

# Communicatieve Ontwikkeling van niet-sprekende kinderen of volwassenen en hun Communicatiepartners

---

## Samenvatting

### Doel

De algemene doelstelling van *COCP* is het verbeteren van de communicatieve interactie tussen kinderen of volwassenen die niet kunnen praten en sprekende mensen in hun omgeving (ouders, andere nabije verwanten, leerkrachten, behandelaars, begeleiders). Doel voor het niet-sprekende kind of de volwassene is *toegang* tot communicatie met een individueel communicatiesysteem. Een individueel communicatiesysteem bestaat uit communicatievormen, communicatiehulpmiddelen, vocabulaire en aanpassingen in de fysieke omgeving. Doel voor de communicatiepartners is dat zij hun interactiestijl en taalaanbod zo goed mogelijk leren afstemmen op het niet-sprekende kind of de volwassene, zodat hij of zij zo veel mogelijk *gelegenheden* krijgt om te communiceren.

### Doelgroep

*COCP* is ontwikkeld voor kinderen of volwassenen die door ernstige motorische en/of verstandelijke beperkingen niet of nauwelijks kunnen (leren) praten en belangrijke personen in het leven van deze kinderen of volwassenen. *COCP* wordt zowel gebruikt in instellingen voor kinderrevalidatie en speciaal onderwijs, als in (woon)voorzieningen voor kinderen of volwassenen met beperkingen.

### Aanpak

De belangrijke communicatiepartners uit het sociale netwerk, zowel verwanten als professionals, krijgen aan de hand van video's gezamenlijk en individueel instructie en begeleiding om te leren hoe zij het kind of de volwassene kunnen ondersteunen om succesvol te communiceren. De groep rond een kind of volwassene kiest gezamenlijk een interventiedoel en dit doel wordt uitgewerkt in een concreet plan voor de opbouw van een communicatiesysteem en voor de begeleiding door communicatiepartners. Het programma kent een cyclische opbouw van onderzoek, formulering doel en plan, uitvoering en evaluatie op basis van nieuw onderzoek. Dit nieuwe onderzoek kan leiden tot de start van een nieuwe cyclus. Elke cyclus duurt zes tot negen maanden.

### Materiaal

Het *COCP*-programma is vastgelegd in een uitgebreide handleiding met een beschrijving van het programma, het volledige protocol en het materiaal dat in het programma gebruikt wordt, zoals schema's en formulieren (Heim, Jonker, & Veen, 2006a; Heim, Veen, & Velthausz, 2010). Alle procedures, methoden en technieken zijn per stap uitvoerig beschreven. Bij de handleiding hoort een cd-rom met digitale versies van schema's en formulieren en veel voorbeeldmateriaal. Ten slotte zijn er twee dvd's gepubliceerd met videoclips die de toepassing van de *COCP*-partnerstrategieën illustreren (Heim, Jonker, & Veen, 2006b; Heim, Veen, Brinkman, & Jonker, 2013).

### Onderbouwing

Kinderen en volwassenen die niet kunnen spreken, krijgen meestal communicatiehulpmiddelen met grafische symbolen aangeboden al dan niet in combinatie met voorwerpen als verwijzers en/of een gebarentaalaanbod, afhankelijk van hun motorische mogelijkheden. Dit is meestal onvoldoende om

tot communiceren te komen in verschillende dagelijkse situaties en met een diversiteit aan communicatiepartners.

*COCP* is op de eerste plaats gebaseerd op de processen die een rol spelen in de normale communicatieve ontwikkeling via gesproken taal en de rol van het taalaanbod vanuit de omgeving. Een tweede invalshoek is de participatietheorie van Beukelman en Mirenda (2013). Deze theorie gaat ervan uit dat een persoon die niet kan spreken recht heeft op dezelfde participatiemogelijkheden als zijn leeftijdsgenoten zonder beperkingen. Ten slotte hebben de theorieën over de rol die communicatiepartners spelen bij het faciliteren van communicatie voor personen die onvoldoende gebruik kunnen maken van gesproken taal een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van *COCP*.

### **Onderzoek**

Uit een eerste longitudinale effectstudie waarin drie kinderen met een cerebrale parese tweeënhalf jaar gevolgd zijn (Heim, 2001), bleek dat twee kinderen na interventie significant meer beurten en initiatieven namen in de communicatie. Bovendien waren hun symbolische communicatievaardigheden significant toegenomen. Drie van de vier betrokken communicatiepartners scoorden na interventie significant beter op aanpassen van het tempo en responsiviteit.

In een tweede studie werd de uitvoering van het *COCP*-programma geëvalueerd en werd bovendien onderzocht hoe 78 professionals en verwanten (Heim & Jonker, 1996) oordeelden over het programma. Uit dit onderzoek bleek dat er veel waardering is voor het programma. Vooral het betrekken van het sociale netwerk, het veelvuldig gebruik van video-observaties en de gestructureerde aanpak kregen veel lof.

In 2011 werden twee nieuwe studies afgerond en gepubliceerd. De eerste studie betrof een longitudinaal onderzoek naar de effecten van *COCP* op de communicatieve interactie bij zestien cliënt-partnerparen. De resultaten toonden significante positieve effecten aan in het communicatieve gedrag van alle zestien onderzochte communicatiepartners en van alle negen cliënten, hoewel de cliënten verschilden in de aspecten waarop en de mate waarin ze vooruitgingen. De tweede studie bestond uit een evaluatieonderzoek naar de uitvoerbaarheid en de sociale validiteit van *COCP* (Heim, Veen, & Velthausz, 2011) bij negen cliënten met een (zeer) ernstige meervoudige beperking en ongeveer vijftig professionals en verwanten uit de sociale netwerken van deze negen cliënten. Uit deze studie bleek dat het programma goed uitvoerbaar is in een zorginstelling en voorziet in een belangrijke ondersteuningsbehoefte. De waardering voor het programma was zeer hoog, zowel bij de professionals als bij de verwanten van de cliënten.

### **Erkenning**

Erkend door:

Deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 1 juli 2016.

Oordeel: Effectief: Goede aanwijzingen voor effectiviteit.

### **Referentie**

De referentie naar dit document is:

Margriet Heim (2016), Databank interventies langdurende zorg: beschrijving *Communicatieve Ontwikkeling van niet-sprekende kinderen of volwassenen en hun Communicatiepartners (COCP)*. Utrecht: Vilans.

# Uitgebreide omschrijving

## 1. Probleembeschrijving

### 1.1 Probleem

Het programma *Communicatieve Ontwikkeling van niet-sprekende kinderen of volwassenen en hun Communicatiepartners (COCP)* is ontwikkeld voor kinderen en volwassenen die als gevolg van (zeer) ernstige motorische en/of verstandelijke beperkingen onvoldoende in staat zijn om functioneel te (leren) communiceren door middel van gesproken taal. In de Engelstalige literatuur wordt naar deze problematiek verwezen met de term *Complex Communication Needs* (CCN; Beukelman & Mirenda, 2013). Het vakgebied dat zich bezighoudt met de ondersteuning van mensen met CCN heet Ondersteunde Communicatie of kortweg OC (Van Balkom & Welle Donker-Grimbrère, 1994), naar analogie van de internationaal aanvaarde aanduiding *Augmentative and Alternative Communication* (AAC).

De communicatieve ontwikkeling van kinderen staat niet los van de ontwikkeling op allerlei andere terreinen, zoals de motorische, de cognitieve en de sociaal-emotionele ontwikkeling. In de eerste levensjaren vormt de verzorger-kindinteractie het kader waarbinnen het kind kennis verwerft over de wereld en over allerlei sociale regels die daarin gelden. Tegelijkertijd is deze voortdurende wisselwerking tussen kind en verzorger de basis voor de verwerving van een communicatiesysteem dat het mogelijk maakt om informatie uit te wisselen met anderen, ook over zaken die niet op hetzelfde moment gebeuren of zichtbaar zijn. Met hun gedrag lokken kinderen hun ouders uit tot reacties en zo krijgen ze voortdurend feedback over de effectiviteit van hun communicatiepogingen. Ouders van hun kant proberen voortdurend interactief gedrag uit te lokken bij het kind (Brooks & Kempe, 2012; Snow, 2000).

Terwijl de communicatieve ontwikkeling van de meeste kinderen een vrijwel vanzelfsprekend en intuïtief verloop kent, is het ontstaan van een stimulerende ouder-kindinteractie en het verwerven van communicatieve vaardigheden bij kinderen met ernstige motorische en/of verstandelijke beperkingen veel minder vanzelfsprekend. Het gedrag van deze kinderen is moeilijker te interpreteren voor ouders en deze kinderen lokken ouders ook minder uit tot reacties (Heim & Jonker, 1996; Heim, Jonker, & Geytenbeek, 2015). Onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat ouders van kinderen met CCN veel vaker het initiatief nemen tot interactie dan ouders van zich normaal ontwikkelende kinderen en dat zij veel directiever en controlerender zijn (Heim, 1989; Kent-Walsh, Murza, Malani, & Binger, 2015; Light & Drager, 2007). De manier waarop deze kinderen reageren op die initiatieven voldoet vaak niet aan de verwachtingen van de ouders. Zo ontstaat er een negatieve spiraal die er gemakkelijk toe leidt dat er steeds minder interactie plaatsvindt en dat er dus steeds minder gelegenheid is voor het kind om ervaringen op te doen met communicatie. Motorische beperkingen kunnen bovendien tot gevolg hebben dat de toegang tot de gebruikelijke communicatievormen (vocaliseren/spraak, handelingen en gebaren) beperkt is. Vooral dan kan de communicatieve ontwikkeling ernstig stagneren.

Veel problemen die kinderen of volwassenen met ernstige meervoudige beperkingen (EMB) ondervinden in de dagelijkse omgang met hun verzorgers zijn te herleiden tot de communicatie (Beukelman & Mirenda, 2013; Bos & Heim, 1997; Heim et al., 2011; Heim, 2014; Vlaskamp & Oxener, 2002). Ook gedragsproblemen in deze groep vinden vaak hun oorsprong in het onvermogen om wensen en behoeften duidelijk te maken aan de omgeving. Omgekeerd is de omgeving vaak onvoldoende in staat om de communicatieve signalen van mensen met EMB te herkennen, te begrijpen en er adequaat op te reageren (Roemer & Van Dam, 2004).

Kinderen of volwassenen met CCN krijgen tegenwoordig meestal een vorm van Ondersteunde Communicatie (OC) aangeboden die bestaat uit een of meer communicatiehulpmiddelen al dan niet in combinatie met een gebarentaalaanbod, afhankelijk van hun motorische mogelijkheden. Ondersteund communiceren heeft grote gevolgen voor de aard en het verloop van het communicatieproces (Heim, 2001).

Vergeleken met gesproken conversatie is de snelheid van de communicatie drastisch gereduceerd en de communicatie volgt een ander ritme. Er zijn minder geslaagde informatie-uitwisselingen, er is minder oogcontact en er zijn veranderingen in de afstand tussen de conversatiepartners (nabijheid). Het communicatieproces verloopt aanzienlijk anders dan bij gesproken communicatieve interactie.

Het beschikbaar stellen van communicatiehulpmiddelen alleen blijkt dan ook onvoldoende voor functionele en volwaardige communicatie in verschillende dagelijkse situaties en met een diversiteit aan communicatiepartners (Kent-Walsh et al., 2015; Loncke, 2014). Sterker nog, de onevenwichtige communicatiepatronen die vaak gepaard gaan met het ondersteund communiceren leiden er nogal eens toe dat communicatiehulpmiddelen helemaal niet meer gebruikt worden en in de kast verdwijnen (Kent-Walsh et al., 2015).

## 1.2 Spreiding

De groep met een ernstige verstandelijke beperking heeft een groot aandeel; bij 92-100% is sprake van CCN (Mirenda & Mathy-Laikko, 1989). Een kwart tot de helft van de kinderen met een stoornis in het autistisch spectrum (ASS) ontwikkelt onvoldoende spraak om functioneel te kunnen communiceren (Schlosser & Wendt, 2008). Een derde belangrijke groep is de groep kinderen met een ernstige cerebrale parese (CP). De spraakstoornissen die bij deze kinderen leiden tot CCN hangen samen met de neuromotorische stoornissen en worden aangeduid met de termen dysartrie (enige spraak) of anartrie (geheel niet-sprekend). De ernst van de spraakstoornis hangt samen met de ernst van de motorische stoornis zoals aangeduid met het Gross Motor Function Classification System (GMFCS, Palisano et al., 1997). Vrijwel alle kinderen met GMFCS IV-V behoren tot de groep niet of nauwelijks sprekende kinderen (Geytenbeek, Vermeulen, Becher, & Oostrom, 2015; Voorman, Dallmeijer, Van Eck, Schuengel, & Becher, 2010).

De groep personen met ernstige meervoudige beperkingen (EMB) wordt in Nederland geschat op ongeveer tienduizend (Vugteveen, Van der Putten, & Vlaskamp, 2014). Deze mensen ondervinden over het algemeen ernstige belemmeringen in de communicatie, omdat zij zich nauwelijks kunnen uiten via spraak, terwijl ook de mogelijkheden van gebaren of grafische symbolen zeer beperkt zijn. Zij communiceren vooral via kijkgedrag, lichaamshouding, lichaamsbewegingen of fysiologische reacties (Roemer & Van Dam, 2004).

Er zijn geen eenduidige cijfers bekend van het aantal personen met CCN. In de internationale literatuur variëren de schattingen van 0,8 tot 2% van de bevolking (Beukelman & Mirenda, 2013). Volgens een Australische studie heeft 1 op de 500 personen CCN (Perry, Reilly, Cotton, Bloomberg, & Johnson, 2004). De helft hiervan bestaat uit vier diagnostische groepen: ontwikkelingsachterstand, cerebrale parese, genetische of aangeboren syndromen, CVA of beroerte.

## 1.3 Gevolgen

Complexe communicatieproblemen ontstaan al vroeg in de ontwikkeling en blijven het hele leven aandacht vragen van zowel de persoon zelf als van de mensen met wie hij of zij dagelijks omgaat. De communicatieproblemen hebben niet alleen gevolgen voor de dagelijkse omgang met familie en andere naasten, maar leiden ook tot belemmeringen bij het participeren in diverse maatschappelijke contexten zoals onderwijs en recreatie, vooral omdat onze samenleving sterk gericht is op gesproken en geschreven taal.

Niet kunnen (leren) spreken beperkt bovendien de ontwikkeling in diverse andere domeinen zoals cognitieve, sociaal-emotionele of creatieve vaardigheden. De beperkte communicatieve mogelijkheden kunnen ertoe leiden dat de in aanleg aanwezige cognitieve mogelijkheden onvoldoende tot ontwikkeling kunnen komen, omdat het cognitieve potentieel te weinig aangesproken wordt en kinderen te weinig mogelijkheden hebben om te laten merken wat zij wel en niet begrijpen en waar zij cognitief behoefte aan hebben. Het niet of onvoldoende begrepen worden kan leiden tot frustraties en vervolgens tot probleemgedrag.

Het (gevoel van) onvermogen om goed met hun kind om te gaan, kan bij ouders ook leiden tot ernstige frustraties. Het gevolg daarvan kan zijn dat zij hun kind thuis niet kunnen handhaven, waardoor het kind moet verhuizen naar een woonvoorziening en dit brengt hogere kosten voor de maatschappij met zich mee dan wanneer het kind thuis kan blijven wonen.

Het beschikbaar stellen van communicatiehulpmiddelen gecombineerd met individuele training in het gebruik ervan blijkt onvoldoende om te komen tot functionele communicatie (Johnson, Inglebret, Jones, & Ray, 2006; Kent-Walsh et al., 2015). Hoewel sommige kinderen in staat blijken een groot aantal grafische symbolen te leren, blijft het gebruik daarvan vaak beperkt tot therapeutische of didactische settings (Heim, 1989; Heim, 2001). In de thuissituatie worden hulpmiddelen vaak nauwelijks gebruikt.

## 2. Beschrijving interventie

### 2.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep**

Het COCP-programma is bedoeld voor niet-sprekende kinderen en volwassenen en hun communicatiepartners. Het gaat om kinderen of volwassenen die om welke reden dan ook niet in staat zijn om zich te (leren) uiten via gesproken taal en daardoor te maken hebben met complexe communicatieproblemen (CCN). De beperkingen die leiden tot het onvermogen om te spreken worden veroorzaakt door een ernstige hersenbeschadiging (aangeboren of verworven) die meestal zowel verstandelijke beperkingen, als beperkingen in de motoriek tot gevolg heeft. Soms vormen de stoornissen in de spraakmotoriek de belangrijkste oorzaak voor het onvermogen om te spreken en soms leiden vooral de *verstandelijke* beperkingen tot het onvermogen om zich uit te drukken via gesproken taal. Meestal is er sprake van beperkingen op beide domeinen.

Een aangeboren ernstige hersenbeschadiging openbaart zich over het algemeen gedurende het eerste levensjaar, maar in hoeverre de hersenbeschadiging de motorische functies aan de ene kant en de verstandelijke functies aan de andere kant aantast, blijkt pas uit het ontwikkelingsverloop in de vroege kinderjaren. Omdat het bij CCN vrijwel altijd gaat om een combinatie van motorische en verstandelijke beperkingen, komt de aanduiding ernstige meervoudige beperkingen (EMB) het meest in aanmerking voor de COCP-doelgroep. Het gaat om kinderen en volwassenen met (zeer) ernstige motorische en/of verstandelijke beperkingen die wél intentioneel gedrag vertonen waardoor duidelijk is dat hun communicatiebehoeften (veel) groter zijn dan zij kunnen uiten.

De belangrijkste dagelijkse communicatiepartners (zowel verwanten als professionals) van de kinderen of volwassenen met CCN vormen samen de communicatiegroep rond een cliënt. De samenstelling en de omvang van deze communicatiegroep varieert per cliënt van vier tot meer dan twintig personen. Behalve verwanten en professionals kunnen diverse andere communicatiepartners deelnemen aan de communicatiegroep en instructie krijgen over de communicatie van en met de cliënt. Denk bijvoorbeeld aan burens, vrienden, taxichauffeurs, et cetera.

#### **Selectie van doelgroepen**

Het initiatief tot aanmelding voor *COCP* kan komen van de ouders of vanuit begeleiders of behandelaars vanuit de instelling. In een teambespreking met in elk geval de logopedist, de gedragskundige en de begeleider of leerkracht die de cliënt en zijn of haar netwerk goed kennen, worden gezamenlijk onderstaande criteria nagelopen en wordt samen bepaald of er voldoende informatie is om tot een definitief besluit te komen. Zo nodig wordt eerst extra informatie verzameld bij de ouders of verzorgers.

Belangrijk uitgangspunt van *COCP* is dat alle belangrijke communicatiepartners meedoen met het programma. Daarom is commitment van de ouders of primaire verzorgers een nadrukkelijke voorwaarde voor deelname aan het programma. Welke overige communicatiepartners deel zullen nemen aan het programma wordt in overleg met de ouders of verzorgers bepaald tijdens het interview van Stap 1 (zie onder Inhoud van de interventie).

Een cliënt komt in aanmerking voor het COCP-programma indien de volgende criteria allemaal van toepassing zijn:

1. De cliënt spreekt niet of nauwelijks (verstaanbaar);
2. De cliënt:
  - a) uit spontaan geen of slechts enkele van de in het programma onderscheiden communicatieve functies (zie Bijlage 1), of
  - b) gebruikt geen effectieve, efficiënte en sociaal aanvaardbare communicatievormen (zie 2.2) voor het uiten van deze functies;
3. Een of meerdere communicatiepartners herkennen intentioneel gedrag of hebben de verwachting dat de cliënt dergelijk gedrag zal kunnen ontwikkelen;

4. Ouders en/of begeleiders hebben een hulpvraag die gericht is op:
  - a) het beter leren begrijpen van de cliënt, en
  - b) bij de cliënt op het leren van nieuwe communicatieve vaardigheden of het vaker en gevarieerder (in verschillende situaties) gebruiken van bestaande vaardigheden;
5. Ouders en begeleiders zijn gemotiveerd om actief deel te nemen aan het programma;
6. Ouders en begeleiders zijn bereid te reflecteren op het eigen gedrag, onder andere aan de hand van video-opnames.

#### *Contra-indicaties*

Het niet voldoen aan een of meer van bovenstaande selectiecriteria.

## 2.2 Doel

### Hoofddoel

De algemene doelstelling van het COCP-programma is het optimaliseren van de interactie tussen kinderen of volwassenen met CCN en hun communicatiepartners, zodat er een goede basis ontstaat voor de ontwikkeling van communicatieve vaardigheden. Onder 'communicatief vaardig' wordt in dit verband verstaan dat de manier waarop men communiceert doeltreffend, efficiënt en sociaal aanvaardbaar is. *Doeltreffend* wil zeggen dat de bedoeling goed overkomt, *efficiënt* wil zeggen dat de manier van communiceren voor de cliënt het snelst is en de minste inspanning kost en *sociaal aanvaardbaar* wil zeggen dat de manier van communiceren geen grote weerstanden oproept bij de omgeving (zoals krijsen of agressief gedrag om aandacht te krijgen)<sup>1</sup>. Verder is het van belang dat kinderen en volwassenen communicatief vaardig worden in verschillende situaties en met verschillende communicatiepartners.

Om op een doeltreffende, efficiënte, sociaal aanvaardbare en plezierige manier te kunnen communiceren moet aan twee basisvoorwaarden voldaan zijn. Op de eerste plaats moet men voldoende *gelegenheden* krijgen om deel te nemen aan communicatieve interactie. Op de tweede plaats is het nodig dat beide partners in alle voorkomende situaties *toegang* hebben tot een gemeenschappelijk communicatiesysteem dat ze beiden kunnen gebruiken en begrijpen. Het COCP-programma richt zich dan ook zowel op de persoon die niet spreekt zelf als op de mensen die een belangrijke plaats innemen in zijn of haar leven. Kern is het waarborgen van toegang tot communicatie enerzijds en het scheppen van gelegenheden tot communicatie anderzijds.

Samengevat luiden de doelstellingen:

1. De cliënt krijgt toegang tot communicatie;
  - a) doordat de communicatiepartners zijn of haar signalen leren herkennen, en
  - b) doordat hij of zij mogelijkheden krijgt om zich te uiten met behulp van een individueel communicatiesysteem. Een individueel communicatiesysteem kan bestaan uit communicatievormen (zie Bijlage 1), communicatiehulpmiddelen met vocabulaire en aanpassingen in de fysieke omgeving.
2. Communicatiepartners leren om de cliënt zoveel mogelijk gelegenheden te geven om te communiceren door het afstemmen van hun interactiestijl en taalaanbod op de mogelijkheden van de persoon die niet spreekt.

Indien de cliënt en de belangrijkste communicatiepartners over voldoende vaardigheden en mogelijkheden beschikken om adequaat met elkaar te communiceren in alle voorkomende dagelijkse interactiesituaties, is het doel van het COCP-programma bereikt.

---

<sup>1</sup> Wat sociaal aanvaardbaar is, is mede afhankelijk van de context waarin het gedrag plaatsvindt. Indien het niet sociaal aanvaardbare gedrag opgeroepen wordt door externe vermijdbare factoren, verdient het wegemen daarvan uiteraard de voorkeur.

## Subdoelen

Subdoelen voor cliënten. Cliënten:

- 1 Communiceren ten opzichte van de beginsituatie meer (nemen meer beurten, uiten meer functies);
- 2 Bepalen ten opzichte van de beginsituatie vaker de inhoud van de communicatie door initiatieven te nemen;
- 3 Uiten ten opzichte van de beginsituatie een grotere variëteit aan communicatieve functies en gebruiken de functie uit het vastgestelde interventiedoel (vaker);
- 4 Beschikken over een adequaat individueel communicatiesysteem:
  - a) Communicatievormen, hulpmiddelen en vocabulaire;
  - b) Aanpassingen in de fysieke omgeving;
- 5 Kunnen in alle voorkomende situaties hun bedoelingen duidelijk maken.

Subdoelen voor communicatiepartners. Zij:

- 6 Passen de partnerstrategieën (zie Bijlage 1) voldoende toe. Ten opzichte van de beginsituatie
  - a) geven zij de cliënt vaker voldoende tijd om te communiceren;
  - b) zijn zij responsiever (reageren vaker adequaat op de signalen);
  - c) lokken zij meer communicatie uit (gelegenheden scheppen);
  - d) modelleren zij vaker communicatievormen uit het potentiële repertoire van de cliënt;
- 7 Nemen zij ten opzichte van de beginsituatie verhoudingsgewijs minder beurten;
- 8 Bepalen zij ten opzichte van de beginsituatie verhoudingsgewijs minder vaak de inhoud van de communicatie (initiatieven).

## 2.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

Het COCP-programma bestaat uit vier hoofdonderdelen of fasen: *onderzoek* naar het communicatief functioneren, diverse ontwikkelingsaspecten en de sociale en fysieke omgeving van de cliënt, het vaststellen van *doel en plan* voor de interventie, *uitvoering* van de interventie en *evaluatie* van de interventie. Voordat het programma van start gaat, vindt een aantal voorbereidende activiteiten plaats in Stap 0, de *voorbereiding*.

In elke fase worden een of meerdere stappen doorlopen. De fasen en de stappen zijn weergegeven in het COCP-interventiemodel in onderstaand schema. In dit model is tevens te zien hoe de verschillende fasen en stappen met elkaar samenhangen. Het model heeft een cyclisch karakter. Op basis van uitvoerig onderzoek op verschillende gebieden wordt gezamenlijk op basis van consensus een doel voor de interventie bepaald dat vervolgens in een concreet plan wordt uitgewerkt. Dat plan vormt de basis voor het opbouwen van een adequaat individueel communicatiesysteem en de begeleiding van communicatiepartners. Zes tot negen maanden na het begin van de cyclus wordt de interventie geëvalueerd op basis van nieuw onderzoek. Dit nieuwe onderzoek kan tegelijkertijd de start vormen van een nieuwe interventiecyclus.

De resultaten van evaluatie en onderzoek kunnen leiden tot het formuleren van een nieuw doel en een nieuw plan of tot het herformuleren van het oorspronkelijke doel en plan. Als er gekozen wordt voor een volgende cyclus, valt de evaluatie van de eerste cyclus dus in de tijd samen met het onderzoek van de volgende cyclus.

In elke stap van het model worden verschillende activiteiten uitgevoerd. Voorafgaand aan de start van het programma vindt de voorbereiding plaats die bestaat uit alle activiteiten die uitgevoerd moeten worden voordat het programma van start kan gaan. In de voorbereiding wordt eerst goed uitgezocht of aan alle instroomcriteria voldaan wordt (zie 2.1). Vervolgens wordt het interventieteam samengesteld en maakt dit team gezamenlijk een planning voor de eerste vier stappen van het programma. Er worden afspraken gemaakt over de rolverdeling en er wordt een papieren en een digitale COCP-map aangelegd waarin alle documenten (deelnemerslijsten, planningschema's, ingevulde formulieren, verslagen) bewaard worden.<sup>2</sup>

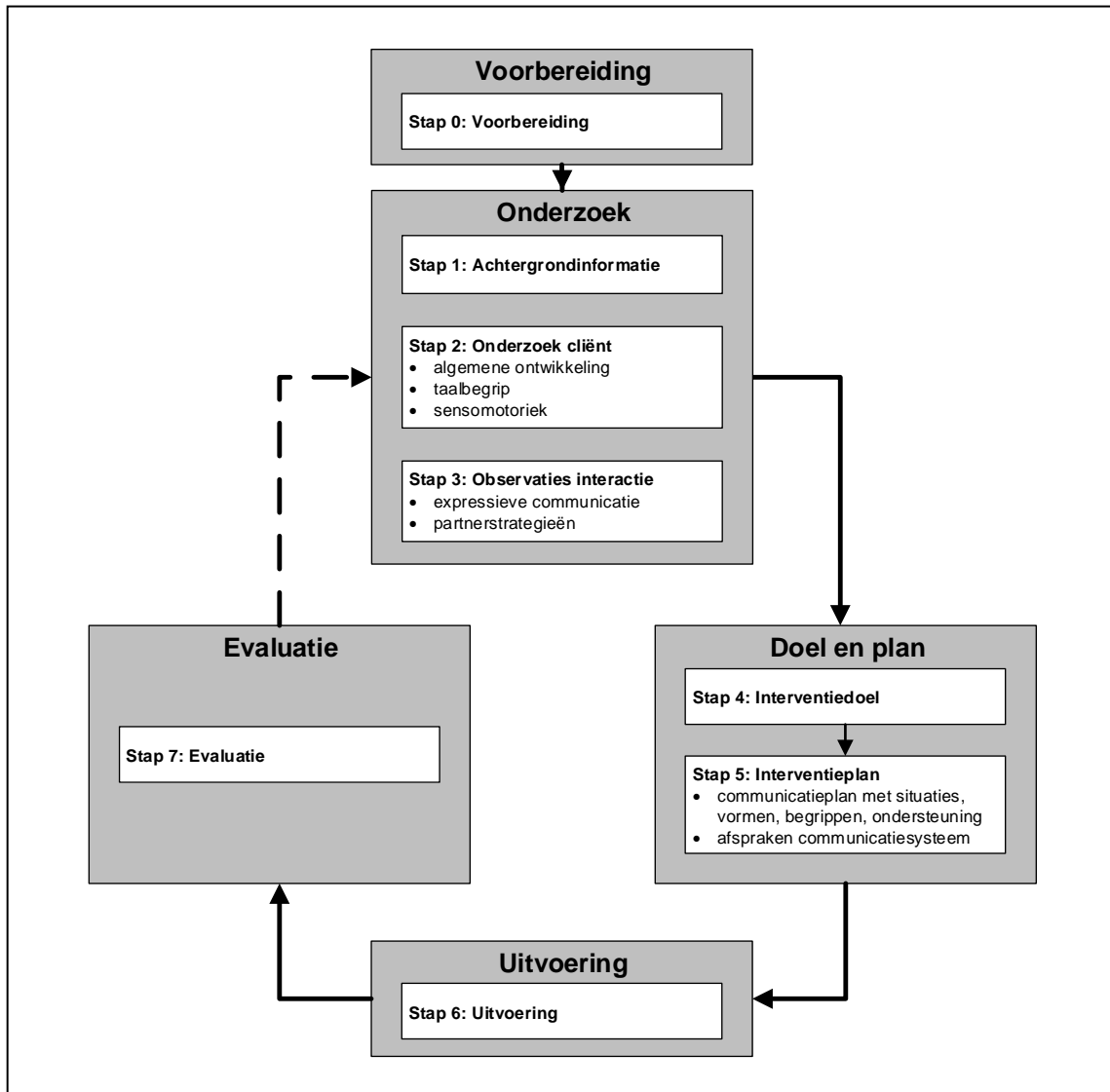
---

<sup>2</sup> Er worden ook afspraken gemaakt over welke onderdelen van de COCP-map worden opgenomen of samengevat in het ondersteuningsplan.



In de fase onderzoek zijn alle activiteiten gericht op het verkrijgen van een zo volledig mogelijk beeld van het communicatief functioneren en de communicatieve behoeften van de cliënt en zijn of haar communicatiepartners. Het resultaat van deze fase is een inventarisatie van factoren die de communicatie belemmeren of juist stimuleren. Niet alle onderzoeksactiviteiten die bij de start van het COCP-programma (eerste cyclus) uitgevoerd worden, worden herhaald in vervolgcycli.

*Figuur 1. Fasen en stappen in het COCP-interventiemodel*



Na afronding van alle onderzoeksactiviteiten komt de communicatiegroep met alle belangrijke communicatiepartners van een cliënt bij elkaar in twee groepsbijeenkomsten. Men krijgt instructie over communicatieve functies, communicatievormen en partnerstrategieën (zie Bijlage 1) en de resultaten van het onderzoek worden besproken. Op basis van alle verzamelde informatie kiest de groep gezamenlijk voor een interventiedoel dat vervolgens vertaald wordt in een concreet interventieplan. Dit plan bestaat uit communicatieplannen voor verschillende situaties met aanwijzingen voor communicatiepartners en afspraken over aanpassingen in de omgeving en het individuele communicatiesysteem.

In de fase uitvoering geven alle communicatiepartners uitvoering aan het interventieplan. Ook de aanpassingen in de omgeving worden gerealiseerd en de opbouw, aanpassing of uitbreiding van het

communicatiesysteem krijgt vorm. Een aantal communicatiepartners krijgt individuele of groepsbegeleiding aan de hand van videobeelden van de interactie met de cliënt. Na zes tot negen maanden vindt een (gedeeltelijke) herhaling plaats van de fase onderzoek om de resultaten van de interventie te evalueren. Er volgt opnieuw een groepsbijeenkomst ter bespreking van de resultaten. Er komt een nieuw interventiedoel en een nieuw interventieplan of het eerdere plan wordt aangepast. Zie het schema met het tijdpad van het COCP-programma.

Figuur 2. Tijdpad van het COCP-interventieprogramma

maanden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
cyclus 1	onderzoek	doel/ plan	uitvoering				evaluatie			
cyclus 2								onderzoek	doel/ plan	

Meestal kent een COCP-traject meerdere cycli. Het traject kan (tijdelijk) afgerond worden als de cliënt en zijn belangrijkste communicatiepartners over voldoende vaardigheden en mogelijkheden beschikken om adequaat met elkaar te communiceren in allerlei interactiesituaties (zie 2.2). Een andere reden om te stoppen met COCP kan zijn dat ouders of primaire verzorgers niet langer actief deel kunnen nemen, bijvoorbeeld omdat ze verhuisd zijn of niet langer voldoende gemotiveerd zijn.

Als besloten wordt het COCP-programma (tijdelijk) te beëindigen, wordt een laatste groepsbijeenkomst georganiseerd om het verloop van het programma te evalueren en om afspraken te maken over de toekomst. Besproken wordt welke veranderingen in de omgeving te verwachten zijn in de komende jaren en wat dat betekent voor het communicatiesysteem en voor de samenstelling van het sociale netwerk. Er worden afspraken gemaakt voor een jaarlijkse check of extra aandacht (weer) nodig is, wie aan de bel trekt en wie een en ander coördineert. Wanneer de cliënt kort voor of binnen een jaar na beëindiging van het COCP-programma overgaat naar een andere groep of klas of naar een voorziening elders, zorgt de coördinator voor een goede overdracht.

### Locatie en uitvoerders

De interventie wordt uitgevoerd in een van de locaties waar de cliënt verblijft. Afhankelijk van de activiteit kan dit zijn op de instelling of bijvoorbeeld in de woonvoorziening van de cliënt of bij de ouders thuis. Bij een COCP-traject zijn altijd minimaal twee verschillende locaties betrokken. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering en de coördinatie van de interventie ligt bij interdisciplinaire interventieteams. Rond elke cliënt wordt een interventieteam gevormd dat bestaat uit een logopedist, een gedragskundige (orthopedagoog of gz-psycholoog), bij voorkeur een ergotherapeut en een cliëntbegeleider. In veel instellingen is de formatie voor de discipline ergotherapie zeer beperkt en is volledige deelname aan het interventieteam helaas niet mogelijk. Actieve betrokkenheid van een ergotherapeut is vooral van groot belang indien geavanceerde communicatieapparatuur onderdeel uitmaakt van het communicatiesysteem of indien gecompliceerde omgevingsaanpassingen nodig zijn om de communicatie te vergemakkelijken. In overleg wordt de logopedist of de gedragskundige aangesteld als coördinator van het interventieteam. In de tabel op de volgende pagina staan voor alle stappen per activiteit de rollen en verantwoordelijkheden van de interventieteamleden aangegeven.

Tabel 1. Verantwoordelijke disciplines per activiteit

Stap	Activiteiten	coördinator	logopedist	gedragkundige	ergotherapeut	cliëntbegeleider
<b>1</b>	<b>Verzamelen achtergrondinformatie</b>					
	schriftelijke informatie & interview ouders	verantwoordelijk voor activiteit neemt interview af maakt verslag				assisteert (adresgegevens verzamelen, kopiëren, versturen)
	vragenlijst communicatiepartners	verantwoordelijk voor activiteit				assisteert (kopiëren, versturen, verzamelen)
	check cliëntdossier	verantwoordelijk voor check, aanvragen aanvullend onderzoek, verspreiden informatie	verschafft aanvullende informatie indien mogelijk	verschafft aanvullende informatie indien mogelijk	verschafft aanvullende informatie	verschafft aanvullende informatie indien mogelijk
	omgevingsonderzoek		inventariseert samen met cliëntbegeleider en/of ergotherapeut communicatiemogelijkheden op verschillende locaties		inventariseert samen met logopedist en/of cliëntbegeleider communicatiemogelijkheden op verschillende locaties	inventariseert samen met logopedist en/of ergotherapeut communicatiemogelijkheden op verschillende locaties
<b>2</b>	<b>Specifiek onderzoek</b>					
	algemeen ontwikkelingsniveau			verantwoordelijk voor activiteit		
	taalbegrip		verantwoordelijk voor activiteit			
	beoordeling sensomotoriek		in gezamenlijk overleg, bij voorkeur onder leiding van ergotherapeut	in gezamenlijk overleg	neemt voortouw in gezamenlijk overleg en doet zo nodig sensomotoriekobservatie	in gezamenlijk overleg
	beschrijving communicatiesysteem		verantwoordelijk voor activiteit bij voorkeur samen met ergotherapeut		verantwoordelijk voor activiteit in overleg met logopedist	
<b>3</b>	<b>Observatie interacties</b>					
	analyse video-opnames	verantwoordelijk voor opnames	beoordeelt samen met gedragskundige opnames	beoordeelt samen met logopedist opnames		zorgt voor opnames, kan bij beoordeling betrokken zijn
	rapportage communicatiepartners	verantwoordelijk voor activiteit				
	evaluatie partnerstrategieën	verantwoordelijk voor activiteit				
<b>4 &amp; 5</b>	<b>Interventiedoel en -plan</b>					
	groepsbijeenkomsten	coördinatie	actieve rol bij planning en organisatie	actieve rol bij planning en organisatie	actieve rol bij planning en organisatie	actieve rol bij planning en organisatie

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit Nji, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans.  
COCP is erkend als Effectief: Goede aanwijzingen voor effectiviteit door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 01/07/2016 onder begeleiding van Vilans.

<i>Stap</i>	<i>Activiteiten</i>	<i>coördinator</i>	<i>logopedist</i>	<i>gedragkundige</i>	<i>ergotherapeut</i>	<i>cliëntbegeleider</i>
	uitschrijven communicatieplan		samen met gedragskundige verantwoordelijk	samen met logopedist verantwoordelijk	levert inbreng	levert inbreng
<b>6</b>	<b>Uitvoering interventie</b>					
	begeleidingsgesprekken	verantwoordelijk voor opnames	voert gesprekken en maakt verslagen	voert gesprekken en maakt verslagen		
	communicatiesysteem		verantwoordelijk voor activiteit, bij voorkeur samen met ergotherapeut		verantwoordelijk voor activiteit, bij voorkeur samen met logopedist	
	begrippen en symbolen		verantwoordelijk voor activiteit			levert inbreng
<b>7</b>	<b>Evaluatie</b>					
	herhaling onderzoek	coördinatie	actieve rol	actieve rol	actieve rol	actieve rol
	groepsbijeenkomsten	coördinatie	actieve rol bij planning en organisatie	actieve rol bij planning en organisatie	levert inbreng	actieve rol bij planning en organisatie
	evaluatie-enquête	verantwoordelijk voor activiteit				levert inbreng
	kwaliteitsbewaking	verantwoordelijk voor activiteit				

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans.  
COCP is erkend als Effectief: Goede aanwijzingen voor effectiviteit door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 01/07/2016 onder begeleiding van Vilans.

## Inhoud van de interventie

In onderstaande tabellen staat per stap aangegeven welke activiteiten worden uitgevoerd, door wie en met welk resultaat (producten), en welk materiaal daarbij gebruikt wordt. Dit materiaal is grotendeels zowel op papier als digitaal beschikbaar.

### Stap 1 Achtergrondinformatie

Wat is al bekend?

- **inventarisatie communicatiepartners:** de personen met wie de cliënt regelmatig omgaat;
- **informatie** inwinnen over het **sociale en communicatieve functioneren** van de cliënt;
- gegevens verzamelen over de **dagelijkse activiteiten** van de cliënt en **kenmerken van de fysieke omgeving** die de communicatie tijdens die activiteiten bemoeilijken.

Tabel 2. Activiteiten stap 1 Achtergrondinformatie

activiteiten	uitvoerders en werkwijze	producten	materiaal
Schriftelijke informatie	coördinator zorgt dat de ouders/primaire verzorgers schriftelijk geïnformeerd worden (alleen 1 <sup>e</sup> cyclus)	indien gewenst een ondertekende deelnameverklaring ouders	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtlijnen informatie</li> <li>• voorbeeld informatiefolder COCP</li> <li>• voorbeeld deelnameovereenkomst ouders</li> </ul>
Interview ouders/verzorgers	coördinator houdt interview en maakt verslag (alleen 1 <sup>e</sup> cyclus)	deelnemerslijst verslag interview	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtlijnen interview</li> <li>• voorbeeld informatiefolder COCP</li> <li>• voorbeeld deelnameovereenkomst ouders</li> <li>• artikel ouders</li> </ul>
Vragenlijst communicatiepartners	coördinator zorgt voor versturen, inzamelen en verwerken van vragenlijsten (elke cyclus)	schriftelijke samenvatting van de antwoorden: activiteiten, voorkeuren/afkeuren, communicatie-behoefte, communicatief begrip, ervaren problemen en mogelijke doelen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtlijnen met actiepunten</li> <li>• vragenlijst communicatiepartners</li> <li>• dynamisch formulier op cd-rom</li> <li>• handleiding dynamisch formulier</li> <li>• communicatieve functies met voorbeelden</li> <li>• communicatievormen met voorbeelden</li> <li>• vragenlijst communicatiepartners met voorbeelden van functies</li> <li>• voorbeeldsamenvattingen</li> <li>• voorbeeld begeleidende brief/email</li> </ul>
Check cliëntdossier	coördinator checkt bestaande gegevens, vraagt aanvullend onderzoek aan en verspreidt relevante informatie (elke cyclus)	ingevulde checklijst cliëntdossier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtlijnen check cliëntdossier</li> <li>• checklijst cliëntdossier</li> <li>• invulformulier overzicht rapportagegegevens cliëntdossier</li> </ul>
Omgevingsonderzoek	logopedist en cliëntbegeleider, zo mogelijk samen met ergotherapeut inventariseren communicatiemogelijkheden op verschillende locaties (zo nodig elke cyclus)	ingevulde inventarisatieformulieren locatiebezoeken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtlijnen locatiebezoek</li> <li>• inventarisatieformulier locatiebezoek</li> <li>• voorbeeldverslagen locatiebezoek</li> </ul>

### Stap 2 Onderzoek cliënt

Wat moeten we nog onderzoeken?

Hoe is het niveau van:

- de **cognitieve ontwikkeling**;
- het **begrip van gesproken taal**;
- **sensomotorische vaardigheden** die gebruikt kunnen worden om te communiceren?

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. COCP is erkend als Effectief: Goede aanwijzingen voor effectiviteit door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 01/07/2016 onder begeleiding van Vilans.

Deze onderzoeksgegevens vormen samen met de in Stap 1 verzamelde gegevens over aspecten van de fysieke omgeving de basis voor het ontwikkelen van een individueel **communicatiesysteem** (toegang tot communicatie).

Tabel 3. *Activiteiten stap 2 Onderzoek cliënt*

<i>activiteiten</i>	<i>uitvoerders</i>	<i>producten</i>	<i>materiaal</i>
<b>Beoordeling algemeen ontwikkelingsniveau</b>	<b>gedragskundige</b> beoordeelt beschikbare informatie en regelt zo nodig (aanvullend) onderzoek (herhaling indien daar aanleiding toe is)	test- en/of observatieverslag met inschatting mentale leeftijd en consequenties voor aanspreekniveau en te verwachten reacties	<ul style="list-style-type: none"> <li>richtlijnen onderzoek algemene ontwikkeling</li> </ul>
<b>Beoordeling taalbegrip</b>	<b>logopedist</b> test en observeert (een keer per jaar)	test- en of observatieverslag taalbegrip	<ul style="list-style-type: none"> <li>richtlijnen onderzoek taalbegrip</li> </ul>
<b>Beoordeling sensomotoriek</b>	<b>interventieteam</b> beoordeelt en brengt bij voorkeur onder leiding van ergotherapeut sensomotorische mogelijkheden in kaart met consequenties voor communicatie (een keer per jaar)	ingevulde checklijst sensomotoriek	<ul style="list-style-type: none"> <li>richtlijnen checklijst sensomotoriek</li> <li>checklijst sensomotoriek</li> <li>voorbeeld ingevulde checklijst sensomotoriek</li> <li>richtlijnen observatie sensomotoriek (optioneel)</li> <li>observatieformulieren sensomotoriek</li> <li>voorbeeld ingevulde formulieren sensomotoriek</li> </ul>
<b>Beschrijving communicatiesysteem</b>	<b>logopedist</b> verwerkt bij voorkeur samen met ergotherapeut onderzoeksgegevens en resultaten omgevingsonderzoek in een beschrijving met voorstel (elke cyclus)	beschrijving huidig communicatiesysteem met een voorstel voor veranderingen vormen, eventuele hulpmiddelen en aanpassingen omgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>richtlijnen beschrijving communicatiesysteem</li> <li>voorbeelden beschrijving communicatiesysteem</li> </ul>

*Stap 3 Observaties interactie*  
*Hoe verloopt de communicatie nu?*

Tabel 4. *Activiteiten stap 3 Observaties interactie*

<i>activiteiten</i>	<i>uitvoerders</i>	<i>producten</i>	<i>materiaal</i>
<b>Analyse video-opnames</b>	<b>coördinator</b> regelt twee opnames; <b>logopedist</b> en <b>gedragskundige</b> beoordelen samen video-opnames (elke cyclus)	schema geobserveerde functies en vormen (samenvatting communicatieonderzoek)	<ul style="list-style-type: none"> <li>richtlijnen video-opnames</li> <li>aanwijzingen voor het maken van video's</li> <li>richtlijnen analyse video-opnames</li> <li>overzicht van communicatieve functies met uitingsvormen</li> <li>samenvatting functies</li> <li>samenvatting vormen</li> <li>voorbeeldsamenvattingen</li> </ul>
<b>Rapportage communicatiepartners</b>	<b>coördinator</b> verwerkt antwoorden uit vragenlijsten in samenvattingen functies en vormen (elke cyclus)	schema met door communicatiepartners gerapporteerde functies en vormen (samenvatting communicatieonderzoek)	<ul style="list-style-type: none"> <li>richtlijnen rapportage communicatiepartners</li> <li>samenvatting functies</li> <li>samenvatting vormen</li> <li>voorbeeldsamenvattingen</li> </ul>
<b>Evaluatie partnerstrategieën</b>	<b>coördinator</b> vult evaluatieformulier partnerstrategieën in (elke cyclus)	overzicht gebruik partnerstrategieën door communicatiepartners	<ul style="list-style-type: none"> <li>richtlijnen evaluatie partnerstrategieën</li> <li>evaluatieformulier partnerstrategieën</li> </ul>

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. COCP is erkend als Effectief: Goede aanwijzingen voor effectiviteit door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 01/07/2016 onder begeleiding van Vilans.

#### Stap 4 & 5 Doel en plan

Wat willen we bereiken en hoe gaan we dat doen?

- Na afronding van alle onderzoeksactiviteiten komt de communicatiegroep bij elkaar in een of twee **groepsbijeenkomst(en)**.
- Bij de eerste interventiecyclus komt de communicatiegroep twee keer bij elkaar, in volgende cycli is er steeds één groepsbijeenkomst.

Tabel 5 Activiteiten stap 4 & 5 Doel en plan

<i>activiteiten</i>	<i>uitvoerders</i>	<i>producten</i>	<i>materiaal</i>
<b>Groepsbijeenkomsten</b>	interventieteam plant en organiseert de groepsbijeenkomst (elke cyclus)	notulen groepsbijeenkomsten met vastgesteld doel en afspraken over plan en communicatiesysteem oordelen over inhoud groepsbijeenkomsten door communicatiegroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtlijnen groepsbijeenkomsten</li> <li>• powerpoint-presentatie</li> <li>• animaties partnerstrategieën</li> <li>• evaluatieformulier groepsbijeenkomsten</li> <li>• voorbeeldverslagen groepsbijeenkomsten</li> <li>• richtlijnen uitschrijven communicatieplan</li> <li>• invulformulier communicatieplan</li> </ul>
<b>Uitschrijven communicatieplan</b>	gedragskundige en logopedist verwerken in overleg met de cliëntbegeleider de discussie tijdens de groepsbijeenkomst en vult aan met concrete vertaling partnerstrategieën (elke cyclus)	op schrift gesteld communicatieplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtlijnen communicatieplan</li> <li>• invulformulier communicatieplan</li> <li>• voorbeeldplannen</li> </ul>

#### Stap 6 Uitvoering

Aan het werk!

Iedereen gaat aan de slag met het communicatieplan. De afspraken over het communicatiesysteem worden gerealiseerd en de communicatiepartners gaan op de video en krijgen begeleiding.

Tabel 6 Activiteiten stap 6 Uitvoering

<i>activiteiten</i>	<i>uitvoerders</i>	<i>producten</i>	<i>materiaal</i>
<b>Begeleidingsgesprekken</b>	coördinator zorgt voor video-opnames en <b>logopedist</b> en <b>gedragskundige</b> voeren (afzonderlijk) begeleidingsgesprekken met communicatiepartners (elke cyclus vier tot acht gesprekken)	schriftelijke verslagen met adviezen en aanwijzingen voor de communicatiepartners	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtlijnen begeleidingsgesprekken</li> <li>• evaluatieformulier video-opnames</li> <li>• verslag begeleidingsgesprek, invulformulier</li> <li>• voorbeeldverslagen</li> </ul>
<b>Communicatiesysteem</b>	<b>logopedist</b> is verantwoordelijk voor het communicatiesysteem bij voorkeur samen met ergotherapeut (doorlopend), de opbouw van het vocabulaire en de selectie van vormen en symbolen	individueel communicatiesysteem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtlijnen communicatiesysteem</li> <li>• werkschema communicatiesysteem</li> </ul>
<b>Begrippen en symbolen</b>	<b>logopedist</b> coördineert de opbouw van het vocabulaire en de selectie van vormen en specifieke symbolen (doorlopend)	groeïende symbolenschat voor productieve communicatie (indien van toepassing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• richtlijnen begrippen en symbolen</li> <li>• invullijst communicatieschrift</li> <li>• richtlijnen selectie uitgebreid vocabulaire uit COCP revalidatie</li> <li>• begrippenlijst COCP revalidatie</li> </ul>

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NjI, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. COCP is erkend als Effectief: Goede aanwijzingen voor effectiviteit door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 01/07/2016 onder begeleiding van Vilans.

Stap 7 Evaluatie  
Heeft het gewerkt?

Tabel 7 Activiteiten stap 7 Evaluatie

<i>activiteiten</i>	<i>uitvoerders</i>	<i>producten</i>	<i>materiaal</i>
<b>Herhaling onderzoek</b>	leden van het interventieteam verrichten het herhalingsonderzoek (elke cyclus)	gegevens ter vergelijking met voorafgaande cyclus	<ul style="list-style-type: none"> <li>richtlijnen herhalingsonderzoek</li> </ul>
<b>Groepsbijeenkoms</b>	interventieteam plant en organiseert de groepsbijeenkoms (elke cyclus)	notulen groepsbijeenkoms	<ul style="list-style-type: none"> <li>zie onder stap 4 en 5</li> </ul>
<b>Evaluatie-enquête</b>	coördinator organiseert de afname van de schriftelijke eidevaluatie en zorgt voor de verslaglegging	oordelen over effect, communicatiesysteem, groepsbijeenkoms en individuele begeleiding van de communicatiegroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>richtlijnen evaluatie</li> <li>evaluatie-enquête COCP</li> </ul>
<b>Kwaliteitsbewaking</b>	interventieteam voert in overleg met OC-team kwaliteitsbewaking uit	overzicht kwaliteitsindicatoren met conclusies	<ul style="list-style-type: none"> <li>richtlijnen kwaliteitsbewaking</li> <li>schema kwaliteitsbewaking</li> </ul>

## 2.4 Ontwikkelgeschiedenis

COCP is begin jaren 90 van de vorige eeuw ontwikkeld in revalidatiecentrum Heliomare voor niet-sprekende kinderen met een cerebrale parese (Heim & Jonker, 1997; Heim et al., 2006a). Het interventieprogramma kreeg veel waardering in het veld en vanaf 1997 werd COCP via een speciaal traject door specialisten van Heliomare geïmplementeerd in een groot deel van de Nederlandse centra voor kinderrevalidatie, cluster 3-scholen en behandelcentra voor kinderen en jongeren met meervoudige beperkingen.

In de loop der jaren kwamen er ook vanuit zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten (vg) steeds meer vragen om het COCP-programma toe te passen in de zorg voor niet-sprekende kinderen en volwassenen met (zeer) ernstige verstandelijke of meervoudige beperkingen (EMB). In de periode 2002 - 2004 vond in Esdégé-Reigersdaal een pilot-project plaats om uit te zoeken of COCP effectief en toepasbaar zou zijn in deze sector. De bevindingen waren positief (Binnerts, Jonker, Lemmens, Noordhuis, & Roemer, 2005) en vormden de aanleiding om in 2007 te starten met het project *Verbetering van de communicatie tussen niet of nauwelijks sprekende personen met een meervoudige beperking en hun sociale netwerk (COCPvg)*. Dit project kende een driedelige doelstelling: (1) het ontwikkelen van een aangepaste versie van het COCP-programma voor de sector verstandelijk gehandicapten (vg); (2) het wetenschappelijk onderzoeken van de effecten van deze aangepaste versie bij negen cliënten en hun communicatiepartners; (3) het systematisch evalueren van de sociale validiteit en de implementatie van COCP in Esdégé-Reigersdaal, een zorginstelling voor mensen met beperkingen in de kop van Noord-Holland. De handleiding COCPvg (Heim et al., 2010) was het eindresultaat van de eerste doelstelling.

COCPvg en COCP kennen dezelfde uitgangspunten, dezelfde (sub)doelen en dezelfde aanpak. Stappenplan, organisatie en inhoud van beide versies zijn grotendeels gelijk. Ook de theoretische onderbouwing en de werkzame factoren komen overeen.

De aangepaste versie COCPvg is vooral ontwikkeld omdat er belangrijke organisatorische en financiële verschillen bestaan tussen centra voor kinderrevalidatie en woonvoorzieningen, dagactiviteitencentra en orthopedagogische dagcentra voor mensen met EMB. Deze verschillen in organisatie en financiering hebben bij het uitvoeren van COCP consequenties voor de samenstelling van de interventieteams en de mate van flexibiliteit in zowel taak- en rolverdeling als in het tijdspad van de interventie (Heim et al., 2011). Verder is een aantal beschrijvingen en richtlijnen voor activiteiten uitgebreid en aangevuld, zodat ze beter toegesneden zijn op de doelgroep met EMB.



Tussen het verschijnen van de tweede druk van de COCP-handleiding in 2006 en de COCPvg-handleiding in 2010 zit vier jaar. Op basis van de ervaringen met de COCP-handleiding van 2006 zijn in de COCPvg-handleiding van 2010 een aantal verbeteringen doorgevoerd die voor een deel tekstueel van aard zijn en deels een aanscherping betreffen van sommige richtlijnen en formulieren, relevant voor beide versies.

De populatie binnen de kinderrevalidatie en het cluster 3-onderwijs is in de laatste tien jaar sterk veranderd met als gevolg dat de groep kinderen met een relatief laag cognitief niveau in deze voorzieningen sterk in omvang is toegenomen. De doelgroepen in de revalidatie en de vg vertonen vrij veel overlap, zeker in de jongste leeftijdsgroepen. In de afgelopen vijf jaar is gebleken dat beide handleidingen door en naast elkaar gebruikt kunnen worden, deels afhankelijk van de kenmerken van het kind en zijn omgeving. Met COCPvg is de reikwijdte van het COCP-programma groter geworden. De COCP-doelgroep is uitgebreid met CCN op basis van (zeer) ernstige verstandelijke beperkingen en met volwassenen. De COCP-doelen zijn onveranderd, maar de aandacht voor het herkennen van (minimale) signalen van de cliënt wordt nu expliciet benoemd. De looptijd per cyclus is flexibeler geworden, afhankelijk van kenmerken van het kind of de volwassene en zijn of haar omgeving. Het ligt in de lijn der verwachting dat bij een volgende versie van de handleiding beide versies in elkaar geschoven zullen worden, zodat er weer één COCP-handleiding ontstaat die van toepassing is op het hele spectrum van de doelgroep. Om bovenstaande redenen zijn in de onderhavige beschrijving beide COCP-versies gecombineerd. De belangrijkste verschillen tussen de handleiding COCP uit 2006 en de COCPvg-handleiding uit 2010 zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 8. Belangrijkste verschillen tussen handleidingen COCP en COCPvg

	COCP-handleiding 2006	COCPvg-handleiding 2010
<b>Doelgroep</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen die op basis van (zeer) ernstige motorische of meervoudige beperkingen niet of nauwelijks productief gebruik kunnen maken van gesproken taal</li> <li>• De communicatiepartners van deze kinderen</li> <li>• Accent ligt niet alleen op verbetering van de interactie, maar ook op de ontwikkeling van (complexe) talige en communicatieve vaardigheden</li> <li>• Discrepancie tussen communicatief en cognitief niveau is een van de instroomcriteria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen of volwassenen die op basis van (zeer) ernstige verstandelijke of meervoudige beperkingen niet of nauwelijks productief gebruik kunnen maken van gesproken taal</li> <li>• De communicatiepartners van deze cliënten</li> <li>• Accent ligt vooral op verbetering van de interactie op basis van de huidige mogelijkheden en minder op de ontwikkeling van complexe communicatieve vaardigheden</li> <li>• Discrepancie tussen communicatief en cognitief niveau is vervallen als instroomcriterium</li> <li>• Intentioneel gedrag bij de cliënt is toegevoegd als instroomcriterium</li> </ul>
<b>Organisatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventieteams bestaan uit orthopedagoog (gedragskundige), logopedist en ergotherapeut</li> <li>• Tijdpad per cyclus ruim zes maanden (onderzoek 6 weken, doel &amp; plan 4 weken, uitvoering 20 weken)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventieteams bestaan uit gedragskundige (orthopedagoog en/of gz-psycholoog), logopedist en cliëntbegeleider (ergotherapeut op afstand betrokken)</li> <li>• Tijdpad per cyclus ongeveer acht maanden (onderzoek 8 weken, doel &amp; plan 6 weken, uitvoering 20 weken)</li> </ul>

	COCP-handleiding 2006	COCPvg-handleiding 2010
<b>Inhoud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lijst met 15 functies</li> <li>• Communicatievormen: vijf motorische, drie akoestische, één ruimtelijke en drie grafische vormen</li> <li>• Omschrijvingen en voorbeelden functies, vormen en partnerstrategieën toegesneden op doelgroep revalidatie</li> <li>• Informatie over complexe communicatiehulpmiddelen en uitgebreid vocabulaire</li> <li>• Informatie over OC en beginnende geletterdheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lijst met 16 functies waarbij de functie 'uitdrukken gevoelens/gedachten' (14) gesplitst is in 'uiting geven aan stemming of gevoelens' (functie 2) en 'formuleren van gevoelens, gedachten, meningen' (15)</li> <li>• Motorische communicatievormen verder gedifferentieerd in zeven categorieën om de minimale of subtiele signalen beter te representeren</li> <li>• Omschrijvingen en voorbeelden functies, vormen en partnerstrategieën toegesneden op doelgroep verstandelijke beperkingen</li> <li>• Informatie over communicatiesystemen en aanpassingen in fysieke omgeving korter en toegesneden op de doelgroep; uitgebreide informatie alleen op cd-rom</li> <li>• Geen informatie over OC en beginnende geletterdheid</li> </ul>
<b>Tekst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kind</li> <li>• Inleiding vooral toegesneden op revalidatiecontext</li> <li>• Voorbeelden gericht op zowel laag als normaal ontwikkelingsniveau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënt (zowel kinderen als volwassenen)</li> <li>• Inleiding toegesneden op de (zorg voor de) doelgroep (zeer) ernstige verstandelijke of meervoudige beperkingen</li> <li>• Voorbeelden gericht op laag ontwikkelingsniveau</li> </ul>

### Betrokkenheid doelgroep

Vertegenwoordigers van de BOSK (ouders) waren betrokken bij de ontwikkeling van de eerste versie van COCP uit 1997 (Heim & Jonker, 1997). In 2006 verscheen een herziene tweede druk (Heim et al., 2006a) op basis van een uitvoerige inventarisatie van ervaringen en verbetervoorstellen van diverse COCP-deskundigen uit tien revalidatie-instellingen verspreid over het land. Daarbij zijn de inhoudelijke kern en de opzet van het programma onveranderd gebleven. De wijzigingen betroffen vooral een duidelijkere presentatie van teksten en richtlijnen, een helderdere terminologie, gebruiksvriendelijkere schema's en formulieren en de toevoeging van een cd-rom waarop veel van het materiaal digitaal beschikbaar is gemaakt.

In 2010 verscheen de aangepaste versie COCPvg voor toepassing in zorginstellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen (Heim et al., 2010). De kern van het programma is hetzelfde als in de oorspronkelijke versie. Wel verloopt de uitvoering langzamer en is er bijvoorbeeld een grote betrokkenheid van de cliëntbegeleider bij de organisatie en coördinatie van het programma. Verder is het programma inhoudelijk beter aangepast op het ontwikkelingsniveau van deze groep, zodat het ook geschikt is voor kinderen en volwassenen met een zeer laag verstandelijk niveau. Bij de ontwikkeling van deze aangepaste interventie waren opnieuw oudervertegenwoordigers van de BOSK betrokken.

### Buitenlandse interventie

COCP is een oorspronkelijk Nederlands product en is in Nederland het eerste in zijn soort. Bij de ontwikkeling is gebruikgemaakt van relevante ontwikkelingen in het buitenland. Met name het werk van Janice Light en collega's was een belangrijke inspiratiebron (Light, Collier, & Parnes, 1985a; Light, Collier, & Parnes, 1985b; Light, Collier, & Parnes, 1985c). Een van de eerste programma's waarin training van communicatiepartners een belangrijke rol speelt, werd in de tachtiger jaren ontwikkeld in het Hugh McMillan Center in Toronto: het *Protocol for the assessment of the communicative interaction skills of nonspeaking severely handicapped adults and their facilitators* (Light, McNaughton, & Parnes, 1986). Hoewel dit protocol ontworpen is voor volwassenen met ernstige verstandelijke en communicatieve beperkingen, vormde het een belangrijke grondslag bij de ontwikkeling van het COCP-programma in de kinderrevalidatie. De centrale rol voor partnerstrategieën en communicatieve functies is uit dit protocol afkomstig, maar de precieze invulling is bij de oorspronkelijke ontwikkeling van COCP aangepast aan de doelgroep voor jonge kinderen met een cerebrale parese en aan de Nederlandse situatie.

## 2.5 Vergelijkbare interventies

### In Nederland uitgevoerd

Er zijn sinds de ontwikkeling van *COCP* verschillende interventies ontwikkeld die in sommige opzichten vergelijkbaar zijn, zoals Weerklank, Contact, COO of Ervaar het maar (zie de overzichtstabel hierna en [www.communicatiemethodenemb.nl](http://www.communicatiemethodenemb.nl)). Uniek voor *COCP* is echter de integrale interdisciplinaire aanpak, de grote betrokkenheid van het sociale netwerk in alle fasen en de uitgewerkte partnerstrategieën als basis voor de instructie en begeleiding van communicatiepartners. Verder biedt *COCP* een hele duidelijke werkwijze en structuur voor het opzetten en uitvoeren van een individueel interventieprogramma aan de hand van verzamelde onderzoeksgegevens en het evalueren daarvan. Ten slotte is er een uitgewerkt systeem voor kwaliteitsbewaking.

Geen van de andere programma's is opgenomen in een van de databanken met potentieel effectieve interventies.

### Overeenkomsten en verschillen

Overlap met andere programma's is er op de volgende punten:

- gericht op verbetering contact en/of communicatie
- instructie voor ouders in groepen
- communicatiehulpmiddelen op maat
- assessment algemene ontwikkeling en taal
- instructie en begeleiding aan de hand van video
- uitgangspunt functionele communicatie

Tabel 9. Verschillen met andere programma's

Vergelijkbare methoden	Korte karakterisering	Verschillen met <i>COCP</i>
<b>CAIS</b> (Kilkens, Rietveld, & Klatter, 2009)	Gericht op één communicatieve functie (verzoeken). Gedragsregulatie gericht op gedragsveranderingen bij het kind.	Onderscheidt zestien verschillende functies (zie Bijlage 1). Is vooral gericht op verbetering communicatie via gedragsveranderingen bij communicatiepartners.
<b>COO</b> (Van Balkom, 2009)	Uitvoerig uitgewerkte assessmentmethodiek. Accent meer op beperkingen dan op mogelijkheden.	Ook uitgewerkte aanwijzingen voor vertaling assessment naar interventie. Accent vooral op wat al goed gaat.
<b>Methode Contact</b> (Damen, Kef, Worm, Janssen, & Schuengel, 2011)	Assessment en interventie aan de hand van video. Video-interactiebegeleiding voor individuele begeleiders.	Interventie gericht op iedereen uit het sociale netwerk. Video-interactiebegeleiding voor ouders/verwanten én voor behandelaars/begeleiders.
<b>Ervaar het maar</b> <a href="http://www.ervaarhetmaar.nl">www.ervaarhetmaar.nl</a>	Stimuleren communicatie via persoonlijk handelingsplan. Gericht op bij de persoon passende benaderingswijze.	Gaat verder dan passende benaderingswijze, is specifiek gericht op verbetering communicatieve interactie.
<b>Heijkoop</b> <a href="http://www.heijkoop.nu">www.heijkoop.nu</a>	Betekenisvol leren kijken naar cliënt aan de hand van video. Betrokkenheid sociale systeem.	Gebruikt niet alleen video, maar ook andere assessmenttechnieken. Richt zich ook op ontwikkeling communicatiesysteem.
<b>Kijken naar wat we zeggen</b> <a href="http://www.kijknaarwatwezeggen.nl">www.kijknaarwatwezeggen.nl</a>	Video-observaties om gedrag van de cliënt beter te leren kennen.	Ook gestructureerde aanwijzingen voor verbetering communicatie.
<b>Verstaanbaar maken</b> (Roemer & Van Dam, 2004)	Door video-analyse in kaart brengen van gedragingen cliënt en hun betekenis. Doel is verbeteren sensitieve responsiviteit.	<i>COCP</i> geeft ook structuur aan interventieproces en richt zich niet alleen op responsiviteit, maar ook op andere aspecten van de interactiestijl.
<b>Weerklankmethode</b> (Oskam & Scheres, 2005)	In kaart brengen cliënt en zijn omgeving in communicatieprofiel.	<i>COCP</i> geeft ook structuur aan interventieproces.
<b>Hanenouderprogramma</b> (Pepper, Weitzman, Manolson, Musterd-de Haas, & Dekelver, 2009)	Groepsprogramma voor ouders van kinderen met een taalontwikkelingsstoornis of autisme.	Voor kinderen en volwassenen met complexere communicatieproblematiek.

### **Toegevoegde waarde**

De toegevoegde waarde van het COCP-programma is de integrale aanpak waarbij alle belangrijke aspecten een plaats hebben. Het programma kent een duidelijke inhoudelijke kern die bestaat uit de partnerstrategieën, de communicatieve functies en de communicatievormen (zie Bijlage 1). Er is een methodische kern die bestaat uit de cyclische vorm van het programma, de groepsbijeenkomsten, de individuele interventieplannen en de individuele en groepsbegeleiding aan de hand van video's. En er is een organisatorische kern die bestaat uit het interdisciplinaire interventieteam en de communicatiegroep rond iedere individuele cliënt. Ten slotte is het systematisch betrekken van het hele netwerk in alle fasen een duidelijke toegevoegde waarde ten opzichte van de andere programma's.

### 3. Onderbouwing

#### 3.1 Oorzaken

Complexe communicatieproblemen (CCN) worden veroorzaakt door ernstige beperkingen in de spraaktaalproductie en hebben verschillende etiologische achtergronden. Heim (2001) en Miranda & Mathy-Laikko (1989) bespreken de verschillende groepen kinderen die op basis van aangeboren stoornissen onvoldoende functionele spraakvaardigheden ontwikkelen. De communicatieproblemen vinden hun oorsprong in beperkingen van de spraakmotoriek door een hersenbeschadiging, in ernstige cognitieve beperkingen of in problemen in het autistisch spectrum (ASS). Vaak is er sprake van een combinatie van neuromotorische, cognitieve en sociaal-emotionele beperkingen. De communicatieproblemen kunnen aangeboren zijn of het gevolg van niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

De communicatieproblemen staan de ontwikkeling van andere cognitieve en sociale vaardigheden in de weg en kunnen zorgen voor een ernstig sociaal isolement. Omgekeerd kan de communicatieve ontwikkeling bij kinderen met CCN verder negatief beïnvloed worden door andere factoren, zoals beperkte motorische ervaringen, bijkomende cognitieve beperkingen, een niet adequaat taalaanbod, of bijkomende visuele en/of auditieve problemen (Heim, 2001; Heim, Jonker, & Geytenbeek, 2015).

De hierboven genoemde sterk verschillende achtergronden van CCN leiden ook tot individuele interventieprogramma's met een verschillende focus. *COCP* biedt een duidelijk en gestructureerd raamwerk voor een dergelijke op het individu en zijn of haar context toegesneden inrichting van de interventie. Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 start *COCP* met een uitvoerig onderzoek (assessment) om vast te stellen wat de precieze achtergronden zijn van de communicatieproblemen en wat op de verschillende relevante domeinen de mogelijkheden zijn voor ondersteunde communicatie. Het niveau van de algemene ontwikkeling, het begrip van gesproken taal en de sensomotorische mogelijkheden hebben verschillende gevolgen voor het stellen van doelen, het opstellen van communicatieplannen en de inrichting van een communicatiesysteem. Wanneer de communicatieproblemen vooral veroorzaakt worden door ernstige beperkingen in de (spraak)motoriek bij een relatief normale verstandelijke ontwikkeling, dan zal veel aandacht uitgaan naar (geavanceerde) communicatiehulpmiddelen en aanpassingen in de fysieke omgeving. De begeleiding van het sociale netwerk zal onder meer gericht zijn op het optimaal inzetten van deze hulpmiddelen in het communicatieproces. Bij kinderen bij wie de verstandelijke beperkingen meer op de voorgrond staan, zal er juist veel aandacht zijn voor het opvangen en interpreteren van (minimale) communicatieve signalen, voor het leren uiten van basale communicatieve functies en/of voor het aanbieden van alternatieven voor agressief of zelfverwendend gedrag. En bij ASS zal er bijvoorbeeld veel aandacht besteed worden aan manieren om contact te leggen en een goede beurtwisseling aan te moedigen.

Ook de omvang en de samenstelling van de communicatiegroep en de locaties waar de cliënt verblijft worden in de onderzoeksfase in kaart gebracht, omdat die eveneens van belang zijn voor de precieze inrichting van de interventie. Zo maakt het uit of een cliënt bij de ouders thuis woont of (deels) in een woonvoorziening verblijft. In het laatste geval maken communicatiepartners uit drie verschillende omgevingen deel uit van de communicatiegroep en moet ook de inrichting van drie verblijfsomgevingen in kaart gebracht worden om te bezien welke fysieke aanpassingen nodig zijn om de communicatie te stimuleren en te vergemakkelijken.

Zoals in hoofdstuk 1 beschreven leidt het onvermogen om te (leren) spreken tot een fundamenteel ander communicatieproces. In tegenstelling tot de communicatieve ontwikkeling via gesproken taal, is het leren van ondersteunde communicatie (OC) geen intuïtief proces. Dit geldt zowel voor de OC-gebruiker zelf (de persoon die niet spreekt) als voor zijn of haar communicatiepartners (Kent-Walsh, Murza, Malani, & Binger, 2015).

Onderstaande beïnvloedbare factoren veroorzaken onevenwichtige interactiepatronen bij cliënten met CCN:

- Te hoog tempo van de communicatie waardoor de cliënt onvoldoende kans krijgt om mee te doen (onder andere Beukelman & Mirenda, 2013; Heim, 2001; Light et al., 1985a; Loncke, 2014);
- Communicatieve signalen zijn moeilijk te herkennen en te interpreteren door communicatiepartners (onder andere Grove, Bunning, Porter, & Olsson, 1999; Roemer & Van Dam, 2004);
- Weinig interactie en dus weinig gelegenheden voor de cliënt om te communiceren (onder andere Beukelman & Mirenda, 2013; Heim, 2001; Lund & Light, 2007; McNaughton et al., 2008);
- Communicatiepartners lokken weinig communicatie uit (onder andere Douglas, Light, & McNaughton, 2013; Heim, 2001);
- Te weinig taalaanbod in vormen uit het potentiële productieve repertoire (zoals gebaren of grafische symbolen) (onder andere Binger & Light, 2007; Solomon-Rice & Soto, 2014);
- Communicatiepartners zijn directief en controlerend (veel gesloten ja/nee-vragen, weinig open vragen) (onder andere Binger & Light, 2007; Cress & Marvin, 2003);
- Onevenwichtige beurtverdeling (onder andere Ferm, Ahlsén, & Björck-Åkesson, 2012; Heim, 2001; Light et al., 1985a);
- Onevenwichtige verdeling van initiatieven, waardoor communicatiepartners vooral de inhoud van de communicatie bepalen (onder andere Ferm et al., 2012; Heim, 2001; Light et al., 1985a);
- Cliënten communiceren weinig (onder andere Ferm et al., 2012; Heim, 2001; Light et al., 1985a)
- Cliënten nemen geen of weinig initiatief (onder andere Ferm et al., 2012; Heim, 2001; Light et al., 1985a);
- Cliënten uiten slechts een beperkt aantal communicatieve functies (onder andere Calculator, 1988a; Heim, 2001; Heim et al., 2011; Light et al., 1985b; Olsson, 2005);
- Geen adequate toegang tot communicatie door het ontbreken van een adequaat communicatiesysteem (onder andere Beukelman & Mirenda, 2013; Loncke, 2014);
- Fysieke omgeving lokt te weinig communicatie uit (onder andere Heim, 2001; Heim et al., 2011; Kent-Walsh & McNaughton, 2005; Light, 1997);
- Beschikbare communicatiehulpmiddelen worden te weinig gebruikt (onder andere Heim, 1989; Kent-Walsh et al., 2015; McNaughton et al., 2008);
- Geen transfer van geleerde vaardigheden naar andere of nieuwe situaties (onder andere Beukelman & Mirenda, 2013; Calculator, 1988b; Heim, 1989; Schlosser & Lee, 2000).

### 3.2 Aan te pakken factoren

De interventie pakt de gevolgen van het onvoldoende kunnen communiceren via gesproken taal aan door te werken aan verbetering van de communicatieve interactie op andere manieren naast gesproken taal. Dit gebeurt door de communicatiepartners instructie en begeleiding te geven bij het aanpassen van hun interactiestijl, door aanpassingen in de omgeving en door de ontwikkeling van een adequaat individueel communicatiesysteem. Daarmee worden de hierboven genoemde beïnvloedbare factoren aangepakt. In onderstaande tabel zijn deze factoren gekoppeld aan de subdoelen van 2.2.

Tabel 10. Aan te pakken factoren

Aan te pakken factoren		Subdoelen	
		<b>Communicatiepartners</b>	
1	Te hoog tempo van de communicatie waardoor de cliënt onvoldoende kans krijgt om mee te doen;	6 a	Geven voldoende tijd
2	Communicatieve signalen zijn moeilijk te herkennen en te interpreteren door communicatiepartners;	6 b	Zijn responsiever
3	Weinig interactie en dus weinig gelegenheden voor de cliënt om te communiceren;	6 c	Lokken meer uit
4	Communicatiepartners lokken weinig communicatie uit;		
5	Te weinig taalaanbod in vormen uit het potentiële productieve repertoire (zoals gebaren of grafische symbolen);	6 d	Modelleren OC
6	Communicatiepartners zijn directief en controlerend (veel gesloten ja/nee-vragen, weinig open vragen);	7	Nemen minder beurten
7	Onevenwichtige beurtverdeling;		
8	Onevenwichtige verdeling van initiatieven, waardoor communicatiepartners vooral de inhoud van de communicatie bepalen;	8	Nemen minder initiatieven
		<b>Cliënt</b>	
9	Cliënten communiceren weinig	1	Uiten meer beurten en meer functies
10	Cliënten nemen geen of weinig initiatief;	2	Nemen meer initiatieven
11	Cliënten uiten slechts een beperkt aantal communicatieve functies;	3	Uiten meer verschillende functies
12	Geen adequate toegang tot communicatie door het ontbreken van een adequaat communicatiesysteem;	4 a	Communicatievormen, hulpmiddelen, vocabulaire
13	Fysieke omgeving lokt te weinig communicatie uit;		
14	Beschikbare communicatiehulpmiddelen worden te weinig gebruikt;	5	Communicatie in alle situaties mogelijk
15	Geen transfer van geleerde vaardigheden naar andere of nieuwe situaties.		

### 3.3 Verantwoording

Het COCP-programma is ontwikkeld vanuit theorieën over de processen die een rol spelen in de normale communicatieontwikkeling via gesproken taal en de rol die het taalaanbod vanuit de omgeving speelt in deze ontwikkeling (Bishop, 1993; Foster, 1990; Gillis & Schaerlaekens, 2000; Heim, 2001; Tannock & Girolametto, 1992). Zie hiervoor ook de probleemomschrijving in 1. Een tweede invalshoek is het participatiemodel binnen het veld van Ondersteunde Communicatie (Beukelman & Mirenda, 2013). OC is een multidisciplinair veld waarin mensen met CCN en hun families samenwerken met professionals vanuit onderwijs, (gezondheids)zorg, wetenschap en techniek. Het vakgebied OC (vertaling van de internationaal erkende aanduiding *Augmentative and Alternative Communication* of AAC) heeft betrekking op alle kinderen en volwassenen met CCN, ongeacht de oorzaken of bijkomende beperkingen. Uiteraard hebben de oorzaken van CCN en de bijkomende beperkingen wél belangrijke gevolgen voor aard, inhoud en intensiteit van de benodigde ondersteuning of interventies.

Het participatiemodel model biedt een systematisch kader voor het uitvoeren van OC-assessment en het ontwerpen van interventies met als uitgangspunt dat een persoon met CCN recht heeft op dezelfde mogelijkheden tot participatie als zijn leeftijdsgenoten zonder beperkingen. Dat betekent dat assessment en interventie gericht moeten zijn op het waarborgen van voldoende *gelegenheden* tot communicatie en op het verzekeren van *toegang* tot communicatie. Communicatiepartners leren hoe ze kunnen zorgen voor voldoende gelegenheid voor communicatie door hun eigen communicatieve gedrag aan te passen. De toegang tot communicatie wordt gewaarborgd doordat communicatiepartners de signalen van de persoon met CCN leren herkennen en door het ontwikkelen van een adequaat individueel communicatiesysteem bestaande uit communicatievormen, communicatiehulpmiddelen, vocabulaire en aanpassingen in de fysieke omgeving.

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit Nji, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans. COCP is erkend als Effectief: Goede aanwijzingen voor effectiviteit door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 01/07/2016 onder begeleiding van Vilans.

Het participatiemodel sluit tevens aan bij de derde invalshoek voor COCP die bestaat uit theorieën over de rol die communicatiepartners kunnen spelen bij het faciliteren van communicatie voor kinderen en volwassenen met CCN (Light & McNaughton, 2014; Light, Dattilo, English, Gutierrez, & Hartz, 1992). De oorsprong van deze theorieën ligt bij het pionierswerk dat in de tachtiger jaren verricht is in Toronto, Canada, door Janice Light en collega's naar het instrueren en begeleiden van communicatiepartners (*facilitators*). In twee recente metastudies (Kent-Walsh et al., 2015; Shire & Jones, 2014) werd aangetoond dat interventies die zich richten op communicatiepartners zeer effectief zijn voor verschillende groepen personen met CCN.

De overgrote meerderheid van de verrichte studies betreft training van communicatiepartners van kinderen jonger dan twaalf jaar met diverse ontwikkelingsstoornissen als ASS, (ernstige) verstandelijke of meervoudige beperkingen, cerebrale parese. Kent-Walsh en collega's vonden slechts één studie naar de effecten bij twee volwassenen met meervoudige beperkingen van respectievelijk 18 en 26 jaar (Dattilo & Light, 1993). In de literatuur wordt er over het algemeen wel van uitgegaan dat het trainen van communicatiepartners ook bij volwassen OC-gebruikers leidt tot verbetering van de communicatieve interactie (zie bijvoorbeeld Beukelman & Mirenda, 2013; Loncke, 2014)

Tabel 11. Participatiemodel

Subdoel	Methode	Aanpak
1. De communicatiepartners passen hun interactiestijl en taalaanbod aan aan de mogelijkheden van de cliënt ( <i>gelegenheid</i> )	Informatie, instructie en begeleiding voor communicatiepartners over stimulerende interactiestijl. Gebaseerd op enerzijds het participatiemodel van Beukelman & Mirenda (2013) en het belang van een actieve rol van communicatiepartners bij succesvolle ondersteunde communicatie (Kent-Walsh & McNaughton, 2005).	Groepsbijeenkomsten met videovoorbeelden van toepassing partnerstrategieën, individuele begeleiding aan de hand van video's van cliënt met partner. Gemeenschappelijke doelformulering. Individuele communicatieplannen voor verschillende partners en verschillende situaties met concrete vertaling van partnerstrategieën voor die specifieke situaties.
2. De cliënt heeft de beschikking over een adequaat communicatiesysteem bestaande uit vormen, hulpmiddelen, vocabulaire en aanpassingen fysieke omgeving ( <i>toegang</i> )	Eveneens voornamelijk gebaseerd op het participatiemodel van Beukelman & Mirenda (2013).	Op basis van uitvoerig assessment (omgevingsonderzoek in stap 1 en beoordeling sensomotoriek en beschrijving communicatiesysteem bij stap 2) wordt het communicatiesysteem opgebouwd en doorlopend uitgebreid en/of aangepast.

### 3.4 Werkzame elementen

Uit het verrichte onderzoek (Heim & Jonker, 1996; Heim, 2001; Heim et al., 2011) zijn onderstaande werkzame factoren naar voren gekomen:

- Het betrekken van belangrijke personen rond de cliënt bij het hele interventietraject (2, 3, 5, 6).
- Het delen van informatie in groepsbijeenkomsten over de resultaten van het onderzoek naar de cognitieve, talige en sensomotorische mogelijkheden met alle communicatiepartners (2, 5).
- Het nauwkeurig analyseren van communicatieve functies en communicatievormen die de cliënt gebruikt om daar zo goed mogelijk op aan te sluiten bij de verdere ontwikkeling (2, 3, 5, 6).
- Het nauwkeurig analyseren van het interactiegedrag van communicatiepartners en de invloed die dat heeft op de communicatie van de cliënt aan de hand van de tien partnerstrategieën. Dit zijn manieren om communicatie uit te lokken en te vergemakkelijken (2, 3, 5, 6).
- Het gezamenlijk opstellen van individuele interventiedoelen (functies of vormen) voor de cliënt (2, 5).
- Het formuleren van individuele communicatieplannen met concrete aanwijzingen voor communicatiepartners hoe zij de cliënt kunnen ondersteunen bij het bereiken van het interventiedoel en het communiceren in het algemeen (2, 3, 5, 6).



- Het geven van instructie en begeleiding aan de hand van video-opnames van de cliënt met zijn belangrijkste communicatiepartners. Hierbij spelen de tien partnerstrategieën een belangrijke rol (2, 3, 5, 6).
- Het ontwikkelen en bijhouden van een adequaat individueel communicatiesysteem met vocabulaire dat voldoet aan de behoeften van de cliënt en het geven van instructie daarover aan communicatiepartners (2, 3, 5).
- Het aanpassen van de fysieke omgeving om communicatie te vergemakkelijken (2, 3, 5).
- Het periodiek gezamenlijk evalueren van de interventie aan de hand van een herhaling van het onderzoek (2, 3, 5).

Betekenis scores:

2 = beschrijving interventie

3 = onderbouwing

5 = praktijkervaringen

6 = effectonderzoek

## 4. Uitvoering

### 4.1 Materialen

Er zijn aparte handleidingen voor *COCP* en voor *COCPvg* (Heim et al., 2006a; Heim et al., 2010), die naast en door elkaar gebruikt kunnen worden (zie 2.4). Beide handleidingen gaan vergezeld van een cd-rom waarop digitale versies van richtlijnen, schema's en formulieren en voorbeeldmateriaal staan. De handleidingen bevatten ook richtlijnen en formulieren voor het evalueren van de interventie en een systeem voor kwaliteitsbewaking op instellingsniveau. Beide handleidingen kunnen naast elkaar gebruikt worden.

Verder zijn er twee dvd's met zeer gevarieerde videoclips ter illustratie van de partnerstrategieën in een-op-eeninteracties en in groepsinteracties (Heim et al., 2006b; Heim et al., 2013). Er is een website [www.cocp.nl](http://www.cocp.nl) met een uitgebreide beschrijving van het programma en het bijbehorende materiaal en veel videovoorbeelden.

### 4.2 Type organisatie

Instellingen voor kinderrevalidatie, scholen voor speciaal onderwijs, instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Voor deze instellingen organiseert Heliomare workshops en implementatietrajecten op maat, zie [www.heliomare.nl/cocp](http://www.heliomare.nl/cocp). Vanuit Heliomare worden ook *COCP*-trajecten verzorgd op locatie, bijvoorbeeld in orthopedagogische dagcentra.

### 4.3 Opleiding en competenties

Logopedisten en gedragskundigen dienen een speciale training gevolgd te hebben om met *COCP* te kunnen werken. Deze training maakt onderdeel uit van het implementatietraject en wordt verzorgd door *COCP*-specialisten van Heliomare en/of Esdégé-Reigersdaal. Jaarlijks organiseert Heliomare een driedaagse cursus voor nieuwe medewerkers van instellingen die al met *COCP* werken en een eendaagse workshop. Sommige instellingen verzorgen zelf de opleiding en training voor nieuwe medewerkers (onder andere de Maartenskliniek en de Sophia Stichting). Ook verzorgt Heliomare op aanvraag studiedagen op locatie.

Belangrijke competenties waar de training en begeleiding zich op richten zijn:

- Kennis van de basisprincipes van ondersteunde communicatie en in staat zijn die toe te passen bij individuele cliënten en hun netwerk
- Kennis van de ontwikkeling van communicatie en het begrip van gesproken taal en in staat zijn tot gedegen onderzoek op dit gebied (logopedist)
- Kennis van de algemene ontwikkeling en in staat zijn tot gedegen onderzoek op dit gebied (gedragskundige)
- In staat zijn gegevens over de ontwikkeling te interpreteren in het licht van interventiedoelen
- Goede contacten onderhouden met het sociale netwerk
- Goede coördinatievaardigheden
- Goede planningsvaardigheden
- Goede samenwerkingsvaardigheden
- Analytische vaardigheden voor het analyseren van de communicatieve interactie
- In staat zijn op een positieve manier feedback te geven aan communicatiepartners
- Overzicht kunnen houden
- Goed kunnen documenteren en verslagleggen

### 4.4 Kwaliteitsbewaking

Er is een systeem ontwikkeld voor kwaliteitsbewaking op instellingsniveau. Toezicht op uitvoering en registratie van het *COCP*-programma volgens het protocol is nodig om zowel structurele als persoonsgebonden afwijkingen tijdig te kunnen signaleren en adequate acties te kunnen ondernemen.

Instellingen wordt aangeraden een zogenaamd *OC*-team in te stellen met als belangrijkste taak het ontwikkelen, coördineren en uitdragen van een samenhangend beleid met betrekking tot kinderen en volwassenen met CCN.

Hieronder valt ook het implementeren, initiëren, coördineren, bewaken en borgen van alle COCP-activiteiten. Dit team is in die hoedanigheid ook verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking van alle lopende COCP-trajecten. In de handleiding zijn hiervoor richtlijnen opgenomen.

Ongeveer eenmaal per jaar vindt voor alle cliënten die participeren in een COCP-programma binnen een instelling kwaliteitsmonitoring plaats aan de hand van de volgende kwaliteitsindicatoren:

- 1 Kwaliteit tijdsplanning aan de hand van de tijd tussen twee groepsbijeenkomsten.
- 2 Kwaliteit van het opgestelde communicatieplan.
- 3 Kwaliteit groepsbijeenkomsten aan de hand van de uitkomsten van schriftelijke evaluaties.
- 4 Kwaliteit begeleiding communicatiepartners aan de hand van het aantal gevoerde begeleidingsgesprekken tussen twee groepsbijeenkomsten.
- 5 Kwaliteit opbouw communicatiesysteem aan de hand van nagekomen afspraken.
- 6 Kwaliteit aanwezige documentatie van onderzoeksresultaten, interventiedoelen, communicatieplannen en evaluaties.

Deze indicatoren zijn gebaseerd op factoren waarvan in de praktijk gebleken is dat ze cruciaal zijn voor de kwaliteit van de uitvoering. De eerste indicator is een overkoepelende indicator die samenhangt met de kwaliteit van de organisatie en planning van het COCP-programma. De laatste indicator heeft te maken met de borging van COCP in de ondersteunings- of behandelplannen van de cliënten. De overige indicatoren zijn direct afgeleid van de kerndoelen van het COCP-programma, het scheppen van gelegenheden voor communicatieve interactie en het bieden van toegang tot communicatie door een adequaat communicatiesysteem. Als hulpmiddel bij de kwaliteitsbewaking is een invulschema ontwikkeld. Voor elke indicator zijn concrete meetbare criteria vastgesteld op basis waarvan de scoring plaatsvindt.

#### **4.5 Randvoorwaarden**

In het eindrapport van het onderzoek naar de effecten, de implementatie en de sociale validiteit van het COCPvg-programma (Heim et al., 2011) is onderstaand schema opgenomen met factoren die van invloed zijn op een succesvolle uitvoering van het COCPvg-programma. Deze factoren gelden ook voor een succesvolle uitvoering van de revalidatieversie.

Tabel 12. *Interveniërende factoren COCPvg-programma*

Mogelijke voetangels en klemmen	Succesfactoren	Voorwaarden
Hulpvraag of ontwikkelingskans cliënt niet afkomstig of erkend vanuit sociaal netwerk Belangrijke communicatiepartners ontbreken	Gemotiveerd en actief betrokken sociaal netwerk	Duidelijke wens en indicatie voor COCP Meerdere levensterreinen van de cliënt actief betrokken
Veel verschillende milieus, zoals gezin, wonen, logeeropvang, school/dagbesteding Personeelwisselingen Complexe gezinsomstandigheden zoals scheiding, verhuizing, (ernstige) ziekte en/of operatie(s) Verschil in inzicht en ideeën over communicatieve mogelijkheden cliënt	Goede samenwerking met het sociale netwerk	Duidelijkheid over verwachtingen, inhoud en deelname COCP-programma Aansluiten bij wensen en/of behoeften vanuit sociaal netwerk Rekening houden met elkaars agendamogelijkheden
Dislocatie van de verschillende voorzieningen waar de cliënt gebruik van maakt Dislocatie van de werkplekken interventieteamleden Slechte match van werkdagen- en werktijden	Goede samenwerking interventieteam	Bij aanvang helderheid over ieders agenda en rol Goed planningsvermogen Duidelijke taakverdeling binnen het interventieteam
Kennis cliënt berust te veel bij één lid van het interventieteam Onvoldoende actuele gegevens beschikbaar over cliënt	Voldoende bekendheid met cliënt	Aansluiten bij behoeften en mogelijkheden van de cliënt Minimaal twee interventieteamleden zijn bekend met de cliënt
Onvoldoende kritische massa binnen interventieteam Gebrek aan kennis over (ondersteunde) communicatie bij personen met EMB Geen goed overzicht van het gehele COCP-programma Star vasthouden aan bestaande werkprogramma, taakopvatting en tijdsinvestering	Flexibele hantering van de richtlijnen, passend bij cliënt en omgeving	Voldoende kennis en ervaring met het COCP-programma Minstens één ervaringsdeskundige lid van interventieteam
Gebrek aan tijd, inval of compensatiemogelijkheden Beperkt draagvlak binnen het cluster Geen aanvraag behandelindicatie mogelijk Geen opname- of afspeelapparatuur beschikbaar	Voldoende tijd en faciliteiten beschikbaar voor interventieteamleden en leden van de communicatiegroep	Voorlichting voorafgaand aan uitvoering COCP-programma Kennis over mogelijke financieringsbronnen Tijdelijk extra tijd kunnen en willen investeren in één cliënt Ondersteuning vanuit clustermanager
Interventieteamleden niet verbonden aan cluster van de cliënt Slechts één of een beperkt aantal medewerkers actief betrokken	Draagvlak binnen de instelling	Uitwisseling over verloop en resultaten interventie Actieve participatie van zoveel mogelijk medewerkers Integratie interventieactiviteiten in ondersteuningsplan van cliënt Initiatie, coördinatie COCP vanuit Communicatie Advies Team Deskundigheidsbevordering (opzetten en bijhouden) Borging

#### 4.6 Implementatie

Er is een implementatietraject ontwikkeld (Heim & Jonker, 1996) dat op maat wordt aangeboden aan belangstellende instellingen. De opzet van dit traject is in de loop der jaren niet wezenlijk veranderd. Het traject bestaat in elk geval altijd uit een cursus voor logopedisten, gedragskundigen, begeleiders, ergotherapeuten en andere belangstellenden uit de instelling. De cursus start met een aantal gemeenschappelijke groepsbijeenkomsten. In de tweede bijeenkomst worden enkele kinderen geselecteerd bij wie een COCP-traject gestart wordt. De uitvoering van deze programma's vindt plaats onder begeleiding van COCP-experts van Heliomare in samenwerking met Esdégé-Reigersdaal. Er zijn gemeenschappelijke bijeenkomsten waarbij de voortgang besproken wordt, er is een tweedaagse workshop voor de training van gespreksvaardigheden, nodig voor de begeleidingsgesprekken met communicatiepartners, en er is individuele begeleiding van interventieteamleden via e-mail en telefoon. Na afloop van de eerste cyclus met de deelnemende cliënten is er nog een terugkombijeenkomst. De precieze invulling van het implementatietraject vindt in overleg met de instelling plaats.

Heliomare organiseert jaarlijks een driedaagse cursus voor nieuwe medewerkers uit instellingen die al werken met *COCP*. Uitgangspunt is dat ervaren medewerkers nieuwe medewerkers begeleiden bij de uitvoering van *COCP* (train-de-trainersprincipe).

Zowel voor de cursus als voor de workshop is allerlei materiaal beschikbaar, voornamelijk in de vorm van powerpoints. Verder wordt altijd (video)materiaal ingebracht door de deelnemers.

#### 4.7 Kosten

De totale kosten van de interventie verschillen per cliënt, per interventiefase en per cyclus. Het gaat voornamelijk om personeelskosten. Globaal is de inschatting van de gemiddelde benodigde tijd op basis van ervaring en onderzoek (Heim et al., 2006a; Heim et al., 2011) voor alle leden van het interventieteam tezamen zes uur per week in de onderzoeksfase, acht uur per week in de fase doel en plan en vier uur per week in de uitvoeringsfase. Overige kosten, zoals de kosten voor de communicatiesystemen, vallen onder de reguliere kosten voor behandeling en begeleiding van de cliënten.

Een volledig implementatietraject heeft geen vaste prijs. Er wordt in overleg een offerte op maat gemaakt afhankelijk van het aantal deelnemers in de betreffende instelling, het aantal dagdelen, et cetera. COCP-introductiewerkshops worden door Heliomare ook op locatie gegeven. Zo'n workshop duurt één dag en kost ongeveer 1.200 euro (prijsniveau 2015). Losse handleidingen kosten 75 euro, de illustratie-dvd kost 45 euro.

De verkorte COCP-cursus voor nieuwe medewerkers van instellingen waar *COCP* al geïmplementeerd is, kost ongeveer 500 euro per persoon.

## 5. Onderzoek naar praktijkervaringen

### 5.1 Onderzoek praktijkervaringen

- A. De implementatie van het COCP-programma. Een evaluatie-onderzoek (Heim & Jonker, 1996).
- B. Dit onderzoek betreft een systematische evaluatie van de uitvoering van het COCP-programma in revalidatiecentrum Heliomare (8 kinderen) en in revalidatiecentrum Delft (3 kinderen) en een onderzoek naar de sociale validiteit van het programma (tevredenheidsmeting). De feitelijke uitvoering werd onderzocht door middel van een analyse van de speciaal voor *COCP* aangelegde dossiers, praktijkverslagen en notities van de projectbegeleider. Het onderzoek naar de sociale validiteit betrof zowel het COCP-programma zelf als de implementatiemethode die in Delft werd gehanteerd. Voor de programma-evaluatie werden zowel in Heliomare als in Delft vijf interventieteamleden geïnterviewd (in beide instellingen logopedisten, gedragskundigen en ergotherapeuten) door een onafhankelijke interviewer. Verder werd het oordeel van de interventieteamleden over het programma gevraagd via een vragenlijst die door alle zes betrokken medewerkers van Heliomare werd ingevuld en door elf van de dertien cursusdeelnemers in Delft. Ook werd een tweede vragenlijst verspreid onder alle deelnemers van de elf communicatiegroepen. Deze vragenlijst werd in totaal door 78 respondenten ingevuld (49 van Heliomare en 29 van Delft). Ten slotte werd aan de cursusgroep in Delft ook een oordeel gevraagd over doelen, procedures en resultaten van het implementatietraject (cursus en werkbegeleiding bij de uitvoering van het programma) door middel van een vragenlijst die door twaalf van de dertien cursusdeelnemers werd ingevuld.
- C. De programma's bleken bij alle elf kinderen op een enkele uitzondering na vrijwel uitgevoerd volgens de richtlijnen van het protocol. In Heliomare werden 175 van de 188 (94%) voorgeschreven activiteiten uitgevoerd en in Delft 65 van de 73 (89%). De uitvoering was duidelijk interdisciplinair en de interventieteams waren aan het eind van de implementatieperiode in staat om het programma zelfstandig uit te voeren. Wel was de werkdruk in beide instellingen hoog. Uit het onderzoek naar de sociale validiteit, dat wil zeggen de waardering voor het programma, bleek dat vooral de onderdelen die zich richten op instructie en ondersteuning van communicatiepartners hoog gewaardeerd werden. De deelnemende communicatiepartners uit de bredere thuisomgeving rapporteerden vrijwel unaniem dat het programma een positief effect had op het verloop van de interactie en op de communicatieve ontwikkeling van de kinderen. Ook de betrokken hulpverleners hadden veel waardering voor het programma. Vooral het feit dat het programma uitgaat van een structurele inbreng van iedereen die belangrijk is in het leven van kinderen met CCN werd positief beoordeeld. Het COCP-programma biedt een kader waarbinnen die inbreng een duidelijke plaats heeft. Het algemene beeld dat uit de enquêtes naar voren kwam, is dat het programma vooral resultaten heeft geboekt met betrekking tot bewustwording en veranderingen in het communicatief gedrag van communicatiepartners. Het gevolg daarvan was dat de betrokken kinderen veel meer kansen kregen om te communiceren dan voorheen en dat hun communicatieve signalen veel beter werden herkend door communicatiepartners. Bij de meeste kinderen heeft dit volgens betrokkenen een positief effect gehad op de ontwikkeling van communicatieve vaardigheden. Het onderzoeksrapport eindigt met een overzicht van voorwaarden voor een succesvolle uitvoering en aanbevelingen voor verbeteringen in het programma zelf en in de implementatiemethodiek. Deze aanbevelingen zijn in de latere revisie van het programma (Heim et al., 2006a) en in volgende implementatietrajecten meegenomen.
- A. *COCP* in de VG. Onderzoek naar de effecten, de implementatie en de sociale validiteit van het COCPvg-programma in Esdégé-Reigersdaal (Heim et al., 2011).
- B. Dit onderzoek omvatte een evaluatieonderzoek naar de uitvoering en de sociale validiteit van het COCPvg-programma bij negen cliënten (van 4-23 jaar) in een zorginstelling voor mensen met een verstandelijke beperking. In bijlage 2 is het conceptueel kader weergegeven voor dit evaluatieonderzoek. Er werd gebruikgemaakt van documentanalyse, een vragenlijst voor interventieteamleden (n=19), een vragenlijst voor communicatiepartners (n=50) en een Delphi-conferentie met zes cliëntbegeleiders, vijf logopedisten en vijf gedragskundigen.

- C. Dit onderzoek toonde aan dat het COCPvg-programma uitvoerbaar is in een zorginstelling voor mensen met ernstige verstandelijke of meervoudige beperkingen. 143 van de 158 (90%) voorgeschreven programma-activiteiten werden geheel volgens de richtlijnen uitgevoerd. Ook nu weer was de waardering voor het programma zeer hoog, zowel bij de betrokken professionals als bij de communicatiepartners uit het sociale netwerk van de cliënten. 94% van de communicatiepartners was (heel) tevreden over het geformuleerde doel en het plan en over de individuele begeleiding aan de hand van video en 84% was tevreden over de adviezen tijdens de groepsbijeenkomsten. 70% was (heel) tevreden 30% was enigszins tevreden over het communicatiesysteem. Opvallend is dat 98% van de respondenten aangeeft meer inzicht te hebben gekregen in de communicatie van de cliënt en dat 72% minder problemen ervaart in de communicatie. Het programma voorziet in een duidelijke ondersteuningsbehoefte. In een Delphi-conferentie werd uitgebreid gediscussieerd over de resultaten van het onderzoek en dit leidde tot het gedetailleerde overzicht van factoren die van belang zijn voor een succesvolle uitvoering (zie 4.5 Randvoorwaarden).

## 5.2 Casuïstiek

(gebaseerd op Heim, 2014:160 ev.)

Kirsty is een meisje van 9 jaar met EMB ten gevolge van een aangeboren chromosoomafwijking. Zij is redelijk mobiel en kan met steun kleine stukjes lopen, bijvoorbeeld door zich aan meubels vast te houden. Kirsty heeft een mentaal niveau dat vergelijkbaar is met dat van een dreumes of jonge peuter. Kirsty maakt kleine geluidjes, maar praat niet. Zij communiceert door ergens naar toe te gaan, door handelingen als reiken, ergens op tikken, in haar handen klappen, door ergens naar te kijken en door haar gezichtsuitdrukking.

Kirsty woont thuis met haar moeder, haar grote (volwassen) broer en een grote hond waar ze dol op is. Overdag gaat ze naar een orthopedagogisch dagcentrum (ODC). Kirsty houdt erg van zingen en eenvoudige beurtwisselingsspelletjes. Soms is Kirsty gefrustreerd en als je dan te dicht bij haar bent, kan ze naar je graaien of aan je haren trekken. Zowel haar moeder als de begeleiders van het dagcentrum zouden Kirsty beter willen begrijpen: waarom heeft ze soms veel plezier en kan ze op andere momenten aan je haren trekken? Het zou fijn zijn als Kirsty andere manieren zou leren om duidelijk te maken wat ze wil en niet wil.

Kirsty voldoet duidelijk aan de inclusiecriteria genoemd in 2.1. Ze spreekt niet (1), ze uit wel enkele communicatieve functies, maar het is vaak niet duidelijk wat ze precies bedoelt en ze communiceert bovendien vaak door te graaien, een sociaal onwenselijke communicatievorm (2), ze laat wél intentioneel gedrag zien (3), haar moeder wil Kirsty graag beter begrijpen en wil dat ze een alternatieve communicatievorm ontwikkelt in plaats van het graaien (4), moeder en begeleiders zijn gemotiveerd om actief deel te nemen (5) en bereid om gefilmd te worden en te reflecteren op het eigen gedrag (6).

Het schema hieronder geeft een overzicht van de uitvoering van alle stappen van het COCP-programma bij Kirsty en haar communicatiegroep. Na een klein jaar interventie blijken haar communicatiepartners hun interactiestijl duidelijk beter af te stemmen op Kirsty waardoor de communicatie een stuk soepeler verloopt en Kirsty ook veel meer initiatief neemt. Kirsty kan nu heel goed vragen om een voorwerp of activiteit op een manier die begrijpelijk en sociaal aanvaardbaar is. Het graaigedrag is dan ook duidelijk afgenomen.

Tabel 13. COCP-programma casus Kirsty

Leeftijd:	9 jaar	
Diagnose:	Ernstige verstandelijke en motorische beperkingen ten gevolge van chromosomale afwijking en agenese corpus callosum.	
Schatting mentale leeftijd:	circa 1 jaar	
Ambulantie:	Loopt kleine stukjes met steun, rolstoel.	
Communicatie:	Niet-sprekend. Kirsty communiceert middels lichaamshouding, lichaamsbeweging (reiken, ergens tegenaan tikken, in haar handen klappen, maar ook graaien), handelingen, gezichtsuitdrukking, blikrichting, stemgeluid (door verschillende geluidjes geeft ze aan of ze iets wel of niet wil en/of prettig vindt).	
Communicatiegroep (8 deelnemers):	Interventieteam:	Orthopedagoog, logopedist (coördinator), cliëntbegeleider van het orthopedagogisch dagcentrum. Orthopedagoog en logopedist waren niet direct verbonden aan het ODC.
	Thuiswonend:	Moeder, broer
	ODC:	Cliëntbegeleider
	Overig:	Oma, zaterdagoppas, nichtje (oppas)

Uitvoering van het programma		
Stap	Activiteit	mei 2013-april 2014
Stap 1	Interview	Moeder van Kirsty is thuis geïnterviewd door het gehele interventieteam. Verslag en deelnemerslijst in COCP-map.
	Vragenlijst	Alle communicatiepartners hebben een vragenlijst ingevuld.
	Check cliëntdossier	Dossier en ondersteuningsplan zijn gecheckt, waaruit informatie is verzameld (een samenvattend verslag van resultaten uit verslagen van voorgaande jaren in COCP-map).
	Omgevingsonderzoek	Omgevingsonderzoek thuis gekoppeld aan interview met moeder. Logopedist en cliëntbegeleider hebben omgevingsonderzoek op ODC gedaan. Beide locatiebezoeken zijn uitgewerkt in een verslag.
Stap 2	Ontwikkelingsniveau	Geen test en/of observatie, gegevens gebaseerd op onderzoeksgegevens uit dossier van meer dan twee jaar geleden.
	Taalbegrip	Geen test en/of observatie. Algemene indruk uit persoonsbeeld en ondersteuningsplan.
	Check sensomotoriek	De sensomotorische mogelijkheden met consequenties voor de communicatie zijn in kaart gebracht en de checklijst is ingevuld.
	Communicatiesysteem	Beschrijving inclusief voorstel gericht op uitlokken van wijzen en het verminderen van het graaien.
Stap 3	Analyse video-opnames	Interventieteam heeft twee opnames van Kirsty met haar moeder (thuis spelen op de bank) en met de cliëntbegeleider (liedjes zingen) geanalyseerd; communicatieve functies en vormen zijn ingevuld op formulier.
	Rapportage partners	Alle vragenlijsten zijn samengevat.
Stap 4 en 5	Groepsbijeenkomsten	In februari en maart zijn twee groepsbijeenkomsten georganiseerd. Het gezamenlijk bepaalde doel is: vragen om een voorwerp of activiteit in de onmiddellijke omgeving door middel van wijzen.
	Communicatieplan	Aan alle leden van de communicatiegroep zijn individuele communicatieplannen met zelfgekozen gelegenheden verstuurd binnen twee weken na de laatste groepsbijeenkomst. Op de evaluatiebijeenkomst bleek dat een aantal partners (oppassen en oma) destijds geen plan had ontvangen.
Stap 6	Begeleidingsgesprekken	Negen begeleidingsgesprekken gevoerd: vier met moeder, vier met de cliëntbegeleider van het ODC (waarvan bij één gesprek twee andere begeleiders aanwezig waren) en één met een andere cliëntbegeleider van het ODC, waarbij haar vaste cliëntbegeleider ook aanwezig was. Van elk gevoerd gesprek is een verslag gemaakt. Andere communicatiepartners (broer, oma, oppas) hebben geen begeleidingsgesprekken gehad.



	Communicatiesysteem	De afspraken over het communicatiesysteem, het uitlokken van wijzen en het verminderen van het graaien, zijn uitgeschreven in de communicatieplannen. Tijdens de begeleidingsgesprekken is dit besproken en opgeschreven in de verslagen van deze gesprekken.
Stap 7	Vragenlijst	Alle communicatiepartners hebben een vragenlijst ingevuld.
	Check cliëntdossier	Dossier is niet opnieuw gecheckt; de cliëntbegeleider gaf nieuwe informatie direct door aan de andere interventieteamleden.
	Communicatiesysteem	Geen beschrijving communicatiesysteem gemaakt voorafgaand aan groepsbijeenkomst. In de evaluatiegroepsbijeenkomst is het communicatiesysteem wel geëvalueerd: wijzen is niet gelukt, maar Kirsty reikt naar een voorwerp als ze dat graag wil hebben, het verminderen van het graaien blijft een belangrijk aandachtspunt en men wil voorwerpen als verwijzer gaan gebruiken.
	Analyse video-opnames	Wederom video-opnames geanalyseerd van Kirsty in interactie met haar moeder en met de cliëntbegeleider.
	Rapportage partners	Vragenlijsten zijn samengevat.
	Partnerstrategieën	Het toepassen van de partnerstrategieën is geëvalueerd op de groepsbijeenkomst aan de hand van informatie uit de verslagen van de begeleidingsgesprekken.
	Groepsbijeenkomst	De evaluatiegroepsbijeenkomst vond in november plaats. Kirsty's broer en oma waren niet aanwezig. Nieuwe cliëntbegeleiders waren er wel. De communicatiegroep gaf in de bijeenkomst aan dat het interventiedoel 'vragen om een voorwerp of activiteit in de onmiddellijke omgeving' is behaald via reiken, niet door gericht te wijzen. Moeder geeft aan dat ze meer had aan directe praktische tips tijdens het filmen (in dit geval door een projectmedewerker), dan aan een begeleidingsgesprek achteraf. Er zijn vervolgspraken gemaakt gericht op verdere interventie om het graaien tegen te gaan, het starten met voorwerpen als verwijzer en het toepassen van partnerstrategieën.
<b>Resultaten effectstudie</b>		
	Partnerstrategieën	Zowel moeder als de begeleider van Kirsty scoren op alle vier categorieën na interventie significant beter.
	Gesprekspatronen	De beurtverdeling wordt bij beide partners significant evenwichtiger. Dit geldt ook voor de initiatieven. De initiatiefverdeling tussen moeder en Kirsty is postinterventie helemaal in evenwicht. Bij de begeleider komen dan nog steeds de meeste initiatieven van de begeleider, maar er is meer evenwicht dan in de baselinemetingen.
	Communicatieve functies	De frequentie van de functies die Kirsty uit, neemt bij moeder sterk toe tijdens interventie en nog verder in de postinterventiemetingen. Dit is statistisch significant. Bij de begeleider blijft de gemiddelde frequentie ongeveer gelijk gedurende de onderzoeksperiode. Kirsty gebruikt na interventie ook nieuwe functies. Bij moeder gaat het om de functies opmerken onderbreking activiteit, beurt nemen, accepteren, protesteren, kiezen en grapjes maken. Bij de begeleider is opmerken onderbreking activiteit nieuw. De nieuwe functies bij moeder zijn bij de begeleider al te zien in de baselinemetingen, behalve grapjes maken. De doelfunctie <i>vragen om een voorwerp of activiteit</i> neemt zowel bij moeder als bij de begeleider statistisch significant toe.

## 6. Onderzoek naar de effectiviteit

### 6.1 Onderzoek in Nederland

- A. Nauwelijks sprekend veel te zeggen. Een studie naar de effecten van het COCP-programma (proefschrift Heim, 2001).
  - B. Longitudinaal onderzoek naar de effecten van *COCP* bij drie kinderen en vier verschillende communicatiepartners met betrekking tot de gesprekspatronen (verdeling van beurten en topicinroducties), het taalaanbod van de communicatiepartners en de taalvaardigheden (communicatievormen, symbolische communicatie en complexiteit) van de kinderen. Het betreft een multiple subject design met per subject 41 meetpunten. De drie kinderen werden steeds gefilmd met hun moeder en alle drie met dezelfde begeleidster van Heliomare. Er was een baselineperiode van zeven maanden en negen opnames per kind (5 met moeder, 4 met de begeleidster), daarna een interventieperiode waarin het programma werd uitgevoerd onder begeleiding van de ontwikkelaars en een implementatieperiode waarin het programma zelfstandig werd uitgevoerd door de interventieteamleden van Heliomare. In totaal zijn er van de drie kinderen tussen juni 1990 en februari 1993 41 opnames gemaakt.
  - C. De conclusie luidde dat twee van de drie kinderen als effect van de interventie meer communiceerden en een groter aandeel hadden in de topicinroducties in de interactie dan voor de interventie. Hun inbreng in de communicatie in het algemeen en hun invloed op de inhoud van de communicatie was door de interventie statistisch significant groter geworden. Bovendien waren deze kinderen ook taalvaardiger geworden op een aantal aspecten zoals het gebruik van representatieve symbolen of complexe proposities. Omdat de veranderingen bij beide kinderen gevonden werden in twee verschillende situaties en met twee verschillende communicatiepartners, kon geconcludeerd worden dat er sprake was van generalisatie van de gedragsveranderingen. De drie partners die onderzocht zijn in interactie met deze twee kinderen vertoonden significante veranderingen met betrekking tot het tempo van hun communicatie en met betrekking tot hun responsiviteit.
- 
- A. *COCP* in de VG. Onderzoek naar de effecten, de implementatie en de sociale validiteit van het COCPvg-programma in Esdégé-Reigersdaal (Heim et al., 2011).
  - B. Negen cliënten (4-23 jaar) en zestien communicatiepartners werden volgens een multiple subject design in een periode van ongeveer tien maanden tien keer gefilmd met hun vader of moeder en tien keer met hun persoonlijk begeleider in de instelling. Per paar waren er drie metingen voorafgaand aan de interventie (baseline), vier metingen tijdens en drie metingen na afloop van de interventie.
  - C. De resultaten van dit onderzoek toonden aan dat de instructie en begeleiding bij zowel ouders als begeleiders heeft geleid tot statistisch significante verbeteringen van hun interactiestijl. De grootste veranderingen vonden we bij het aanpassen van het tempo van de interactie, maar ook de responsiviteit, het uitlokkend gedrag en het modelleren scoorden na interventie op groepsniveau significant hoger. Zeven van de in totaal zestien communicatiepartners boekten op alle vier de categorieën significante vooruitgang, acht partners op twee of drie categorieën en één partner alleen op modelleren. De effectgroottes per partner ( $r$ ) varieerden van .23 (klein) tot .96 (groot). Als gevolg van deze positieve veranderingen bij ouders en begeleiders was er een betere balans in de interactie waarbij beurten (wie is er het meest aan het 'woord?') en initiatieven (wie bepaalt het onderwerp?) gelijkwaardiger verdeeld waren over beide interactiepartners. Bij acht van de zestien dyades was de beurtverdeling significant gelijkwaardiger ( $r$  tussen .30 en .78) en bij acht dyades was de initiatiefverdeling gelijkwaardiger ( $r$  tussen .33 en .85). Vier cliënten lieten na de interventie een significante toename zien van het gemiddelde aantal uitgedrukte communicatieve functies per opname. Alle cliënten gebruikten na afloop van de interventie nieuwe functies, die zij nog niet tijdens de baselinemetingen gebruikten. Het aantal nieuwe functies varieerde van één tot zes. De meeste cliënten lieten ook een toename zien van de communicatieve functie die in het individuele interventieplan als doel was gesteld. Hoewel niet alle deelnemers in alle opzichten evenveel hadden geprofiteerd van het programma, waren ze wel allemaal vooruitgegaan. De conclusie van dit onderzoek luidde dan ook dat het COCPvg-programma bij deze onderzoeksgroep effectief was.

## 6.2 Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Voor zover bekend is in Nederland uitsluitend onderzoek gedaan naar de principes achter de methode Contact voor doofblinden (Damen et al., 2011; Martens, Janssen, Ruijsenaars, & Riksen-Walraven, 2014). Ook naar de methode Verstaanbaar maken is onderzoek gedaan (Roemer & Van Dam, 2004). Beide methoden hebben raakvlakken met *COCP* en ondersteunen (delen van) de uitkomsten van het *COCP*-onderzoek.

Internationaal is het recent gepubliceerde onderzoek van Kent-Walsh et al. (2015) relevant. De resultaten van deze metastudie wijzen in dezelfde richting als het *COCP*-effectonderzoek met betrekking tot de effecten van instructie en begeleiding van communicatiepartners. Op basis van zeventien experimentele single case studies (53 participanten) concluderen de onderzoekers dat interventies gericht op communicatiepartners zeer effectief zijn bij een gevarieerde groep personen met CCN, bij gevarieerde interventiemethodieken en verschillende uitkomstmaten. Er is vooral veel bewijs voor kinderen jonger dan 12 jaar van wie de meesten met verstandelijke beperkingen of beperkingen in het autistisch spectrum. Vaardigheden die het vaakst werden getraind bij communicatiepartners waren modelleren van OC-vormen, aanpassen van het tempo en het uitlokken van communicatie door het stellen van open vragen.

## 6. Aangehaalde literatuur

Beukelman, D., & Mirenda, P. (2013). *Augmentative and Alternative Communication. Supporting children and adults with complex communication needs.* (Fourth ed.). Baltimore/London/Sydney: Paul H. Brookes.

Binger, C., & Light, J. (2007). The effect of aided AAC modeling on the expression of multi-symbol messages by preschoolers who use AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(1), 30-43.

Binnerts, M., Jonker, V. M., Lemmens, C., Noordhuis, P., & Roemer, M. (2005). *Implementatie van het COCP-programma binnen Esdégé-Reigersdaal. Eindrapport pilot-onderzoek.* Broek op Langedijk: Esdégé-Reigersdaal.

Bishop, D. (1993). Language development in children with abnormal structure or function of the speech apparatus. In D. Bishop, & K. Mogford (Eds.), *Language development in exceptional circumstances* (pp. 220-238). Hove: Erlbaum.

Calculator, S. N. (1988a). Promoting the acquisition and generalization of conversational skills by individuals with severe disabilities. *Augmentative and Alternative Communication*, 4(2), 94-103.

Calculator, S. N. (1988b). Evaluating the effectiveness of AAC programs for persons with severe handicaps. *Augmentative and Alternative Communication*, 4(3), 177-179.

Cress, C. J., & Marvin, C. A. (2003). Common questions about AAC services in early intervention. *Augmentative and Alternative Communication*, 19(4), 254-272.

Damen, S., Kef, S., Worm, M., Janssen, M., & Schuengel, C. (2011). Effects of video-feedback interaction training for professional caregivers of children and adults with visual and intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(6), 581-595.

Dattilo, J., & Light, J. (1993). Setting the stage for leisure: encouraging reciprocal communication for people using augmentative and alternative communication systems through facilitator instruction. *Therapeutic Recreation Journal*, 27(3), 156-171.

Douglas, S. N., Light, J. C., & McNaughton, D. B. (2013). Teaching paraeducators to support the communication of young children with complex communication needs. *Topics in Early Childhood Special Education*, 33(2), 91-101.

Ferm, U., Ahlsén, E., & Björck-Åkesson, E. (2012). Patterns of communicative interaction between a child with severe speech and physical impairments and her caregiver during a mealtime activity. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(1), 11-26.

Foster, S. H. (1990). *The communicative competence of young children.* New York: Longman.

Gillis, S., & Schaerlaekens, A. M. (2000). *Kindertaalverwerving. Een handboek voor het Nederlands.* Groningen: Martinus Nijhoff.

Grove, N., Bunning, K., Porter, J., & Olsson, C. (1999). See what I mean: Interpreting the meaning of communication by people with severe and profound intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12(3), 190-203.

Heim, M. J. M. (1989). *Kommunikatieve vaardigheden van niet of nauwelijks sprekende kinderen met infantiele encephalopathie. Een analyse van de communicatieve interactie tussen niet-sprekende kinderen en hun dagelijkse konversatiepartners.* Amsterdam: Instituut voor Algemene Taalwetenschap, Universiteit van Amsterdam.

Heim, M. J. M. (2001). *Nauwelijks sprekend veel te zeggen. Een studie naar de effecten van het COCP-programma*

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit Nji, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans.  
COCP is erkend als Effectief: Goede aanwijzingen voor effectiviteit door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 01/07/2016 onder begeleiding van Vilans.

- Heim, M. J. M. (2014). Communicatieve ontwikkeling van niet-sprekende personen en hun communicatiepartners. In B. Twint, & J. De Bruyn (Eds.), *Handboek verstandelijke beperking. 24 succesvolle methoden* (pp. 147-163). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Heim, M. J. M., Jonker, V. M., & Veen, M. (2006a). *Het COCP-programma. Handleiding en materiaal*. (Tweede geheel herziene druk ed.). Wijk aan Zee/Amsterdam: Heliomare revalidatie / Universiteit van Amsterdam.
- DVD Illustraties partnerstrategieën COCP*. Heim, M. J. M., Jonker, V. M. and Veen, M. (Directors). (2006b).[Video/DVD] Wijk aan Zee / Amsterdam: Heliomare revalidatie / Universiteit van Amsterdam.
- Heim, M. J. M., Jonker, V. M., & Geytenbeek, J. (2015). Communicatie. In M. Hadders-Algra, K. Maathuis, R. F. Pangalia, J. G. Becher & J. De Moor (Eds.), *Kinderrevalidatie* (5e herzien ed., pp. 215-230). Assen: Van Gorcum.
- Heim, M. J. M., & Jonker, V. M. (1996). *De implementatie van het COCP-programma. Een evaluatie-onderzoek*. (No. 70). Amsterdam: Instituut voor Algemene Taalwetenschap, Universiteit van Amsterdam.
- Heim, M. J. M., & Jonker, V. M. (1997). *Het COCP-programma. Handleiding en materiaal*. Wijk aan Zee/Amsterdam: Revalidatiecentrum Heliomare/Universiteit van Amsterdam.
- COCP in de klas. Goede voorbeelden van partnerstrategieën en gelijkwaardige groepscommunicatie. Inclusief brochure*. Heim, M. J. M., Veen, M., Brinkman, E. and Jonker, V. M. (Directors). (2013).[Video/DVD] Amsterdam: COCP-publicaties.
- Heim, M. J. M., Veen, M., & Velthausz, F. J. M. (2011). *COCP in de VG: onderzoek naar de effecten, de implementatie en de sociale validiteit van het COCPvg-programma in Esdégé-Reigersdaal: eindrapport van het project Verbetering van de communicatie tussen niet of nauwelijks sprekende mensen met een meervoudige beperking en hun sociale netwerk*. Amsterdam: COCP-publicaties.
- Heim, M. J. M., Veen, M., & Velthausz, F. J. M. (2010). *Het COCPvg-programma. Handleiding en materiaal*. Amsterdam: COCP-publicaties.
- Kent-Walsh, J. E., Murza, K. A., Malani, M. D., & Binger, C. (2015). Effects of Communication Partner Instruction on the Communication of Individuals using AAC: A Meta-Analysis. *Augmentative and Alternative Communication*, (ahead-of-print), 1-14.
- Kent-Walsh, J. E., & McNaughton, D. (2005). Communication partner instruction in AAC: present practices and future directions. *Augmentative and Alternative Communication*, 21(3), 195-204.
- Kilkens, A., Rietveld, T., & Klatter, J. (2009). Communication Assessment Intervention System for children with multiple disabilities who rely on Augmentative and Alternative Communication: CAIS [Abstract]. *Proceedings International Conference 'A Global Status Quo on Cerebral Palsy with a View to the Future'. 5-7 November, the Netherlands*.
- Light, J. C., & McNaughton, D. (2014). Communicative competence for individuals who require augmentative and alternative communication: A new definition for a new era of communication? *Augmentative and Alternative Communication*, 30(1), 1-18.
- Light, J. C. (1997). "Let's go star fishing": reflections on the contexts of language learning for children who use aided AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 13(3), 158-171.
- Light, J. C., Collier, B., & Parnes, P. (1985a). Communicative interaction between young nonspeaking physically disabled children and their primary caregivers: part I - discourse patterns. *Augmentative and Alternative Communication*, 1(2), 74-83.

Light, J. C., Collier, B., & Parnes, P. (1985b). Communicative interaction between young nonspeaking physically disabled children and their primary caregivers: part II - communicative function. *Augmentative and Alternative Communication*, 1(3), 98-107.

Light, J. C., Collier, B., & Parnes, P. (1985c). Communicative interaction between young nonspeaking physically disabled children and their primary caregivers: part III - modes of communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 1(4), 125-133.

Light, J. C., Dattilo, J., English, J., Gutierrez, L., & Hartz, J. (1992). Instructing facilitators to support the communication of people who use augmentative communication systems. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 865-875.

Light, J. C., McNaughton, D., & Parnes, P. (1986). *A protocol for the assessment of the communicative interaction skills of nonspeaking severely handicapped adults and their facilitators*. (). Toronto: Hugh MacMillan Medical Centre.

Loncke, F. (2014). *Augmentative and alternative communication: models and applications for educators, speech-language pathologists, caregivers, and users*. San Diego: Plural Publishing.

Lund, S. K., & Light, J. (2007). Long-term outcomes for individuals who use augmentative and alternative communication: Part III-contributing factors. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(4), 323-335.

Martens, M. A., Janssen, M. J., Ruijsenaars, A., & Riksen-Walraven, J. M. (2014). Introducing an intervention model for fostering affective involvement with persons who are congenitally deafblind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 108(1), 29-41.

McNaughton, D., Rackensperger, T., Benedek-Wood, E., Krezman, C., Williams, M. B., & Light, J. (2008). "A child needs to be given a chance to succeed": Parents of individuals who use AAC describe the benefits and challenges of learning AAC technologies. *Augmentative and Alternative Communication*, 24(1), 43-55.

Mirenda, P., & Mathy-Laikko, P. (1989). Augmentative and Alternative Communication Applications for Persons with Severe Congenital Communication Disorders: An Introduction. *Augmentative and Alternative Communication*, 5(1), 3-14.

Olsson, C. (2005). The use of communicative functions among pre-school children with multiple disabilities in two different setting conditions: group versus individual patterns. *Augmentative and Alternative Communication*, 21(1), 3-18.

Oskam, E., & Scheres, W. (2005). *Totale communicatie* Elsevier gezondheidszorg.  
Pepper, J., Weitzman, E., Manolson, A., Musterd-de Haas, E., & Dekelver, J. (2009). *Praten doe je met z'n tweeën: een praktische handleiding voor ouders van kinderen met een vertraagde taalverwerving* SWP.

Roemer, M., & Van Dam, L. (2004). *Verstaanbaar maken. Communicatie met mensen met een zeer ernstige verstandelijke (meervoudige) handicap: Inventarisatie en overdracht van ervaringskennis*

Schlusser, R. W., & Lee, D. L. (2000). Promoting generalization and maintenance in Augmentative and Alternative Communication: a meta-analysis of 20 years of effectiveness research. *Augmentative and Alternative Communication*, 16(4), 208-226.

Shire, S. Y., & Jones, N. (2014). Communication Partners Supporting Children With Complex Communication Needs Who Use AAC A Systematic Review. *Communication Disorders Quarterly*, , 1525740114558254.

Solomon-Rice, P. L., & Soto, G. (2014). Facilitating Vocabulary in Toddlers Using AAC A Preliminary Study Comparing Focused Stimulation and Augmented Input. *Communication Disorders Quarterly*, 35(4), 204-215.

Het samenwerkingsverband effectieve interventies bestaat uit NJi, CGL, NISB, NCJ, Movisie, Trimbos en Vilans.  
COCP is erkend als Effectief: Goede aanwijzingen voor effectiviteit door deelcommissie Gehandicaptenzorg d.d. 01/07/2016 onder begeleiding van Vilans.

Tannock, R., & Girolametto, L. (1992). Reassessing parent-focused language intervention programs. In S. F. Warren, & J. Reichle (Eds.), *Causes and effects in communication and language intervention* (pp. 49-79). Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.

Van Balkom, H. (Ed.). (2009). *Communicatie op eigen wijze: theorie en praktijk in de zorg, het onderwijs en de ondersteuning voor mensen met een auditief-communicatieve en verstandelijke beperking* Acco.

## Bijlage 1 Communicatieve functies, vormen en partnerstrategieën

### Communicatieve functies

COCP (2006)	COCPvg (2010)
1 Aandacht voor de partner	1 Aandacht voor de partner
2 Opmerken dat een activiteit onderbroken wordt	2 Uiting geven aan stemming of gevoelens
3 Beurtnemen tijdens een activiteit	3 Opmerken dat een activiteit onderbroken wordt
4 Accepteren van een aangeboden voorwerp	4 Beurtnemen
5 Protesteren/afwijzen	5 Accepteren van een aangeboden voorwerp
6 Kiezen	6 Protesteren of afwijzen van een aangeboden voorwerp
7 Groeten en dagzeggen	7 Kiezen
8 Vragen om hulp	8 Groeten en dagzeggen
9 Vragen om een voorwerp of activiteit	9 Vragen om hulp
10 Vragen om aandacht	10 Vragen om een voorwerp of activiteit
11 Antwoord geven op ja/nee-vragen	11 Vragen om aandacht voor zichzelf
12 Informatie geven over iets of iemand	12 Antwoord geven op ja/nee-vragen
13 Vragen om informatie	13 Informatie geven over iets of iemand
14 Uitdrukken van gevoelens/gedachten	14 Vragen om informatie
15 Grapjes maken/doen alsof	15 Formuleren van gevoelens, gedachten, meningen
	16 Plagen, grapjes maken, doen alsof

### Communicatievormen

COCP (2006)	COCPvg (2010)
<i>Motorische vormen</i>	<i>Motorische vormen</i>
1 Gezichtsuitdrukking	13 Lichaamshouding
2 Lichaamsbeweging/handeling	14 Lichaamsbeweging/verplaatsing
3 Blickrichting	15 Gezichtsuitdrukking
4 Wijzen	16 Kijkgedrag/blickrichting
5 Aangeleerde gebaren	17 Handelingen
<i>Akoestische vormen</i>	18 Wijzen
6 Stemgeluid	19 Aangeleerde gebaren
7 Geluid	<i>Akoestische vormen</i>
8 Spraak(uitvoer)	20 Stemgeluid
<i>Ruimtelijke vormen</i>	21 Geluid
9 Verwijzers	22 Spraak(uitvoer)
<i>Grafische vormen</i>	<i>Ruimtelijke vormen</i>
10 Foto's	23 Verwijzers
11 Plaatjes/tekeningen	<i>Grafische vormen</i>
12 Grafische symbolen	24 Foto's
	25 Plaatjes/tekeningen
	26 Grafische symbolen



## Partnerstrategieën

COCP (2006)	COCPvg (2010)
1 Structureer de omgeving.	1 Structureer de omgeving.
2 Volg de draad van het kind.	2 Volg de draad van de cliënt.
3 Stimuleer gedeelde aandacht.	3 Stimuleer gedeelde aandacht.
4 Schep kansen voor communicatieve interactie.	4 Schep kansen voor communicatieve interactie.
5 Verwacht communicatie die past bij het niveau van het kind.	5 Verwacht communicatie die past bij het niveau van de cliënt.
6 Pas het tempo van de interactie aan (pauzeer).	6 Pas het tempo van de interactie aan (pauzeer).
7 Modelleer de communicatievormen die het kind zelf kan gebruiken.	7 Modelleer de communicatievormen die de cliënt zelf kan gebruiken.
8 Zorg voor taalaanbod op het niveau van het kind.	8 Zorg voor taalaanbod op het niveau van de cliënt.
9 Spoor het kind (stapsgewijs) aan ('prompten').	9 Spoor de cliënt (stapsgewijs) aan ('prompten').
10 Beloon de communicatiepogingen van het kind.	10 Beloon de communicatiepogingen van de cliënt.

## Bijlage 2 Conceptueel kader onderzoek sociale validiteit COCPvg

(Heim et al., 2011:50)

Categorieën	Componenten	COCPvg-peilers
Belanghebbenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interventieteamleden</li> <li>- leden van de communicatiegroepen</li> <li>- clustermanagers</li> <li>- leden van de klankbordgroep</li> </ul>	<p><i>Organisatorische kern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interdisciplinaire samenstelling van het interventieteam (logopedist, gedragskundige en cliëntbegeleider)</li> <li>- participatie van het hele sociale netwerk</li> <li>- voorwaarden (tijd, faciliteiten, flexibiliteit, inbedding in ondersteuningsplan)</li> </ul>
Interventiedoelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- algemene doelen van het COCPvg-programma</li> <li>- het belang van de kernonderdelen van het COCPvg-programma</li> </ul>	<p><i>Inhoudelijke kern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- partnerstrategieën</li> <li>- communicatieve functies</li> <li>- communicatievormen</li> </ul>
Interventiemethode	<ul style="list-style-type: none"> <li>- richtlijnen COCPvg-programma</li> <li>- materiaal COCPvg-programma</li> </ul>	<p><i>Methodische kern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cyclus onderzoek, doel en plan, uitvoering en evaluatie</li> <li>- voorafgaand onderzoek</li> <li>- groepsbijeenkomsten</li> <li>- communicatieplan</li> <li>- begeleidingsgesprekken</li> <li>- communicatiesysteem</li> </ul>
Interventieresultaten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- waargenomen veranderingen direct gerelateerd aan de interventie</li> <li>- waargenomen veranderingen indirect gerelateerd aan interventie</li> <li>- waargenomen veranderingen in toename kwaliteit van leven door interventie</li> <li>- waargenomen veranderingen voor gehele leefgroep van de cliënt en andere betrokkenen</li> </ul>	<p><i>Resultaten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interventiedoel behaald</li> <li>- waargenomen veranderingen bij de communicatiepartners uit communicatiegroepen</li> <li>- andere veranderingen indirect gerelateerd aan interventie</li> <li>- toename kwaliteit van leven</li> <li>- veranderingen in de leefgroep van cliënten</li> </ul>