg behandelingsgroep vanaf geboorte. 4

Zie eerste aantekening. Wat voor het kind fijn zou zijn, wanneer het kind moet starten bij een logopedist dat je probeert zoveel als mogelijk het bij 1 logopedist te houden. Continuïteit en vertrouwen zorgt voor breder draagvlak bij het kind waardoor je meer winst kan behalen omdat het kind dan niet steeds aan een ander uiterlijk (liplezen/spraak afzien) hoeft te wennen. 2

Dit kan beter. Veel diverser vanuit hun vak. 3

Maar aandacht aan voor sh kinderen. 1

*Mocht u (positieve en/of negatieve) ervaringen willen delen die u heeft gehad met de **logopedist** tijdens uw begeleidingstraject, dan kunt u dat hieronder laten weten.*

Antwoord	Regio
Negatief: egoïstisch en ze wil veel begeleiden. Belang aan zichzelf i.v.m. geld verdienen.	2
Alle informatie delen, nu zwijgen ze veel informatie en ze willen meer weten dan wij als ouders.	2
Mijn zoon heeft er veel aan gehad.	3
Zie hierboven.	3
Organisatie E wapper groep, super fijn vanaf 2 jaar top begeleiding.	4
Ik heb letterlijk gestreden voor een vaste logopedist, en mijn dochter heeft nu 3jaar een vaste, en ik ben ervan overtuigd dat dit komt doordat continuïteit, voorspelbaar en vertrouwen.	2
Veel verschillende instanties hebben een eigen logopedist, met een eigen mening die ook gekleurd is door de organisatie waar ze voor werken. Dus spreek je hier met de logopedist van het ziekenhuis? Of van de vroeg behandeling? Of van school? Alle	3

zijn anders, met een andere mening met andere ervaring. Denk echter dat je informatie over ci en gehoor apparaten hier niet moet halen. Wel taalontwikkeling en taalaanbod.

Appendix 11: Bonferroni Post Hoc Tests aanvullende statistische analyse

Afhankelijke variabele	(I) Regio	(J) Regio	Mean Difference (I-J)	Standaard deviatie	Significantie
Compute_Weldoen	1.00	2.00	-.991	.633	.808
		3.00	-.848	.633	1.000
		4.00	-2.086	.633	.024
	2.00	1.00	0.991	.633	.808
		3.00	.143	.566	1.000
		4.00	-1.095	.566	.414
	3.00	1.00	.848	.633	1.000
		2.00	-.143	.566	1.000
		4.00	-1.238	.576	.253
	4.00	1.00	2.086	.633	.024
		2.00	1.095	.566	.414
		3.00	1.238	.566	.253
Compute_Autonomie	1.00	2.00	-1.024	.705	.981
		3.00	-1.219	.705	.606
		4.00	-1.969	.705	.072
	2.00	1.00	.1024	.705	.981
		3.00	-.194	.631	1.000
		4.00	-.944	.635	.909
	3.00	1.00	1.219	.705	.606
		2.00	.194	.631	1.000
		4.00	-.750	.631	1.000
	4.00	1.00	1.969	.701	.072

		2.00	.944	.631	.909
		3.00	.750	.631	1.000
Compute_Rechtvaardigheid	1.00	2.00	-.910	.807	1.000
		3.00	-.660	.807	1.000
		4.00	-1.869	.807	.196
	2.00	1.00	.910	.807	1.000
		3.00	.250	.721	1.000
		4.00	-.958	.721	1.000
	3.00	1.00	.660	.807	1.000
		2.00	-.250	.721	1.000
		4.00	-1.208	.721	.668
	4.00	1.00	1.869	.807	.196
		2.00	.958	.721	.1.000
		3.00	1.208	.721	.668
