

Retrospectief dwarsdoorsnedeonderzoek naar spraaktaalachterstand bij peuters in de gemeente Utrecht over de jaren 2012 t/m 2020

Evelien Backes – PH328

Ongepubliceerd: 14-4-2025

Samenvatting

Inleiding/Doel

Professionals in Utrecht zien steeds meer kinderen met spraaktaalachterstanden. Onduidelijk is wat hiervan de oorzaak is en welke factoren mogelijk een rol spelen. Onderzocht werd of een stijging optrad in 2-jarigen met een spraaktaalachterstand in 2012 t/m 2020 in de gemeente Utrecht, en welke factoren mogelijk geassocieerd waren met een spraaktaalachterstand.

Methode

Retrospectief dwarsdoorsnedeonderzoek met registratiegegevens uit jeugdgezondheidszorg (JGZ)-dossiers in de gemeente Utrecht. Kinderen van 16 tot 30 maanden die tussen 1-1-2012 en 31-12-2020 werden gezien op een standaard contactmoment, van wie gegevens beschikbaar waren over spraaktaalontwikkeling en van wie ouders toestemming gaven voor gebruik van hun dossier werden geïnccludeerd. Het Van Wiechenonderzoek werd gebruikt om een spraaktaalachterstand bij 2-jarigen vast te stellen. Door logistische regressieanalyse werd onderzocht welke factoren geassocieerd zijn met spraaktaalachterstand.

Resultaten

Het aantal/percentage kinderen met spraaktaalachterstand nam licht af. Factoren geassocieerd met een significant grotere kans op een spraaktaalachterstand waren: mannelijk geslacht, prematuriteit, lager opleidingsniveau van ouders en een migratieachtergrond (behalve Surinaamse/Antilliaanse achtergrond). Op bepaalde onderzoekslocaties was de kans op een spraaktaalachterstand significant hoger.

Beschouwing

De waargenomen toename in spraaktaalachterstanden blijkt niet uit dit onderzoek. Een aantal factoren was geassocieerd met een hogere kans op een spraaktaalachterstand. Bij JGZ-consulten kan hiermee rekening gehouden worden, onder andere bij voorschoolse educatie (VE)-indicaties.

Inleiding

Kinderen bij wie de spraaktaalontwikkeling achterblijft ten opzichte van leeftijdsgenoten hebben een spraaktaalachterstand. Dit kan worden veroorzaakt door een stoornis bij het kind (taalontwikkelingsstoornis, TOS) of door onvoldoende taalaanbod uit de omgeving (taalontwikkelingsachterstand, TOA). Ook een combinatie is mogelijk [1].

TOA treft volgens deskundigen in Nederland ongeveer 25% van de kinderen. Prevalenties van TOS variëren tussen 5 en 12% bij kinderen tussen 0 en 7 jaar. De precieze oorzaak van TOS is onbekend, genetische factoren en hersenafwijkingen spelen mogelijk een rol. TOS kan leiden tot sociale en emotionele problemen en heeft vaak blijvende gevolgen, zoals een lager opleidingsniveau, werkloosheid of sociale fobie. TOA heeft daarentegen een goede prognose, mits het taalaanbod verbeterd [1].

Tijdige signalering en behandeling van spraaktaalachterstanden is belangrijk, omdat dit kinderen de grootste kans geeft op een goede ontwikkeling. Ook blijkt uit onderzoek dat dit leidt tot een daling van het aantal kinderen op het speciaal onderwijs [2,3]. Onbehandelde spraaktaalproblemen vergroten het risico op psychische problemen en gedragsproblemen en verminderen de onderwijskansen van kinderen¹. Factoren die in de literatuur geassocieerd worden met een verhoogd risico op een spraaktaalachterstand zijn mannelijk geslacht, positieve familieanamnese, lage sociale status van de ouders en ongunstige perinatale factoren zoals prematuriteit, laag geboortegewicht en complicaties bij geboorte [1].

Het aantal kinderen met een spraaktaalachterstand lijkt toe te nemen. Het aantal kinderen in het speciaal onderwijs in Nederland steeg tussen 2016 en 2019 met 12,1 procent [4]. Ook specifiek binnen de groep dove/slechthorende kinderen en kinderen met TOS op het speciaal onderwijs is een stijging te zien. Daarnaast nam het aantal kinderen met geregistreerd gebruik van ondersteuning op de kinderopvang en in het onderwijs toe in 2016-2019⁴. Internationaal zijn er signalen dat de woordenschat van kinderen van 18 en 24 maanden is afgenomen [5], waarbij soms een verband werd gevonden met de toegenomen schermtijd bij kinderen [5,6,7].

In recente onderzoeken uit Amsterdam [8] en Den Haag [9], waarbij onder andere werd gesproken met professionals, lijkt sprake van een toename van kinderen

met een zwaardere zorgbehoefte. In Den Haag namen spraaktaalachterstanden toe bij 2-jarigen [9], met name in een aantal (achterstands)wijken.

In de gemeente Utrecht signaleren jeugdgezondheidszorg (JGZ)-professionals en ketenpartners, zoals (voor)scholen en jeugdhulp, ook een toename van het aantal peuters met een spraaktaalachterstand. Onduidelijk is wat hiervan de oorzaak is.

Voor de gemeente Utrecht ontbreken voorsnag concrete cijfers ter onderbouwing van het signaal dat spraaktaalachterstanden toenemen. Onbekend is of de onderzoeksresultaten uit Den Haag te generaliseren zijn voor Utrecht. Net als Den Haag is Utrecht weliswaar een grote stad, maar de bevolking is verschillend. In Utrecht wonen ten opzichte van Den Haag meer mensen met een hoger inkomen en hoger opleidingsniveau [10,11]. Ook blijkt uit een onderzoek over 2013-2019 [12] dat het aantal mensen dat gelukkig en tevreden met het leven is significant hoger ligt in Utrecht dan in Den Haag (en in andere grote steden).

Onderzoek naar de omvang van spraaktaalachterstanden in Utrecht en welke factoren hierbij een rol spelen kan ook van belang zijn omdat in 2024 de indicering voor de voorschoolse educatie (VE) is veranderd in de gemeente Utrecht [13]. Tot en met 2023 werd op basis van ouderfactoren (opleiding en geboorteland van ouder(s)) bepaald of een kind in aanmerking kwam voor een VE-indicatie. Daarnaast kon de JGZ op individuele gronden deze VE-indicatie alsnog afgeven. De gedachte was dat kinderen van ouders met een migratieachtergrond of lage opleiding een grotere kans hadden op een spraaktaalachterstand. Vanaf 2024 komt een kind niet meer automatisch in aanmerking voor een VE-indicatie bij eerdergenoemde ouderfactoren. De JGZ indiceert 2-jarige kinderen sindsdien op basis van maatwerk, waarbij gekeken wordt of een indicatie echt nodig is.

Dit onderzoek heeft als doel inzicht te krijgen in de omvang van spraaktaalachterstanden onder jonge kinderen in de gemeente Utrecht. Daarnaast beoogt het onderzoek te verkennen welke factoren mogelijk geassocieerd zijn met een spraaktaalachterstand. Dit kan helpen te bepalen welke kinderen mogelijk een VE-indicatie nodig hebben en hoeveel plekken op de voorschool nodig zijn. Specifiek richt het onderzoek zich op de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is het aantal en percentage 2-jarige kinderen met een spraaktaalachterstand in de gemeente Utrecht in de periode 2012 t/m 2020?

2. Welke factoren zijn geassocieerd met een spraaktaalachterstand?

De inzichten uit dit onderzoek kunnen mogelijk dienen als ondersteuning voor verder beleid en onderzoek rondom het ontstaan en de aanpak van spraaktaalachterstanden.

Methode

Onderzoeksontwerp

Een retrospectief dwarsdoorsnedeonderzoek, aan de hand van registratiegegevens uit de digitale kinddossiers van de JGZ in de gemeente Utrecht.

Onderzoekspopulatie

Geïnccludeerd werden alle kinderen die tussen 1-1-2012 en 31-12-2020 een standaard contactmoment 18 maanden, 2 jaar of 3 jaar hadden bij de JGZ. Aangezien de exacte leeftijd waarop deze contactmomenten plaatsvinden kan variëren, werd een inclusiecriteria gehanteerd voor kinderen in de leeftijd van 16 tot 30 maanden, verder aangeduid als "2-jarigen". Kinderen werden geëxcludeerd indien bij geen van de contactmomenten gegevens beschikbaar waren over de spraaktaalontwikkeling. Daarnaast werden kinderen van wie de ouders geen toestemming hebben gegeven voor het gebruik van hun dossier voor wetenschappelijk onderzoek uitgesloten.

Uitkomstmaat

De primaire uitkomstmaat was de spraaktaalontwikkeling bij 2-jarigen, gemeten door middel van het Van Wiechenonderzoek [14]. De JGZ voert het Van Wiechenonderzoek uit om de ontwikkeling van kinderen op een gestandaardiseerde en uniforme wijze te volgen en met ouders te bespreken. JGZ-professionals registreren dit in het digitale kinddossier. Spraaktaalontwikkeling (voldoende of onvoldoende) werd bepaald op basis van scores op item 41 (taalproductie: zegt 'zinnen' van 2 woorden) en item 42 (taalbegrip: wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop). Een '+' of 'M' score op beide items werd beoordeeld als een voldoende spraaktaalontwikkeling, en een '-' op een van de items als een onvoldoende spraaktaalontwikkeling. Een 'M' betekent dat de vaardigheid niet direct is waargenomen door de professional, maar dat de ouder aangeeft dat het kind dit thuis beheerst. Wanneer slechts één van de items bekend was, werd dit als volgt beoordeeld: als '+' of 'M' was gescoord, werd de spraaktaalontwikkeling beschouwd als missing. Bij een '-' score op één van de items werd dit direct beoordeeld als onvoldoende, ongeacht de score van het andere item. Een onvoldoende

algehele spraaktaalontwikkeling werd gezien als een spraaktaalachterstand.

Naast deze bredere beoordeling van spraaktaalontwikkeling, werd ook specifiek gekeken naar taalproductie (item 41). Hierbij werd een '+' of 'M' score beschouwd als voldoende taalproductie, en een '-' als onvoldoende taalproductie.

Indien geen gegevens bekend waren voor item 41, maar item 45 (zegt 'zinnen' van 3 of meer woorden) was gescoord met een '+' of 'M', werd aangenomen dat item 41 eveneens voldoende zou zijn gescoord.

Kinderen jonger dan 23 maanden met een onvoldoende spraaktaalontwikkeling, werden uitgesloten omdat volgens de richtlijnen pas vanaf 23 maanden de 2-jaars items als negatief ingevuld mogen worden. Kinderen jonger dan 23 maanden met een voldoende spraaktaalontwikkeling (gedocumenteerd tijdens het 18 maanden consult) werden wel meegenomen. Gekozen werd voor een maximale leeftijd van 30 maanden, omdat vanaf die leeftijd de volgende Van Wiechenitems (43 en 44) worden gescoord.

Achtergrondkenmerken

Om de achtergrondkenmerken in kaart te brengen werden de volgende variabelen meegenomen uit de dossiers: geslacht (mannelijk/vrouwelijk), opleidingsniveau van ouder(s) (laag/midden/hoog), onderzoekslocatie en zwangerschapsduur (waarbij prematuriteit gedefinieerd werd als zwangerschapsduur <37 weken). Ook migratieachtergrond van ouder(s) werd meegenomen, waarbij de indeling gebaseerd werd op de destijds geldende CBS-criteria voor migratieachtergrond [15]. Gekeken werd hierbij naar geboorteland van het kind en beide ouders. Als het kind in het buitenland was geboren, was dat bepalend. Als het kind in Nederland was geboren, werd gekeken naar het geboorteland van de moeder. Als de moeder ook in Nederland was geboren, werd gekeken naar het geboorteland van de vader. De categorieën werden ingedeeld op de gangbare indeling van grote groepen in Nederland (geen migratieachtergrond, Turks, Marokkaans, Surinaams/Antilliaans en overig westers/niet-westers), waarbij Surinamers en Antillianen werden samengevoegd tot 1 categorie omdat deze groepen klein waren in Utrecht. De onderzoekslocatie werd meegenomen, omdat kinderen uit bepaalde wijken over het algemeen op bepaalde JGZ-locaties worden gezien en dit daardoor een indicatie geeft van de woonwijk. Als referentie werd de locatie F.C. Dondersstraat gekozen, een locatie met een groot aantal kinderen, waarvan veel zonder

Tabel 1. Algemene kenmerken van de totale onderzoekspopulatie (N=34.894)

Kenmerken	2012 n=4.219 n (%)	2013 n=4.237 n (%)	2014 n=4.225 n (%)	2015 n=4.237 n (%)	2016 n=3.826 n (%)	2017 n=3.554 n (%)	2018 n=3.886 n (%)	2019 n=3.738 n (%)	2020 n=2.972 n (%)	Totaal n (%)	Chi- kwadraat p-waarde
Geslacht											0,197
Mannelijk	2.109 (50,0)	2.195 (51,8)	2.178 (51,6)	2.182 (51,5)	1.908 (49,9)	1.783 (50,2)	1.984 (51,1)	1.833 (49,0)	1.514 (50,9)	17.686 (50,7)	
Vrouwelijk	2.110 (50,0)	2.042 (48,2)	2.047 (48,4)	2.055 (48,5)	1.918 (50,1)	1.771 (49,8)	1.902 (48,9)	1.905 (51,0)	1.458 (49,1)	17.208 (49,3)	
Migratieachtergrond											<0,001
geen	2.835 (67,2)	2.777 (65,5)	2.836 (67,1)	2.826 (66,7)	2.468 (64,5)	2.315 (65,1)	2.532 (65,2)	2.521 (67,4)	2.002 (67,4)	23.112 (66,2)	
Marokkaans	506 (12,0)	539 (12,7)	479 (11,3)	509 (12,0)	426 (11,1)	389 (10,9)	357 (9,2)	324 (8,7)	235 (7,9)	3.764 (10,8)	
Turks	159 (3,8)	160 (3,8)	153 (3,6)	124 (2,9)	132 (3,5)	132 (3,7)	132 (3,4)	99 (2,6)	70 (2,4)	1.161 (3,3)	
Surinaams/Antilliaans	79 (1,9)	82 (1,9)	101 (2,4)	75 (1,8)	79 (2,1)	70 (2,0)	59 (1,5)	69 (1,8)	50 (1,7)	664 (1,9)	
Overig westers	311 (7,4)	331 (7,8)	334 (7,9)	348 (8,2)	341 (8,9)	311 (8,8)	389 (10,0)	346 (9,3)	287 (9,7)	2.998 (8,6)	
Overig niet-westers	327 (7,8)	345 (8,1)	319 (7,6)	354 (8,4)	380 (9,9)	337 (9,5)	416 (10,7)	378 (10,1)	327 (11,0)	3.183 (9,1)	
Missing	2 (0)	3 (0,1)	3 (0,1)	1 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)	12 (0)	
Prematuriteit											0,406
Aterm geboren (zd ≥37 weken)	3.756 (89,0)	3.855 (91,0)	3.843 (91,0)	3.816 (90,1)	3.459 (90,4)	3.134 (88,2)	3.424 (88,1)	3.271 (87,5)	2.542 (85,5)	31.100 (89,1)	
Prematuur geboren (zd <37 weken)	239 (5,7)	230 (5,4)	240 (5,7)	219 (5,2)	189 (4,9)	197 (5,5)	183 (4,7)	170 (4,5)	145 (4,9)	1.812 (5,2)	
Missing	224 (5,3)	152 (3,6)	142 (3,4)	202 (4,8)	178 (4,7)	223 (6,3)	279 (7,2)	297 (7,9)	285 (9,6)	1.982 (5,7)	
Opleidingsniveau ouders											<0,001
Laag (tot MBO1)	436 (10,3)	453 (10,7)	396 (9,4)	396 (9,3)	394 (10,3)	278 (7,8)	289 (7,4)	252 (6,7)	179 (6,0)	3.073 (8,8)	
Midden (MBO2+, HAVO, VWO)	722 (17,1)	677 (16,0)	671 (15,9)	578 (13,6)	566 (14,8)	531 (14,9)	505 (13,0)	376 (10,1)	328 (11,0)	4.954 (14,2)	
Hoog (HBO, WO)	2.552 (60,5)	2.881 (68,0)	2.895 (68,5)	2.865 (67,6)	2.543 (66,5)	2.421 (68,1)	2.608 (67,1)	1.894 (50,7)	1.861 (62,6)	22.520 (64,5)	
Missing	509 (12,1)	226 (5,3)	263 (6,2)	396 (9,4)	323 (8,4)	324 (9,1)	484 (12,5)	1.216 (32,5)	604 (20,3)	4.347 (12,5)	
Onderzoekslocatie											<0,001
0-4 Al Masoedilaan	336 (8,0)	328 (7,7)	250 (5,9)	288 (6,8)	186 (4,9)	273 (7,7)	209 (5,4)	154 (4,1)	236 (7,9)	2.260 (6,5)	
0-4 Amazonedreef/ Kaap Hoorndreef	276 (6,5)	238 (5,6)	364 (8,6)	372 (8,8)	312 (8,2)	349 (9,8)	331 (8,5)	440 (11,8)	286 (9,6)	2.968 (8,5)	
0-4 De Gravin	268 (6,4)	392 (9,3)	434 (10,3)	319 (7,5)	385 (10,1)	418 (11,8)	467 (12,0)	443 (11,9)	252 (8,5)	3.378 (9,7)	
0-4 F.C. Dondersstraat	375 (8,9)	499 (11,8)	582 (13,8)	673 (15,9)	626 (16,4)	584 (16,4)	752 (19,4)	660 (17,7)	786 (26,4)	5.537 (15,9)	
0-4 Geuzenveste	84 (2,0)	208 (4,9)	388 (9,2)	346 (8,2)	297 (7,8)	393 (11,1)	503 (12,9)	427 (11,4)	235 (7,9)	2.881 (8,3)	
0-4 Het Zand	624 (14,8)	508 (12,0)	696 (16,5)	866 (20,4)	739 (19,3)	914 (25,7)	868 (22,3)	841 (22,5)	578 (19,4)	6.634 (19,0)	
0-4 JP Coenhof	235 (5,6)	140 (3,3)	171 (4,0)	131 (3,1)	194 (5,1)	256 (7,2)	259 (6,7)	339 (9,1)	244 (8,2)	1.969 (5,6)	
0-4 Vleuterweide	334 (7,9)	437 (10,3)	471 (11,1)	409 (9,7)	435 (11,4)	348 (9,8)	495 (12,7)	432 (11,6)	344 (11,6)	3.705 (10,6)	
Overig (of onbekend)	1.687 (40,0)	1.487 (35,1)	869 (20,6)	833 (19,7)	652 (17,0)	19 (0,5)	2 (0,1)	2 (0,1)	11 (0,4)	5.562 (15,9)	

zd: zwangerschapsduur

migratieachtergrond en met ouders met een hoog opleidingsniveau. Indien gegevens van slechts één ouder bekend waren, werden deze gegevens gebruikt. Bij verschillende opleidingsniveaus van de ouders werd de hoogst genoten opleiding gehanteerd.

Statistische analyse

Beschrijvende statistiek werd toegepast om zowel de achtergrondkenmerken als de spraaktaalontwikkeling (algehele spraaktaalontwikkeling en taalproductie) weer te geven over de jaren 2012 t/m 2020. Chi-kwadraat toetsen werden uitgevoerd om verschillen in achtergrondkenmerken en uitkomsten te toetsen over de jaren heen.

Daarnaast werd een multivariabele logistische regressieanalyse uitgevoerd om de associatie tussen spraaktaalachterstand bij 2-jarigen en de achtergrondkenmerken te onderzoeken. Het jaartal werd ook meegenomen in de regressieanalyse om te corrigeren voor de mogelijke trend over de jaren.

Een p-waarde van <0.05 werd als statistisch significant beschouwd. De analyses werden uitgevoerd met het analyseprogramma SPSS, versie 29.0.1.0.

Ethische verantwoording

Het onderzoeksprotocol werd positief beoordeeld op kwaliteit en haalbaarheid door de Wetenschapscommissie van de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC, en met hun toestemming voorgelegd aan de niet-WMO commissie van het LUMC. Deze commissie had geen bezwaar tegen het onderzoek, het valt niet onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) (referentienummer 24-3014).

Resultaten

Er werd gestart met een database van 39.891 kinderen. Hiervan werden 93 kinderen geëxcludeerd omdat ze een onvoldoende spraaktaalontwikkeling hadden, maar onder de 23 maanden waren. 4904 kinderen werden geëxcludeerd omdat onvoldoende gegevens beschikbaar waren over de spraaktaalontwikkeling bij 2 jaar, deze kinderen hadden bijvoorbeeld alleen een 18-maandenconsult gehad. Uiteindelijk bleven 34.984 kinderen over voor analyse.

Tabel 1 geeft de kenmerken van de onderzoekspopulatie weer, uitgesplitst per jaar. Het aantal geanalyseerde kinderen per jaar verschilde niet veel over de jaren, maar leek vanaf 2016 wel iets minder dan de jaren ervoor. In 2020 lag het aantal kinderen onder de 3000, wat minder

was dan de jaren ervoor. Het geslacht en het aantal prematuur geboren kinderen verschilden niet significant over de jaren. De migratieachtergrond veranderde wel significant gedurende de jaren, waarbij het aantal kinderen met Marokkaanse achtergrond afnam en het aantal kinderen met een overig westerse of niet-westerse achtergrond toenam. Het opleidingsniveau van ouders verschildte ook significant over de jaren.

Tabel 2 geeft de aantallen en percentages kinderen weer met een voldoende en onvoldoende spraaktaalontwikkeling. Het aantal en percentage kinderen met een spraaktaalachterstand nam gedurende de jaren iets af. In 2013 betrof het percentage kinderen met een spraaktaalachterstand 21,1 procent, in 2019 daalde dit naar 15,8 procent. Het percentage missende waarden lag in de jaren 2015, 2016 en 2020 relatief hoog (12 à 13 procent), in andere jaren lag dit een stuk lager.

Bij de taalproductie lag het aantal missende waarden erg laag. Het percentage en aantal kinderen met onvoldoende taalproductie nam in de loop der jaren af. In 2014 was het percentage onvoldoende taalproductie het hoogst (15,1%), in 2016 t/m 2020 lag dit steeds rond de 12 procent.

Tabel 3 laat de resultaten van de univariabele en multivariabele regressieanalyse zien. In zowel de univariabele als multivariabele analyse hadden jongens (Odds Ratio (OR): 2,01), prematuur geboren kinderen (OR: 1,45) en kinderen van ouders met een lager opleidingsniveau (OR: 2,98 (midden t.o.v. hoog) en 5,31 (laag t.o.v. hoog)) een significant hogere kans ($p < 0,001$) op een spraaktaalachterstand. Ook kinderen met een migratieachtergrond hadden een significant hogere kans op een spraaktaalachterstand, met uitzondering van Surinaamse/Antilliaanse kinderen. Ten opzichte van kinderen zonder migratieachtergrond hadden kinderen met een Turkse achtergrond de hoogste kans op een spraaktaalachterstand (OR: 8,36). Tussen de onderzoekslocaties waren tevens verschillen zichtbaar. Bij de univariabele regressieanalyse hadden kinderen op alle locaties behalve de JP Coenhof een significant grotere kans op een spraaktaalachterstand ($p < 0,001$) in vergelijking met kinderen op de locatie F.C. Dondersstraat. Op de locaties Al Masoedilaan en Amazonedreef/Kaap Hoorndreef waren de kansen op een spraaktaalachterstand het hoogst, met Odds Ratio's van respectievelijk 4,39 en 3,37. Bij de multivariabele regressieanalyse waren de Odds Ratio's kleiner, maar bleven significant. Een uitzondering hierop betrof de onderzoekslocatie: naast de JP Coenhof werd in de

Tabel 2. Spraaktaalontwikkeling bij 2-jarigen (N=34.894)

	2012 n=4.219 n (%)	2013 n=4.237 n (%)	2014 n=4.225 n (%)	2015 n=4.237 n (%)	2016 n=3.826 n (%)	2017 n=3.554 n (%)	2018 n=3.886 n (%)	2019 n=3.738 n (%)	2020 n=2.972 n (%)	Totaal n (%)
Algehele spraaktaalontwikkeling (productie én begrip)^a										
Onvoldoende	762 (18,1)	892 (21,1)	876 (20,7)	766 (18,1)	649 (17,0)	582 (16,4)	588 (15,1)	591 (15,8)	421 (14,2)	6.127 (17,6)
Voldoende	3.241 (76,8)	3.150 (74,3)	3.123 (73,9)	2.893 (68,3)	2.715 (71,0)	2.830 (79,6)	3.139 (80,8)	3.048 (81,5)	2.179 (73,3)	26.318 (75,4)
Missing	216 (5,1)	195 (4,6)	226 (5,3)	578 (13,6)	462 (12,1)	142 (4,0)	159 (4,1)	99 (2,6)	372 (12,5)	2.449 (7,0)
Taalproductie^b										
Onvoldoende	567 (13,4)	629 (14,8)	638 (15,1)	537 (12,7)	450 (11,8)	424 (11,9)	449 (11,6)	471 (12,6)	351 (11,8)	4.516 (12,9)
Voldoende	3.650 (86,5)	3.606 (85,1)	3.580 (84,7)	3.689 (87,1)	3.375 (88,2)	3.128 (88,0)	3.437 (88,4)	3.267 (87,4)	2.621 (88,2)	30.353 (87,0)
Missing	2 (0%)	2 (0)	7 (0,2)	11 (0,3)	1 (0)	2 (0,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	25 (0,1)

a Bij de algehele spraaktaalontwikkeling moeten zowel taalbegrip (item 42 Van Wiechenonderzoek, wijst 6 lichaamsdelen aan bij pop) als taalproductie (item 41 Van Wiechenonderzoek, zegt 'zinnen' van 2 woorden) positief gescoord worden, dus een 'M' of een '+'. Indien een van beide items als '-' gescoord werd, werd dit als onvoldoende spraaktaalontwikkeling gezien, ook als van het andere item geen gegevens bekend waren. Missing betrof kinderen waarvan slechts 1 van de 2 items bekend was, en waarbij dit als '+' of 'M' gescoord was, aangezien bij een '-' op een van de items het als onvoldoende werd gezien. Een onvoldoende algehele spraaktaalontwikkeling werd gezien als een spraaktaalachterstand.

bBij het bepalen van een voldoende of onvoldoende taalproductie is alleen gekeken naar item 41 van het Van Wiechenonderzoek (zegt 'zinnen' van 2 woorden). Bij '+' of 'M' werd dit als voldoende gezien, bij '-' als onvoldoende.

multivariabele analyse ook bij de Gravin geen significant verschil meer gevonden.

De OR van jaar was 0,96 (95% betrouwbaarheidsinterval 0,95-0,97; $p < 0,001$), wat betekende dat de kans op een spraaktaalachterstand per jaar significant afnam.

Beschouwing en conclusie

Door data uit digitale kinddossiers van de JGZ over het Van Wiechenonderzoek¹⁴ werd onderzocht hoeveel 2-jarige kinderen een spraaktaalachterstand hadden in 2012 t/m 2020 in de gemeente Utrecht, en welke factoren mogelijk geassocieerd waren met een spraaktaalachterstand. Er werd geen toename gezien van het aantal kinderen met een spraaktaalachterstand gedurende de jaren, maar juist een afname. Deze was echter minimaal en daardoor waarschijnlijk niet klinisch relevant. Factoren geassocieerd met een significant grotere kans op een spraaktaalachterstand waren: mannelijk geslacht, prematuriteit, lager opleidingsniveau van ouders en een migratieachtergrond (behalve een Surinaamse/Antilliaanse achtergrond). Daarnaast was op bepaalde onderzoekslocaties de kans op een spraaktaalachterstand significant hoger, ook na multivariabele regressieanalyse.

Het is onduidelijk waardoor in dit onderzoek, in tegenstelling tot signalen uit de praktijk, het aantal kinderen met een spraaktaalachterstand niet toeneemt maar juist afneemt. Hiervoor zijn een aantal mogelijke verklaringen denkbaar.

Allereerst zijn kinderen van wie geen gegevens beschikbaar waren over spraaktaalontwikkeling en kinderen die niet in beeld waren bij de JGZ niet geanalyseerd. Het zou kunnen dat juist in deze groep veel kinderen een spraaktaalachterstand hadden. En niet bij alle kinderen waren alle gegevens bekend over algehele spraaktaalontwikkeling. In 2020 heeft dit hoogstwaarschijnlijk te maken met de coronapandemie, door beperkingen in contacten werden toen minder kinderen gezien. Het totaal aantal kinderen dat in 2020 werd gezien lag dan ook iets lager dan de jaren ervoor.

Een andere mogelijke verklaring kan de taakherschikking zijn, die in 2015 in gang werd gezet. Het 2-jaarsconsult verschoof in 2015/2016 namelijk van de verpleegkundige naar de arts. Het aantal missende gegevens in 2015 en 2016 was relatief hoog. Wellicht moesten JGZ-professionals nog wennen aan deze verandering en werd het Van Wiechenonderzoek minder goed ingevuld. Opvallend is tevens dat juist vanaf 2015 de spraaktaalachterstanden afnamen. Wellicht vullen artsen het Van Wiechenonderzoek anders in dan

verpleegkundigen. Hoewel in één onderzoek [16] geen verschil zichtbaar was in abnormale bevindingen op ontwikkeling bij taakherschikking, lijkt nader onderzoek hiernaar zinvol. Er is namelijk geen data beschikbaar over verschillen tussen artsen en verpleegkundigen bij het invullen van het Van Wiechenonderzoek.

Bovendien is dit onderzoek afhankelijk van wat professionals invullen in het dossier. Gekozen werd om een 'M' ook als voldoende spraaktaalontwikkeling te zien. Dit is echter afhankelijk van wat ouders rapporteren, wat een te positief beeld kan geven indien ouders hun kind hierbij overschatten of de professional het niet goed uitvraagt. Een vervolgonderzoek zou onderscheid kunnen maken tussen een '+' of een 'M' beoordeling.

Een laatste mogelijke verklaring kan zijn dat een spraaktaalachterstand zich pas later uit of opgemerkt wordt, of dat sprake is van een andere/bredere ontwikkelingsachterstand zoals een motorische achterstand of autismespectrumstoornis. Eerder onderzoek suggereerde dat kinderen met een spraaktaalachterstand ook vaker motorische achterstanden hebben [17]. Kinderen met een bredere ontwikkelingsachterstand ontvangen vaak jeugdhulp en het aantal kinderen dat jeugdhulp ontvangt is de laatste jaren fors toegenomen [18]. Nader onderzoek naar bredere ontwikkelingsachterstanden lijkt zinvol, ook zouden kinderen daarbij over langere tijd gevolgd kunnen worden in plaats van op één bepaalde leeftijd [19].

De grotere kans op een spraaktaalachterstand bij prematuren, jongens en kinderen van ouders met een lager opleidingsniveau komt overeen met eerdere bevindingen¹. Volgens de JGZ-richtlijn taalontwikkeling [1] is er onvoldoende bewijs dat een meertalige opvoeding een grotere kans geeft op een spraaktaalachterstand. In dit onderzoek werd echter gezien dat kinderen met een migratieachtergrond een grotere kans op een spraaktaalachterstand hadden, behalve Surinaamse en Antilliaanse kinderen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in deze gezinnen het Nederlands vaak goed beheerst wordt. Uit onderzoek blijkt namelijk dat mensen van Surinaamse of Antilliaanse herkomst weinig moeite ondervinden met het Nederlands [20]. Deze resultaten suggereren dat meertaligheid mogelijk toch een rol speelt bij het ontstaan van een spraaktaalachterstand.

In Den Haag [9] werd gezien dat met name in achterstandswijken het aantal kinderen met een spraaktaalachterstand groter was. Dit lijkt ook in Utrecht

het geval. De wijken Kanaleneiland (locatie Al Masoedilaan), Overvecht (locatie Amazonedreef/Kaap Hoorndreef), Zuilen en Ondiep (locatie Geuzenveste) worden gezien als achterstandswijken [21.22]. Op deze locaties hadden kinderen een grotere kans op een spraaktaalachterstand. Deze werd wel kleiner na multivariabele regressieanalyse, waarschijnlijk doordat daarbij ook werd gecorrigeerd voor migratieachtergrond en opleidingsniveau van ouders en deze factoren een rol spelen.

Sterk punt aan dit onderzoek is het grote aantal kinderen dat kon worden geanalyseerd, doordat veel kinderen gezien werden bij de JGZ. Daarnaast is veel achtergrondinformatie beschikbaar in de JGZ-dossiers en konden gegevens over meerdere jaren geanalyseerd worden.

Het onderzoek kende ook een aantal beperkingen. Ten eerste werden kinderen waarvan geen gegevens beschikbaar waren niet meegenomen. Ten tweede is het onderzoek afhankelijk van wat professionals invullen in het dossier. Dit kan mogelijk een vertekend beeld geven. Daarnaast werd in dit onderzoek gekeken naar zowel taalproductie als taalbegrip. Hiervoor werd gekozen omdat dit een breder beeld geeft van de spraaktaalontwikkeling. Het gevolg is mogelijk wel meer missende data. Daarom werd ook alleen naar taalproductie gekeken, dit liet een vergelijkbaar beeld zien.

Tenslotte veranderde een aantal achtergrondkenmerken significant in de loop der jaren. Bij migratieachtergrond viel op dat het aandeel kinderen met Turkse en Marokkaanse achtergrond afnam, terwijl het aandeel kinderen met een westerse en niet-westerse achtergrond toenam. Ook het opleidingsniveau lijkt toegenomen, hoewel over de laatste jaren het aantal missende gegevens vrij hoog ligt dus hierover moeilijk uitspraken te doen zijn. Een mogelijke verklaring is dat steeds meer expats zich vestigen in Utrecht. Bij onderzoekslocatie valt op dat t/m 2016 het aantal kinderen in de groep 'overig/onbekend' vrij hoog is, daarna aanzienlijk minder. Mogelijk heeft dit te maken met de registratie en verandering van digitaal dossier, t/m 2016 werd Mlcas gebruikt en daarna Kidos.

Concluderend werd in dit onderzoek een lichte afname van spraaktaalachterstanden gezien. Een aantal factoren was geassocieerd met een hogere kans op een spraaktaalachterstand. Hoewel deze uit de literatuur al grotendeels bekend waren, bevestigt dit onderzoek dat deze factoren ook in Utrecht een rol spelen. Bij het

individueel indiceren van de kinderen voor de VE en vroegtijdig signaleren van spraaktaalachterstanden bij de JGZ kan hiermee rekening worden gehouden. In bepaalde wijken lag het aantal kinderen met een spraaktaalachterstand hoger, wat gevolgen kan hebben

voor het aantal benodigde plekken op de voorschool. Nader onderzoek is noodzakelijk om te bepalen waardoor de gesignaleerde toename van ontwikkelingsachterstanden in de praktijk veroorzaakt wordt.

Tabel 3. Regressieanalyse tussen spraaktaalachterstand en achtergrondkenmerken (N=28.074)

	Spraaktaal- achterstand N (%)	UNIVARIABEL			MULTIVARIABEL			
		OR	95% BI	p-waarde	OR	95% BI	p-waarde	
Geslacht								
	Vrouwelijk	2.166 (13,6)	1*		1*			
	Mannelijk	3.961 (24,0)	2,01	[1,90-2,13]	<0,001	2,27	[2,12-2,43]	<0,001
Migratieachtergrond								
	geen	2.492 (11,6)	1*		1*			
	Marokkaans	1.403 (39,9)	5,06	[4,68-5,48]	<0,001	3,11	[2,82-3,44]	<0,001
	Turks	571 (52,3)	8,36	[7,37-9,48]	<0,001	5,68	[4,92-6,57]	<0,001
	Surinaams/Antilliaans	83 (13,5)	1,19	[0,94-1,50]	0,152	0,92	[0,71-1,19]	0,528
	Overig westers	564 (20,3)	1,94	[1,75-2,14]	<0,001	2,04	[1,81-2,29]	<0,001
	Overig niet-westers	1.009 (33,9)	3,91	[3,58-4,26]	<0,001	3,15	[2,83-3,50]	<0,001
Prematuriteit								
	Aterm geboren (zd ≥37 weken)	5.244 (18,2)	1*		1*			
	Prematuur geboren (zd <37 weken)	418 (24,3)	1,45	[1,29-1,63]	<0,001	1,48	[1,30-1,69]	<0,001
Opleidingsniveau ouders								
	Hoog (HBO, WO)	2.646 (12,7)	1*		1*			
	Midden (MBO2+, HAVO, VWO)	1.401 (30,2)	2,98	[2,76-3,21]	<0,001	1,99	[1,82-2,16]	<0,001
	Laag (tot MBO1)	1.250 (43,5)	5,31	[4,88-5,78]	<0,001	2,91	[2,63-3,22]	<0,001
Onderzoekslocatie ^α								
	0-4 F.C. Dondersstraat	599 (11,7)	1*		1*			
	0-4 Al Masoedilaan	797 (36,7)	4,39	[3,88-4,96]	<0,001	1,59	[1,37-1,85]	<0,001
	0-4 Amazonedreef/ Kaap Hoordreef	829 (30,7)	3,37	[2,99-3,79]	<0,001	1,19	[1,03-1,37]	0,020
	0-4 De Gravin	452 (14,9)	1,33	[1,16-1,51]	<0,001	1,14	[0,98-1,33]	0,090
	0-4 Geuzenveste	543 (20,4)	1,95	[1,71-2,21]	<0,001	1,40	[1,21-1,62]	<0,001
	0-4 Het Zand	1.054 (16,9)	1,55	[1,39-1,72]	<0,001	1,28	[1,13-1,45]	<0,001
	0-4 JP Coenhof	245 (13,3)	1,16	[0,99-1,36]	0,062	0,89	[0,73-1,07]	0,205
	0-4 Vleuterweide	532 (15,4)	1,38	[1,22-1,57]	<0,001	1,23	[1,06-1,42]	0,006
	Overig (of onbekend)	1.076 (20,6)	1,97	[1,76-2,19]	<0,001	1,22	[1,07-1,39]	0,003
Jaar								
		6.127 (18,9)	0,95	[0,94-0,96]	<0,001	0,96	[0,95-0,97]	<0,001

OR=Odds Ratio

95% BI = 95 procent betrouwbaarheidsinterval

* = referentiecategorie in de regressieanalyse

zd=zwangerschapsduur

α = De F.C. Dondersstraat werd als referentie genomen, omdat dit een locatie is met een groot aantal kinderen, waarvan veel kinderen zonder migratieachtergrond en met een hoog opleidingsniveau van ouders, wat overeenkomt met de referentie bij de andere variabelen.

Referenties

1. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. JGZ-richtlijn taalontwikkeling. [internet]. Beschikbaar via: <https://www.jgzrichtlijnen.nl/richtlijn/jgz-richtlijn-taalontwikkeling/>. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
2. SEO Economisch Onderzoek. De waarde van logopedie. [internet]. Beschikbaar via: https://www.seo.nl/wp-content/uploads/2020/04/2012-69_De_waarde_van_logopedie.pdf. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
3. Van Agt HM, van der Stege HA, de Ridder-Sluiter H, Verhoeven LT, de Koning HJ. A cluster-randomized trial of screening for language delay in toddlers: effects on school performance and language development at age 8. *Pediatrics*. 2007 Dec;120(6):1317-25. doi: 10.1542/peds.2006-3145. PMID: 18055682.
4. Berenschot. Rek is uit de keten van kinderopvang, onderwijs en zorg. [internet]. Beschikbaar via: <https://www.berenschot.nl/nieuws/rek-is-uit-de-keten-van-kinderopvang-onderwijs-en-zorg>. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
5. Asikainen M, Kylliäinen A, Mäkelä TE, Saarenpää-Heikkilä O, Paavonen EJ. Exposure to electronic media was negatively associated with speech and language development at 18 and 24 months. *Acta Paediatr*. 2021 Nov;110(11):3046-3053. doi: 10.1111/apa.16021. Epub 2021 Jul 16. PMID: 34227158.
6. Sundqvist A, Koch FS, Birberg Thornberg U, Barr R, Heimann M. Growing Up in a Digital World - Digital Media and the Association With the Child's Language Development at Two Years of Age. *Front Psychol*. 2021 Mar 18;12:569920. doi: 10.3389/fpsyg.2021.569920. PMID: 33815187; PMCID: PMC8015860.
7. Karani NF, Sher J, Mophosho M. The influence of screen time on children's language development: A scoping review. *S Afr J Commun Disord*. 2022 Feb 9;69(1):e1-e7. doi: 10.4102/sajcd.v69i1.825. PMID: 35144436; PMCID: PMC8905397.
8. Kohnstamm instituut. Plusvoorzieningen in de kinderopvang. [internet]. Beschikbaar via: <https://onderzoek.amsterdam.nl/publicatie/plusvoorzieningen-in-de-kinderopvang>. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
9. GGD Haaglanden. Spraaktaal-achterstanden, én moeilijkheden met gedrag en het contact maken met anderen. [internet]. Beschikbaar via: https://epibul.ggdhaaglanden.nl/2022-nr-4/spraaktaalachterstanden_en_moeilijkheden_met_gedrag_en_het_contact_maken_met_anderen. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
10. CBS. [internet]. Beschikbaar via: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/>. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
11. Compendium voor de leefomgeving. Hbo- en wo-gediplomeerden, 2023. [internet]. Beschikbaar via: <https://www.clo.nl/indicatoren/nl210015-hbo-en-wo-gediplomeerden-2023>. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
12. Centraal Bureau voor de Statistiek. Regionale verschillen in geluksbeleving en tevredenheid met het leven in 2013-2019. [internet]. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/regionale-verschillen-in-geluksbeleving-en-tevredenheid-met-het-leven-in-2013-2019?onepage=true>. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
13. Gemeente Utrecht. Raadsvoorstel Nota van Uitgangspunten Passende Kinderopvang 2024. [internet]. Beschikbaar via: <https://ureka.utrecht.nl/app/instrument/raadsvoorstel-f596d6a5-2e6a-45bf-9a36-ef7609b6f10b>. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
14. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Van Wiechenonderzoek. [internet]. Beschikbaar via: <https://www.ncj.nl/onderwerp/van-wiechenonderzoek/>. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
15. Centraal Bureau voor de statistiek. Migratieachtergrond. [internet]. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen/migratieachtergrond>. [laatst geraadpleegd 9 maart 2025].
16. Benjamins SJ, Damen ML, van Stel HF. Feasibility and Impact of Doctor-Nurse Task Delegation in Preventive Child Health Care in the Netherlands, a Controlled Before-After Study. *PLoS One*. 2015 Oct 14;10(10):e0139187. doi: 10.1371/journal.pone.0139187. PMID: 26466343; PMCID: PMC4605728.
17. Diepeveen FB, van Dommelen P, Oudesluys-Murphy AM, Verkerk PH. Children with specific language impairment are more likely to reach motor milestones late. *Child Care Health Dev*. 2018 Nov;44(6):857-862. doi: 10.1111/cch.12614. Epub 2018 Aug 29. PMID: 30155913.
18. Centraal Bureau voor de statistiek. Landelijke Jeugdmonitor 2024. [internet]. Beschikbaar via: <https://longreads.cbs.nl/jeugdmonitor->

- 2024/jeugdzorg/. [laatst geraadpleegd 23 maart 2025].
19. Diepeveen FB, van Dommelen P, Oudesluys-Murphy AM, Verkerk PH. Concise tool based on language milestones identifies children with specific language impairment at 24-45 months of age. *Acta Paediatr.* 2018 Dec;107(12):2125-2130. doi: 10.1111/apa.14596. Epub 2018 Oct 17. PMID: 30256455; PMCID: PMC6282738.
20. Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute. Taal en taligheid van mensen met een migratieachtergrond. [internet]. Beschikbaar via: <https://nidi.nl/demos/taal-en-taligheid-van-mensen-met-een-migratieachtergrond/>. [laatst geraadpleegd 16 maart 2025].
21. RTV Utrecht. 'Te veel bezuinigd op Vogelaarwijken'. [internet]. Beschikbaar via: <https://www.rtvutrecht.nl/nieuws/1592658/ella-vogelaar-te-veel-bezuinigd-op-vogelaarwijken>. [laatst geraadpleegd 16 maart 2025].
22. Algemeen Dagblad. Wijken Kanaleneiland en Overvecht zorgenkindjes. [internet]. Beschikbaar via: <https://www.ad.nl/utrecht/wijken-kanaleneiland-en-overvecht-zorgenkindjes~a76f95d5/>. [laatst geraadpleegd 16 maart 2025].