

LOGOPEDIE VOOR KINDEREN MET NEUROLOGISCHE ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN



MARIJKE EYSEN, FABIAN DESIMPEL, ANS VAN GINCKEL



■ VOORWOORD

Taal en spraak laten kinderen toe om zich uit te drukken, om hun noden, gedachten en emoties over te brengen. Op deze manier dragen taal en spraak bij tot sociale interactie en cognitieve ontwikkeling en dus ook tot academisch succes – leren. Ze zijn ook instrumenteel voor emotionele regulatie en het verwerven van zelfvertrouwen.

Kinderen met taal- of spraakproblemen kunnen gebaat zijn bij een logopedische behandeling. Logopedie kent vele gezichten: er zijn individuele behandelingen waarbij de therapeut rechtstreeks met de patiënt werkt, er zijn ook indirecte behandelingen waarbij de omgeving van het kind wordt gecoacht om zo goed mogelijk ondersteuning te bieden bij de dagelijkse leefsituatie. Behandelingen kunnen aangeboden worden in gespecialiseerde, multidisciplinaire centra, op school, of door een ambulant werkende, individuele therapeut.

Of en door wie deze logopedische behandeling vergoed wordt, hangt af van de setting waarin de behandeling plaatsvindt en wie de patiënt is. Het federale niveau neemt monodisciplinaire, individuele logopedische behandelingen voor zijn rekening, het gefedereerde niveau financiert logopedie die wordt aangeboden in multidisciplinaire revalidatiecentra en op school.

Een belangrijk twistpunt was de terugbetaling van monodisciplinaire logopedie bij kinderen met een IQ beneden de 86 en bij kinderen met taal- en spraakproblemen als gevolg van een andere, psychische aandoening, zoals een autismespectrumstoornis of ADHD. Het federale niveau sloot deze kinderen uit van terugbetaling van monodisciplinaire therapie omdat een multidisciplinaire benadering meer geschikt werd geacht, maar tegelijk kregen deze kinderen moeilijk toegang tot deze multidisciplinaire therapie omwille van wachttijden, de suboptimale geografische spreiding van deze centra en een onvoldoende aanbod op school. De noodzaak van een multidisciplinaire benadering werd ook betwist voor een aantal van deze kinderen.

Het KCE werd gevraagd om de wetenschappelijke evidentie voor de organisatie van logopedische behandelingen voor kinderen met een verstandelijke beperking, een complexe ontwikkelingsstoornis of een mentale stoornis te onderzoeken. Het resultaat van dit onderzoek vindt u in dit rapport. Er worden aanbevelingen gedaan om ervoor te zorgen dat alle kinderen, ongeacht hun IQ of andere diagnoses, toegang hebben tot de voor hen meest aangepaste zorg. Welke deze dan precies zijn, kan u lezen in ons rapport.

Christophe JANSSENS
Adjunct Algemeen Directeur

Ann VAN DEN BRUEL
Algemeen Directeur



■ INHOUDSOPGAVE

1	WAAROM DEZE STUDIE?	3
1.1	INLEIDING	3
1.2	DE TERUGBETALING VAN MONODISCIPLINAIRE LOGOPEDIE IN BELGIË	3
1.3	OVER HOEVEEL KINDEREN GAAT HET?	4
1.4	WAT HEBBEN WE ONDERZOCHT?	4
1.5	HOE GINGEN WE TE WERK?	5
1.6	ENKELE DEFINITIES	5
2	LOGOPEDIE IN BELGIË EN STUDIERESULTATEN	7
2.1	LOGOPEDIE IN BELGIË, ZOWEL DOOR DE ZORG - ALS BINNEN DE ONDERWIJSSECTOR	7
2.1.1	Logopedie door de zorgsector	7
2.1.2	Logopedie binnen de onderwijssector	10
2.2	WAT LEERDEN WE VAN DE LITERATUUR?	10
2.2.1	Is logopedie effectief en veilig?	10
2.2.2	Hoe de behoefte aan ondersteuning beoordelen?	11
2.2.3	Welke soort logopedie bij een verstandelijke beperking (ID) en een autismespectrumstoornis (ASS)?	11
2.2.4	Welke soort logopedie bij communicatiestoornissen?	11
2.2.5	Welke soort logopedie bij ADHD?	12
2.2.6	Welke soort logopedie bij leerstoornissen?	12
2.3	HOE HET TOEGANKELIJKHEIDSPROBLEEM AANPAKKEN?	12
2.3.1	Logopedie voor kinderen met ID of ASS binnen een multidisciplinaire aanpak	12
2.3.2	Multidisciplinaire diagnostische evaluaties	13
2.3.3	De plaats van monodisciplinaire logopedie voor kinderen met ID en ASS	13
2.3.4	Het cumuleren van mono- en multidisciplinaire logopedie, of behandelingen in verschillende sectoren	13
2.3.5	Tussentijdse maatregelen	14
2.4	VERDERE OBSTAKELS VOOR EEN TOEGANKELIJKE EN EFFECTIEVE LOGOPEDIE	14
2.4.1	Onvoldoende overzicht van zorgverleners en structuur voor opleiding	14
2.4.2	Kwaliteitscontrole van de zorg nodig	14
■	AANBEVELINGEN	15



■ SYNTHESE

1 WAAROM DEZE STUDIE?

1.1 Inleiding

We vinden spraak-en taalontwikkeling bij kinderen vaak vanzelfsprekend. Toch heeft 10% van alle kinderen enige tot heel veel moeite met het aanleren van spraak en taal. Dat veroorzaakt verschillende problemen, o.a. op gebied van sociale relaties, geestelijke gezondheid, onderwijs en later werk. Het is daarom zeer belangrijk hen te ondersteunen, zodat deze nadelige gevolgen zoveel mogelijk worden beperkt. Effectieve interventies om spraak, taal en communicatie te verbeteren moeten daarom geïdentificeerd en voor hen toegankelijk gemaakt worden.

Logopedisten zijn professionals die kinderen met dergelijke problemen kunnen ondersteunen. Ze helpen kinderen die moeite hebben met spreken, taalbegrip, stemgebruik, ademhaling, articulatie, gehoor, of slikken. Sommigen werken individueel, in een monodisciplinaire setting, waarbij ze geen of weinig andere disciplines betrekken. Anderen maken deel uit van een multidisciplinair team van zorgverleners met complementaire vaardigheden, en zij werken samen toe naar een gemeenschappelijk doel. In beide settings kan het kind individueel of in groep worden behandeld, afhankelijk van zijn leeftijd en behoeften.

Logopedisten kunnen ook op een indirecte manier te werk gaan, waarbij ze andere zorgverleners of de gezinsleden van het kind advies geven over hoe ze de communicatie met het kind kunnen verbeteren en ondersteunen.

Ook het onderwijs speelt een belangrijke rol, want het kind brengt veel tijd op school door. In veel westerse landen zijn logopedisten in wisselende intensiteit en op verschillende organisatorische niveaus bij het onderwijssysteem betrokken, zoals we verder zullen zien.

1.2 De terugbetaling van monodisciplinaire logopedie in België

De bijlage bij het **Koninklijk Besluit (KB) van 14 september 1984** voorziet de terugbetaling door het RIZIV van monodisciplinaire logopedie bij kinderen met specifieke stoornissen (voor lijst, zie de bijlage).

Worden hiervan echter uitgesloten:

- kinderen met een IQ < 86
- kinderen met psychische stoornissen (bv. autismespectrumstoornis – ASS)
- kinderen in het buitengewoon onderwijs
- kinderen in een revalidatie-instelling waar logopedie deel uitmaakt van de standaardbehandeling.

Het KB ging er van uit dat kinderen met een IQ < 86 of met psychische stoornissen meer baat hebben bij logopedie binnen het kader van een multidisciplinaire behandeling, bv. in een Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR). Daarnaast kunnen kinderen in het buitengewoon onderwijs of in een revalidatie-instelling reeds gebruik maken van multidisciplinaire logopedie, en hebben ze dus geen baat bij een bijkomende terugbetaling van monodisciplinaire logopedie.

Stakeholders merken echter op dat deze veronderstelling niet overeenstemt met de realiteit. Zo zijn de multidisciplinaire centra ongelijkmatig verspreid over het land en kampen ze met lange wachtlijsten (zie Sectie 2.1.1), waardoor ze moeilijk toegankelijk zijn. In het buitengewoon onderwijs (BO) werken inderdaad logopedisten, maar volgens de stakeholders zou dit aanbod slechts beperkt zijn, en zouden ze vaker worden ingezet bij het ondersteunen van leeractiviteiten dan voor het geven van therapie. Bovendien zijn er ook in het BO wachtlijsten. Tenslotte kunnen kinderen die ervoor kiezen om geen BO maar inclusief onderwijs te volgen, geen gebruik maken van dit aanbod.



Daarom pleiten de stakeholders voor de terugbetaling van monodisciplinaire logopedie ter vervanging van of aanvullend op multidisciplinaire revalidatie of begeleiding op school, dus voor terugbetaling én de mogelijkheid van een cumul met logopedie elders.

Dit leidde tot **de wet van 8 mei 2019**. Deze voorzag dat een KB de regels moest vastleggen voor deze cumul en de terugbetaling ervan.

Vervolgens keurde de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid het **KB van 17 juli 2024** goed dat van kracht werd op 1 september 2024. Het voorziet de terugbetaling van monodisciplinaire logopedie voor kinderen met een IQ < 86, aan dezelfde voorwaarden als kinderen met een IQ ≥ 86, maar vanaf 01/07/2025 moeten kinderen met een IQ lager dan 70 eerst beoordeeld worden door een erkend CAR, dat bevestigt dat het kind gebaat zou zijn met deze monodisciplinaire logopedie. Hierdoor zullen de terugbetalingen van monodisciplinaire logopedie voor deze kinderen stopgezet worden, tenzij ze vóór 01/07/2025 door een CAR zijn gezien.

Het Waalse *Agence pour une Vie de Qualité* (AVIQ) tekende bij de Raad van State beroep aan tegen de maatregel m.b.t. de voorafgaandelijke multidisciplinaire beoordeling van kinderen met een IQ < 70. Op het moment van het schrijven van dit rapport, was er hierover nog geen formele uitspraak.

1.3 Over hoeveel kinderen gaat het?

De ziekenfondsen zamelden gegevens in over de kinderen die sinds 1 september 2024 (datum van de inwerkingtreding van het KB van 17 juli 2024) gebruik maakten van het zorgmodel van het nieuwe KB. Het gaat om **1.425 kinderen**. Ongeveer 176, of 12%, hebben een IQ < 70 en de resterende 1.249 hebben een IQ tussen 70 en 86.^a Deze laatste groep zijn kinderen met *borderline intellectual functioning* (zie Sectie 2.2.3).

Het gaat dus om een relatief beperkt aantal kinderen. Merk op dat het KB geen terugbetaling voorziet voor monodisciplinaire logopedie voor kinderen met psychische stoornissen (waaronder ASS), of kinderen die buitengewoon onderwijs volgen of in een instelling verblijven. Zij maken daardoor geen deel uit van deze groep.

1.4 Wat hebben we onderzocht?

Tijdens de gesprekken met de stakeholders voorafgaand aan de wet van 8 mei 2019 en het KB van 17 juli 2024 vroeg men zich af of er betrouwbaar wetenschappelijk bewijs bestaat over de effectiviteit van **monodisciplinaire logopedie voor kinderen met een spraak/taalontwikkelingsstoornis in combinatie met een andere aandoening die het cognitief of mentaal functioneren beïnvloedt**.

Daarom vroeg de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid het KCE om vóór 30 juni 2025 na te gaan wat de gepaste logopedische behandeling is bij deze kinderen. Door de hoogdringendheid van deze vraag, hebben we deze studie versneld uitgevoerd (als een 'Rapid Review Report-R³'). Meer uitleg over deze aanpak vindt u [hier](#).

We hebben een antwoord gezocht op de volgende twee onderzoeksvragen:

1. Wat is het wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit en mogelijke bijwerkingen van logopedie bij kinderen jonger dan 18 jaar met **neurologische ontwikkelingsstoornissen**, en meer bepaald met de volgende aandoeningen:
 - o een verstandelijke beperking (*intellectual developmental disorder* - ID)

^a Cijfers van 7 februari 2025. Deze kunnen onvolledig zijn omdat er nog terugbetalingsaanvragen kunnen worden ingediend, en data van HR Rail zijn niet inbegrepen.



- o een communicatiestoornis (taalstoornis, spraakstoornis, sociale communicatiestoornis (*communication disorder* – CD))
- o autismespectrumstoornis (ASS),
- o *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD)
- o een leerstoornis (zoals dyslexie, dyscalculie, dysgrafie) (*learning disorder* - LD)

Na evaluatie van verschillende internationale classificatiesystemen kozen we ervoor deze aandoeningen te definiëren aan de hand van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision* (DSM-5-TR). Meer informatie hierover vindt u in Sectie 1.1.5 van het wetenschappelijke rapport.

2. Wat is het wetenschappelijk bewijs voor **monodisciplinaire logopedie versus** logopedie die aangeboden wordt in het kader van een multidisciplinaire behandeling (**hierna kortweg ‘multidisciplinaire logopedie’ genoemd**) bij deze kinderen?

Het KB van 17 juli 2024 voorziet ook een evaluatie van de cumul van monodisciplinaire en multidisciplinaire logopedie, op basis van een wetenschappelijke studie. In deze studie wordt een groot aantal patiënten opgevolgd die logopedie volgen in het kader van het KB. Deze studie werd niet toegewezen aan het KCE.

1.5 Hoe gingen we te werk?

Uit een verkennende zoektocht in de wetenschappelijke literatuur bleek dat er niet veel wetenschappelijk bewijs van goede kwaliteit bestaat. Daarom selecteerden we klinische praktijkrichtlijnen van hoge kwaliteit, die vertrokken van een systematisch literatuuronderzoek. Het doel was niet om deze richtlijnen aan te passen en/of om voor België een nieuwe richtlijn te ontwikkelen. Het liet ons wel toe om conclusies over te nemen die gebaseerd zijn op de literatuur en die aangevuld werden met consensus geformuleerd door internationale experts. Inderdaad, in geval van beperkt wetenschappelijk bewijs wordt vaak de mening van experts gevraagd, zodat er kennisoverdracht is vanuit diverse zorgpraktijken. Vervolgens zochten we naar kwaliteitsvolle, recente systematische reviews, die we gebruikten om de richtlijnen te updaten en al dan niet te bevestigen.

Om onze wetenschappelijke bevindingen te toetsen aan relevante contextuele informatie organiseerden we een bijeenkomst met alle relevante stakeholders (patiënten en ouders, zorgverleners, de onderwijssector, ziekenfondsen, de overheidssector, enz). Meer details over de deelnemers vindt u in de colofon op het einde van deze synthese.

Om deze resultaten uit de literatuur verder uit te diepen met meer uitgebreide HSR (Health Services Research) methodes zijn er momenteel onvoldoende specifieke gegevens over de doelgroepen in België beschikbaar.

Meer informatie over onze methodologie vindt u in Hoofdstuk 2 van het wetenschappelijke rapport.

1.6 Enkele definities

De DSM-5-TR definieert ‘**verstandelijke beperking (ID)**’ als het bestaan van tekorten in zowel intellectueel als adaptief functioneren, bij een IQ score rond of onder 70, en met aanvang tijdens de kindertijd. De meeste wetenschappelijke publicaties die geïncludeerd werden in dit rapport hanteren een soortgelijke definitie.

Personen met ‘**borderline intellectual functioning**’ of **zwakbegaafdheid** hebben o.a. moeite om zich aan te passen aan veranderingen of met het leren van nieuwe vaardigheden, het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en het deelnemen aan sociale situaties. In oudere versies van de DSM-classificatie en de ICD (*International Classification of Diseases*, Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)) werd deze term gebruikt voor personen met een IQ tussen 70



en 85, in combinatie met functionele beperkingen. In de huidige versies wordt de term vermeld, maar zonder specificatie van de definitie.

Verder is het belangrijk dat de DSM-5-TR aangeeft dat een **spraak/taalstoornis** ook bij **personen met ASS** of met **een verstandelijke beperking** gediagnosticeerd kan worden, en dat een discrepantie tussen verbale en non-verbale intelligentie geen noodzakelijke voorwaarde is om deze diagnose te kunnen stellen. Voor meer informatie, zie Secties 1.1.5.3 en 1.1.5.5 van het wetenschappelijke rapport.



2 LOGOPEDIE IN BELGIË EN STUDIERESULTATEN

2.1 Logopedie in België, zowel door de zorg - als binnen de onderwijssector

2.1.1 Logopedie door de zorgsector

Het gezondheidsbeleid in ons land is verdeeld tussen de federale staat en de deelstaten. Sinds de 2^e staatshervorming van 1980, en vooral de 6^e hervorming van 2014, dragen de deelstaten de meeste bevoegdheden voor o.a. revalidatiezorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, gezondheidspromotie en ziektepreventie.

Anderzijds worden de zelfstandige zorgverleners voornamelijk per prestatie vergoed door het federale RIZIV. De honoraria van de zelfstandig werkende logopedisten worden binnen het RIZIV vastgesteld binnen de 'Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen', dus tussen hun beroepsorganisatie en de ziekenfondsen.

Multidisciplinaire diagnostische beoordeling, herhaaldelijke therapieplanning en behandeling van kinderen met o.a. ASS, ID, leerstoornissen en complexe ontwikkelingsstoornissen, gebeuren in de ambulante revalidatiesector door teams die samengesteld zijn uit artsen, psychologen, kinesitherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten enz. Deze teams worden vanuit de deelstaten meestal forfaitair vergoed op basis van bedragen die worden vastgelegd in revalidatieakkoorden. Voorbeelden zijn de zogenaamde 9.53-9.65 akkoorden voor de **Centra voor ambulante revalidatie (CAR)**.

Daarnaast hebben een beperkt aantal andere centra zogenaamde 7.74.0 revalidatieakkoorden afgesloten voor **gespecialiseerde multidisciplinaire dagopvang of residentiële revalidatie** voor kinderen met ernstige mentale gezondheidsnoden, zoals ASS, en soms ook voor andere neurologische ontwikkelingsstoornissen. Verder bestaan er enkele zeer specifieke akkoorden voor **hooggespecialiseerde centra** die o.a. neurologische ontwikkelingsstoornissen behandelen (zie Sectie 1.1.2.2 van het wetenschappelijke rapport).

Andere ambulante diensten waarvoor de deelstaten bevoegd zijn, zijn de **Referentiecentra voor autisme (RCA)**. Zij staan in voor de multidisciplinaire diagnose van ASS. Ze behandelen ASS zelf niet, maar kunnen de behandeling coördineren nadat zijzelf of andere zorgverleners de diagnose hebben gesteld. De RCA stellen ook hun expertise beschikbaar aan andere professionele organisaties.

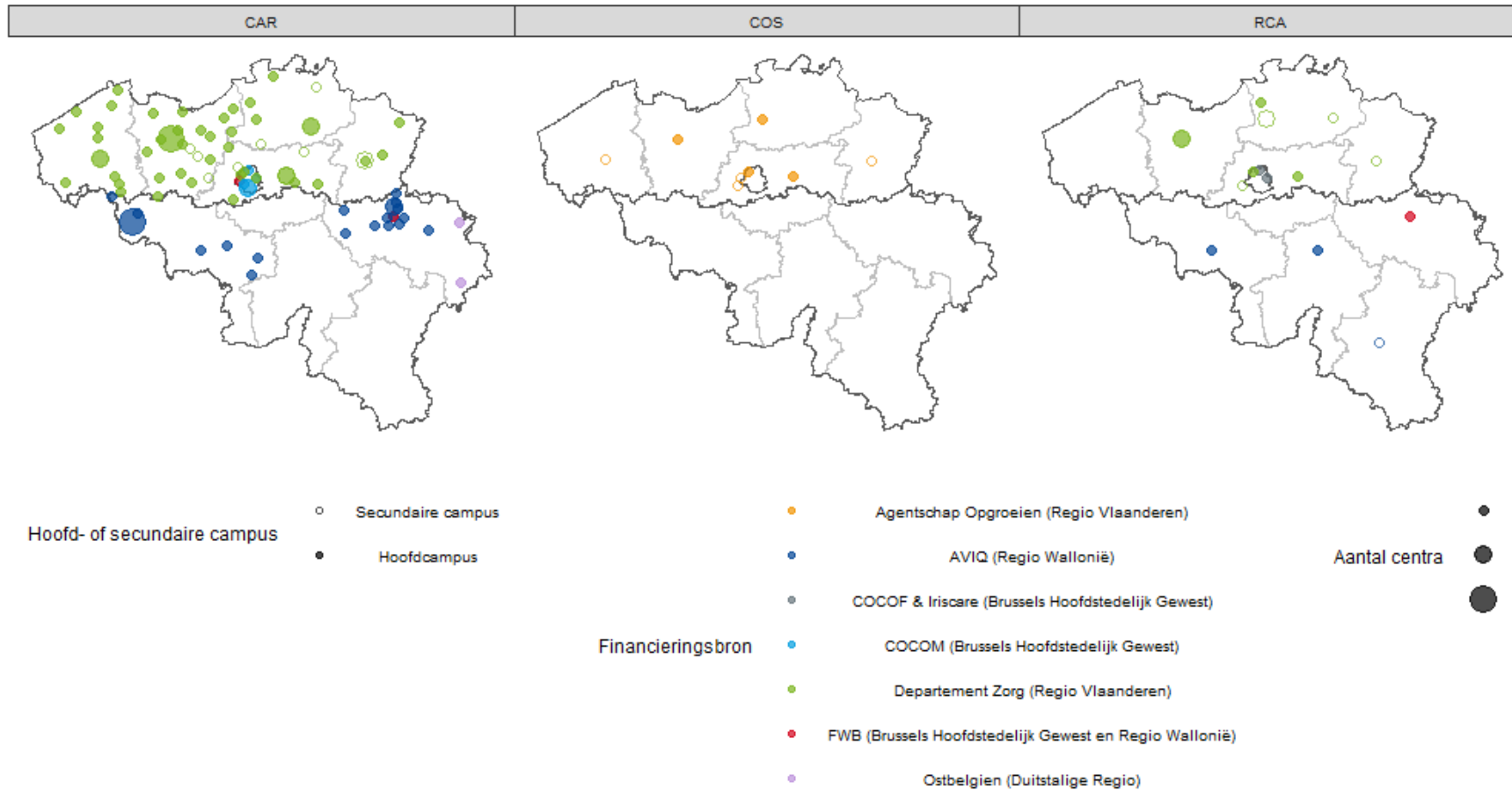
Verder organiseert en financiert Vlaanderen de **Centra voor ontwikkelingsstoornissen (COS)**. Het zijn specifieke diensten voor de multidisciplinaire diagnostische beoordeling en doorverwijzing van jonge kinderen met ontwikkelingsstoornissen (ASS, ID...). In Wallonië bestaat er daarvoor geen specifieke tegenhanger.

Thuisbegeleidingsdiensten/Services d'accompagnement des jeunes enfants voor jonge kinderen met ontwikkelingsstoornissen worden ook gefinancierd door de deelstaten en adviseren de ouders over allerlei zaken i.v.m. de ontwikkeling en welbevinden van hun kind. Deze diensten hebben uitzonderlijk ook logopedisten in het begeleidingsteam.

Zowel CAR's, RCA's als COS'en kampen met lange wachtlijsten, en zijn ook niet gelijkmatig verspreid over het Belgische grondgebied (zie Figuur hieronder).

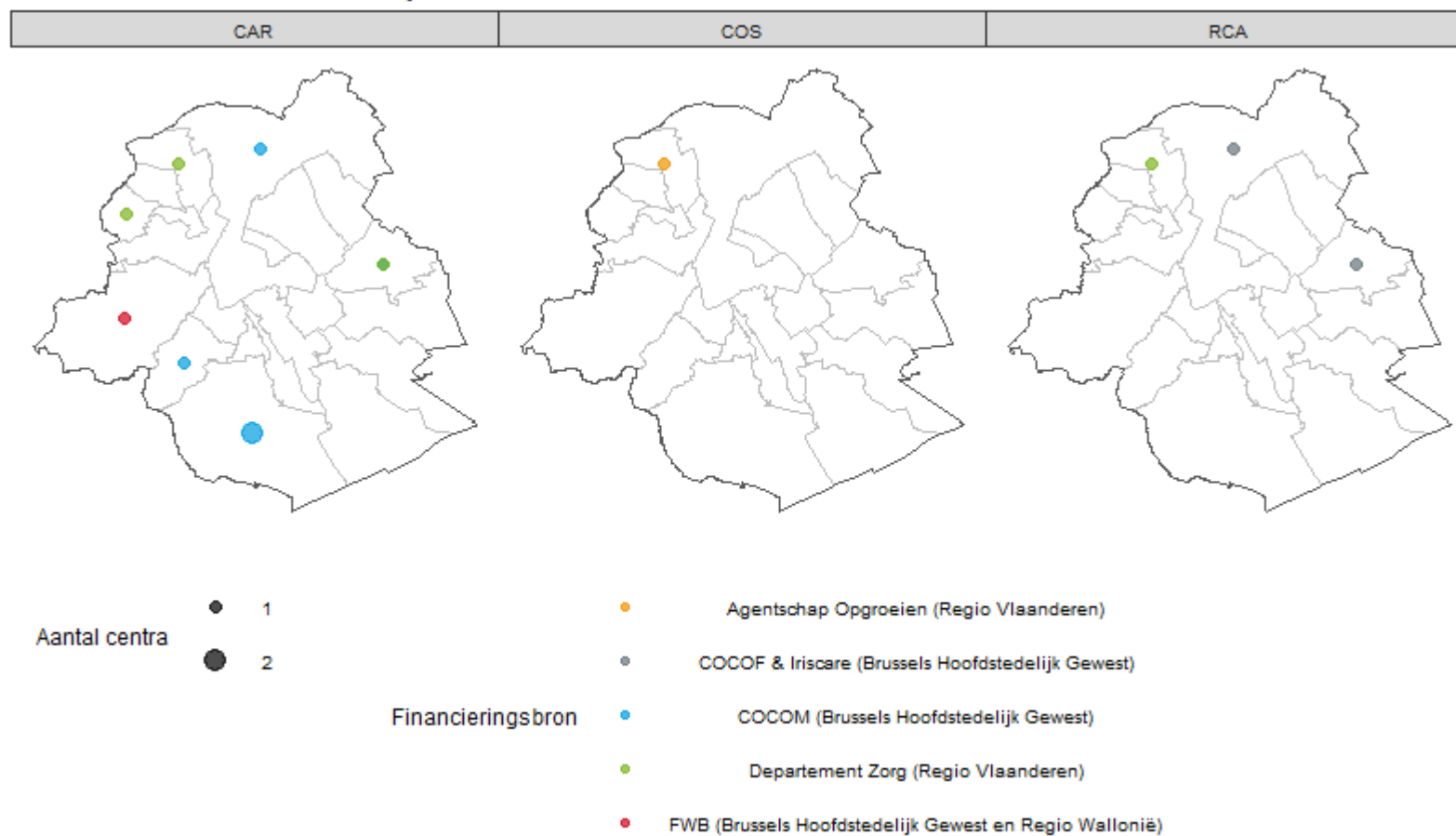
Figuur – Spreiding van Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR), Centra voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) en Referentiecentra voor autisme (RCA) in België (aantal centra per provincie)

a. Centra in België





b. Centra in Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Bronnen: Departement Zorg Vlaanderen, Opgroeien Vlaanderen, Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ), Vlaamse en Franse website van participate! (nl.participate-autisme.be en fr.participate-autisme.be), Ostbelgien Das Familienportal.

2.1.2 Logopedie binnen de onderwijssector

Bij de derde staatshervorming van 1988 werden de deelstaten ook bevoegd voor onderwijs, met inbegrip van de zorg die via het onderwijssysteem wordt verleend.

Algemene diensten zoals de **Centra voor Leerlingenbegeleiding** (CLB) en de **Centres psycho-médico-sociaux** (Centres PMS) zijn actief op het niveau van een schoolnetwerk. Hun multidisciplinaire teams met artsen, verpleegkundigen, psychologen en onderwijsspecialisten, en sociaal werkers begeleiden leerlingen o.a. bij leermoeilijkheden en speciale leernoden. In de **reguliere scholen** kunnen deze CLB's/ Centres PMS deze ondersteuning in de school geven, of beroep doen op zogenaamde Leersteuncentra, waaraan onder meer ook logopedisten verbonden zijn, om de leerkracht te coachen of aan het kind gespecialiseerde leersteun aan te bieden. Ze kunnen ook de ouders adviseren om voor hun kind individuele therapie buiten de school te zoeken, zoals in een revalidatiecentrum, of bij een logopedist of kinesitherapeut.

In het **buitengewoon onderwijs** kan de school rechtstreeks logopedisten inschakelen om leerkrachten in bepaalde klassen te ondersteunen en te coachen. Ook kan een kind er individuele therapeutische begeleiding volgen.

Daarnaast bieden de deelstaten ook intensieve revalidatie aan voor kinderen met erkende handicaps. Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) is bijvoorbeeld bevoegd voor de **Multifunctionele centra (MFC)**, die begeleiding, dag- en/of nachtopvang bieden. In het dagcentrum kan een kind verschillende soorten behandeling volgen (kinesithérapie, logopedie, ergotherapie, enz.). Deze diensten worden aangeboden in nauwe samenwerking met de school binnen het buitengewoon onderwijs, tijdens of na schooltijd, of ze kunnen worden verleend aan kinderen die (gedeeltelijk) zijn vrijgesteld van de leerplicht.

Het *Agence pour une Vie de Qualité* (AVIQ) financiert diensten voor de ondersteuning van schoolgaande kinderen met erkende handicaps, om hun participatie in hun natuurlijke leefomgeving te bevorderen (**Service d'accompagnement des jeunes en âge scolaire**). Deze diensten werken nauw samen met de school en PMS-centra, maar zijn vooral gericht op psychosociale en educatieve ondersteuning van het kind en zijn familie, en niet op revalidatie. Het AVIQ ondersteunt ook dagopvangcentra en residentiële diensten voor jongeren die niet of slechts gedeeltelijk naar school gaan (**Services d'accueil spécialisés pour jeunes – SASJ, services résidentiels pour jeunes – SRJ**). Deze bieden dagopvang of residentiële zorg, inclusief revalidatiediensten.

2.2 Wat leerden we van de literatuur?

2.2.1 Is logopedie effectief en veilig?

De richtlijnen die het KCE selecteerde in de literatuur wijzen erop dat **logopedie effectief en veilig** is om spraak, taal en communicatie te verbeteren bij kinderen met neurologische ontwikkelingsstoornissen, en meer specifiek bij kinderen met verstandelijke beperkingen (ID) en ASS, onafhankelijk van hun IQ-niveau.

De systematische reviews, waarmee de richtlijnen nadien werden geactualiseerd, spreken dit niet tegen en concluderen tot voorlopige veelbelovende resultaten. Wel wijzen ze op de talrijke methodologische tekortkomingen in de onderliggende studies, waardoor meer robuuste research nodig is. Verder tonen de studies het effect van logopedie enkel aan **op korte termijn**, meestal tot 6 maanden of 1 jaar. Ook werden mogelijke **nadelige bijwerkingen** niet systematisch beoordeeld. Daarom zou onderzoek naar langdurige, blijvende effecten van logopedie in de kindertijd op functioneren, autonomie, maatschappelijke deelname en welzijn op latere leeftijd zeer waardevol zijn.



2.2.2 Hoe de behoefte aan ondersteuning beoordelen?

Uit de literatuur blijkt dat een **multidisciplinaire beoordeling door een professioneel team**, sterk de voorkeur geniet, temeer daar de therapeutische aanpak in een multi-professioneel kader dient te gebeuren. Het is een absolute vereiste voor kinderen met ernstige ID en complexe spraak/taalproblemen (bv. Rett syndroom), en met ASS. De observatie van het kind in zijn dagelijks leven in verschillende omgevingen, zoals in de dagopvang of op school moet hiervan deel uitmaken.

Volgens één richtlijn kan een monodisciplinaire beoordeling wel een optie zijn bij afwezigheid van een multidisciplinair team. In dat geval moet deze worden uitgevoerd door een goed opgeleide en zeer ervaren professional die verbonden is aan een team voor advies of supervisie.

Elke soort beoordeling moet leiden tot een uitgebreid therapie- en ondersteuningsplan, eventueel met logopedie, op maat van het kind, dat rekening houdt met zijn voorkeuren en die van zijn gezin.

2.2.3 Welke soort logopedie bij een verstandelijke beperking (ID) en een autismespectrumstoornis (ASS)?

Bij ID en ASS bevelen de richtlijnen duidelijk en herhaaldelijk een coherente **multidisciplinaire aanpak** aan, los van het IQ-niveau van het kind. Therapeuten die onafhankelijk werken (vb. als zelfstandige) kunnen ingeschakeld worden als ze **goed opgeleid** zijn, **ervaring** hebben met deze kinderen, en hun behandeling afstemmen met het team.

De behandeling moet **op jonge leeftijd** beginnen, en volgens één richtlijn bij kinderen met ID bij voorkeur vóór de eerste verjaardag. De interventies moeten **aangepast worden aan de behoeften** van kind en omgeving, thuis, in het dagcentrum of op school. Ze vinden bij voorkeur plaats in de **vertrouwde omgeving**, zodat de dagelijkse vaardigheden kunnen worden aangeleerd en geoefend. **Ouders en leerkrachten** moeten worden betrokken en opgeleid, zodat ze de interventies kunnen ondersteunen, vooral bij jonge kinderen tot 6 jaar.

De richtlijnen vinden **coördinatie** tussen de verschillende interventies en de betrokken sectoren van primordiaal belang. De onderwijs-, gezondheids- en welzijnsdiensten moeten daarom alle betrokken professionals organiseren in een **interdisciplinair of intersectoraal team of netwerk**. Zelfstandig werkende logopedisten moeten in dit kader werken, en alle betrokkenen moeten samen, in overleg, de doelstellingen voor het kind en zijn familie bepalen. De richtlijnen stellen voor ASS ook een goed opgeleide casemanager voor.

We vonden in de literatuur geen specifieke publicaties over kinderen met **borderline intellectual functioning** (zwakbegaafdheid, zie Sectie 1.6). Op basis van de voorwaarden in het KB van 17 juli 2024 zouden deze kinderen toegang tot monodisciplinaire logopedie moeten hebben. Het lijkt er ook op dat ze de grote meerderheid uitmaken van de kinderen die momenteel gebruik maken van monodisciplinaire logopedie in het kader van het KB (zie ook Sectie 1.3).

Voor kinderen met ernstige communicatieve noden raadt men in de literatuur het gebruik van **ondersteunde communicatie (Augmentative and Alternative Communication- AAC)** aan. De gebruikte ondersteuningsmiddelen (eenvoudige middelen zoals communicatiekaarten, of technische aanpassingen zoals een spraakcomputer) moeten aangepast zijn aan alle leefomgevingen van het kind (thuis, school...) en hiervoor zijn gespecialiseerde, multidisciplinaire teams noodzakelijk. Dergelijke diensten zijn niet in alle regio's in België gemakkelijk toegankelijk.

2.2.4 Welke soort logopedie bij communicatiestoornissen?

De twee richtlijnen over communicatiestoornissen benadrukken het belang van een **multidisciplinaire aanpak** op maat van kinderen met comorbiditeiten. Ook moet men zich bewust zijn van mogelijke nadelige effecten van logopedie, zoals een overbelasting van het kind. Net zoals bij kinderen met ID en ASS (zie hoger), bevelen ze aan om de behandeling en ondersteuning van elk kind te **integreren in zijn dagelijks leven**, en in het pedagogische aanbod van zijn kinderdagverblijf of school. Dit vereist een nauwe samenwerking tussen therapeuten en leerkrachten of opvoeders, en

de verantwoordelijke ministers van deze sectoren moeten de organisatie en financiering hieraan aanpassen.

2.2.5 Welke soort logopedie bij ADHD?

Spraak-/taalstoornissen worden in de literatuur erkend als vaak voorkomende comorbiditeiten van **ADHD**. Twee richtlijnen wijzen op de noodzaak van een adequate beoordeling en behandeling door ervaren logopedisten, die zich baseren op kwalitatieve richtlijnen. Dat kan zowel in een monodisciplinaire als in een multidisciplinaire setting, waarbij het belangrijkste is dat de therapeut over de nodige competenties beschikt.

Geestelijke gezondheidsproblemen die niet zijn opgenomen in de DSM-5-TR-categorie van neurologische ontwikkelingsstoornissen, bv. angst- of depressieve stoornissen, eetstoornissen enz. maakten geen deel uit van dit rapport. Hun relatie tot spraak/taalstoornissen wordt minder goed beschreven in de literatuur. Er zou gedacht kunnen worden aan een soortgelijke regeling als voor ADHD, eventueel na verder onderzoek.

2.2.6 Welke soort logopedie bij leerstoornissen?

We vonden in de richtlijnen over **leerstoornissen** geen elementen die relevant waren voor het huidige rapport. Monodisciplinaire logopedie wordt voor kinderen met ID in de basisschool van het reguliere onderwijs, trouwens terugbetaald door het RIZIV, als ze ook kampen met leerstoornissen (dyslexie, dyscalculie, dysgrafie), en dat zonder IQ-limiet (Artikel 36 §2 b3°).

Meer details vindt u in Secties 3.2, 4 en 6.1 van het wetenschappelijk rapport.

2.3 Hoe het toegankelijkheidsprobleem aanpakken?

2.3.1 Logopedie voor kinderen met ID of ASS binnen een multidisciplinaire aanpak

Uit de literatuur blijkt dus dat een multidisciplinaire aanpak duidelijk te verkiezen is bij de diagnose, beoordeling en behandeling van spraak- en taalproblemen bij kinderen met ID en ASS.

Zoals al aangegeven in Sectie 2.1.1, bestaat er in België echter een groot tekort aan ambulante multidisciplinaire centra die instaan voor de diagnose, therapieplanning of behandeling van kinderen met ID of ASS.

Sectie 2.1.2 beschrijft hoe kinderen in het buitengewoon onderwijs ook in de school ondersteuning kunnen krijgen van therapeuten zoals logopedisten, of gebruik kunnen maken van aanvullende revalidatiebegeleiding die door de deelstaten wordt georganiseerd voor kinderen met een erkende handicap. Stakeholders melden haast unaniem dat er ook daar grote tekorten bestaan.

Reeds meer dan 10 jaar klagen belangenverenigingen en ouders deze tekorten aan. Er wordt een duidelijk politiek signaal verwacht en het is essentieel om in deze zaak stappen voorwaarts te zetten, zodat kinderen uit deze doelgroepen tijdig toegang hebben tot de nodige zorg en begeleiding.

Primordiaal is dan ook dat de deelstaten **voldoende capaciteit creëren voor multidisciplinaire teams**, hetzij in de ambulante revalidatiesector, hetzij via het aanbod dat beschikbaar is in het buitengewoon onderwijs, hetzij via de multidisciplinaire zorgprogramma's voorzien door de deelstaten voor kinderen met erkende handicaps. Daarbij moet ook gestreefd worden naar een goede regionale spreiding. Teleconsultatie en online therapie kunnen overwogen worden om de schaarste aan centra in dunbevolkte regio's op te vangen, vooral in Wallonië, op voorwaarde dat er een goede samenwerking georganiseerd wordt met de andere leden van het team.

Naast de nodige investeringen, zal deze uitbreiding ook tijd vragen.



2.3.2 *Multidisciplinaire diagnostische evaluaties*

De CAR's zijn momenteel de enige multidisciplinaire centra die door het KB van 17 juli 2024 worden erkend om vanaf 01/07/2025 een voorafgaand bilan uit te voeren voor de terugbetaling van monodisciplinaire logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 70. Voor de diagnostische capaciteit in het kader van dit KB, kan er aan gedacht worden om ook **andere gekwalificeerde centra** (bv. COS, RCA) te erkennen voor dergelijke beoordeling, om zo dubbel werk te vermijden.

Ook in de dagelijkse praktijk, en bij de terugbetaling door de federale overheid en de deelstaten, worden verschillende diagnostische criteria gebruikt voor ID en ASS, en voor spraak-/taalstoornissen in het algemeen. Deze komen niet altijd overeen met de wetenschappelijke criteria zoals de DSM-5-TR. Dit is verwarrend en bemoeilijkt de toegankelijkheid van de zorg.

2.3.3 *De plaats van monodisciplinaire logopedie voor kinderen met ID en ASS*

Als uit een multidisciplinaire beoordeling blijkt dat een kind met ID of ASS alleen behoefte heeft aan logopedie, en niet aan begeleiding door andere disciplines, is **monodisciplinaire logopedie** geïndiceerd. Dit geldt ook aan het einde van een multidisciplinaire behandelingsperiode, als **voor het verderzetten van de behandeling enkel nog logopedie vereist is**. De meeste stakeholders die we geconsulteerd hebben waren het erover eens dat deze situaties eerder uitzonderlijk zijn. Het KB van 17 juli 2024 voorziet echter terugbetaling van monodisciplinaire logopedie voor ID, maar niet voor ASS.

Alleszins moet de logopedist opgeleid zijn en kennis hebben van het werken met deze kinderen. Verder mag hij niet geïsoleerd werken, maar moet hij continu overleg plegen met andere zorgverstrekkers die deze doelgroepen behandelen. Om dergelijke netwerken te verzekeren, om samenhang tussen het aanbod via de deelstaten en het federale aanbod mogelijk te maken, en om samenwerking of zelfs integratie tussen de twee systemen te vergemakkelijken, kan men mechanismen zoals beschreven in het "Interfederaal plan geïntegreerde Zorg / Plan interfédéral de l'aide et des soins intégrés" (18/11/2023) overwegen.

2.3.4 *Het cumuleren van mono- en multidisciplinaire logopedie, of behandelingen in verschillende sectoren*

Er is in de literatuur helaas geen onderzoek beschikbaar dat een grondige vergelijking mogelijk maakt tussen multidisciplinaire of monodisciplinaire zorgmodellen versus een gecombineerde mono- en multidisciplinaire aanpak voor ID en ASS, en evenmin is de kosteneffectiviteit van dergelijke modellen in de literatuur bestudeerd. We kunnen dus ook **geen uitspraak doen over de (kosten-)effectiviteit van het wel of niet cumuleren van monodisciplinaire en multidisciplinaire logopedie**.

Tijdens de stakeholderbijeenkomsten werd nog een andere vraag gesteld, namelijk over de mogelijkheid om tijdens schooluren (ipv erna) multidisciplinaire revalidatie buiten de school te volgen (bv in een CAR). Dit zou zorgen voor minder belasting van het kind. Sommige scholen voor buitengewoon onderwijs zouden dit weigeren omdat dit hun eigen onderwijsprogramma doorkruist en/of omdat dit een impact zou hebben op de middelen die zij voor paramedische ondersteuning van het kind ontvangen. Ook hierover kan op basis van de literatuur geen specifieke uitspraak gedaan worden.

Wel benadrukken de internationale klinische richtlijnen voor ID en ASS sterk dat diensten binnen en tussen sectoren moeten worden gecoördineerd. Intensieve samenwerking tussen agentschappen en sectoren, met overkoepelende teams, wordt geadviseerd. Bovendien moet therapie worden gegeven in een zo vertrouwd mogelijke omgeving. Hieruit blijkt duidelijk dat de overgangen tussen het aanbod in het onderwijssysteem, in de revalidatiesector en via monodisciplinaire logopedie soepel moeten worden georganiseerd. Idealiter ontvangt het kind met ID of ASS op school een educatief programma, met maximale integratie van zijn therapeutische behoeften, om zowel de educatieve als de revalidatiedoelstellingen te realiseren die zijn vastgelegd in zijn persoonlijk werkplan. Het lijkt evident dat dubbele financiering vermeden moet worden.

2.3.5 Tussentijdse maatregelen

In afwachting van het voorzien van meer capaciteit voor multidisciplinaire teams, kan overwogen worden om **de huidige maatregel**, waarbij monodisciplinaire logopedie bij kinderen met $IQ \leq 70$ tijdelijk toegelaten is, **verder te zetten**. Een werkgroep zou zich kunnen buigen over de vraag of deze tijdelijke maatregel zou kunnen vallen onder de '**usurperende bevoegdheden**' en de daarvoor beschikbare budgetten. Daarbij draagt de federale overheid nog steeds de financiële verantwoordelijkheid, hoewel de bevoegdheden zijn overgedragen naar de deelstaten.

De periode voor deze tijdelijke maatregel moet wel zo kort mogelijk zijn, en de overheid moet er zo snel mogelijk voor zorgen dat kinderen uit deze doelgroepen tijdig een gegarandeerde toegang hebben tot een aanpak die strookt met de internationale klinische richtlijnen. Ook mag deze tijdelijke maatregel niet leiden tot verdere vertraging in het uitbreiden van de multidisciplinaire capaciteit. Zodra er voldoende capaciteit is, mag **monodisciplinaire logopedie** enkel terugbetaald worden voor kinderen met ID op indicatie van een erkend multidisciplinair team.

Voor **kinderen met ASS** is het niet aangewezen om zonder voorafgaandelijk multidisciplinair bilan monodisciplinaire logopedie toe te laten, zelfs niet tijdelijk.

2.4 Verdere obstakels voor een toegankelijke en effectieve logopedie

2.4.1 Onvoldoende overzicht van zorgverleners en structuur voor opleiding

Voldoende vaardigheden, kennis en expertise van alle betrokken professionals zijn van het grootste belang. Vandaag ontbreekt er echter een uitgebreid **overzicht van alle betrokken zorgverleners**, en er bestaat ook nog **geen formele structuur voor een geaccrediteerde en gecertificeerde opleiding**. Dit belemmert de doorverwijzing naar of samenwerking met therapeuten met de vereiste expertise. Bij het schrijven van dit rapport werden we geïnformeerd over een mogelijke aanpassing van het KB van 20/10/1994 (betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten om het beroep van logopedist uit te oefenen), om de opleiding van de logopedisten in België te herzien.

2.4.2 Kwaliteitscontrole van de zorg nodig

Sommige stakeholders maken melding van inconsistenties in revalidatiepraktijken, en ze maken zich ook zorgen over de kwaliteit van de huidige monodisciplinaire behandelingen. Daarom is een structurele **kwaliteitscontrole** belangrijk. Als eerste stap ontwikkelt men dan ook best kwaliteitsindicatoren, op basis van relevante richtlijnen en in overleg met experts op dit gebied. Deze kunnen als basis dienen voor de evaluatie van zorgmodellen, kwalificaties van centra en terugbetalingsvoorwaarden.



■ AANBEVELINGEN^b

Effectiviteit van logopedie bij de doelgroepen

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de federale overheid en de deelstaten

1. In overeenstemming met *evidence-based* internationale klinische richtlijnen, niet tegengesproken door recente systematische reviews, en in afwachting van meer robuust onderzoek op dit gebied (zie aanbeveling 19), wordt logopedie aanbevolen voor kinderen met ID of ASS en een geassocieerde diagnose van spraak-/taalstoornis, onafhankelijk van hun IQ.
2. Kinderen met IQ-scores van 71 of hoger, die niet gediagnosticeerd zijn met ID volgens internationale definities waarbij rekening gehouden wordt met hun IQ score en adaptief functioneren, worden beschouwd als kinderen die vallen binnen de groep van personen met een normale intelligentie. Alle kinderen in deze groep zouden gelijke toegang moeten hebben tot monodisciplinaire logopedie of logopedie als onderdeel van een multidisciplinaire aanpak, afhankelijk van de behoeften van het kind.
3. In overeenstemming met internationale klinische richtlijnen moeten geassocieerde spraak-/taalstoornissen bij ambulante of gehospitaliseerde kinderen met ADHD, die niet gelijktijdig gediagnosticeerd zijn met ID of ASS, adequaat geëvalueerd en behandeld worden. Monodisciplinaire en multidisciplinaire logopedie verleend door therapeuten die goed opgeleid zijn voor deze doelgroep, zouden voor hen toegankelijk moeten zijn.

ID en ASS: logopedie binnen een multiprofessionele aanpak van therapieplanning en behandeling

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de deelstaten

4. Er moet voldoende multidisciplinaire capaciteit voor de doelgroepen ID en ASS gecreëerd worden, zodat tijdige toegang verzekerd is, en waarbij ook rekening gehouden moet worden met de geografische spreiding. Uitbreiding kan gebeuren binnen de revalidatiesector (bv, CAR-conventies). Rekening houdend met de internationale aanbevelingen om de behandeling van het kind te voorzien in een zo natuurlijk mogelijke omgeving, moet ook voldoende aanbod voorzien worden in de onderwijssector. Er zijn meerdere opties, die ook gecombineerd kunnen worden. Een programmatie die rekening houdt met de bestaande geografische onevenwichten in het aanbod kan overwogen worden.

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de deelstaten, bevoegd voor ambulante revalidatiezorg

5. Voor het creëren van voldoende multidisciplinaire capaciteit voor de doelgroepen ID en ASS in de revalidatiesector, bevelen we de volgende alternatieve mogelijkheden aan, die ook gecombineerd kunnen worden:
 - a. Uitbreiden van de capaciteit van de multidisciplinaire revalidatieteams in de bestaande conventies (CAR's of andere), of afsluiten van nieuwe conventies.
 - b. Uitbreiden of creëren van nieuwe RCA-of COS-teams (Vlaanderen).
 - c. Accreditatie (zie aanbeveling 13a) en financieren van andere, reeds bestaande of nieuwe, multidisciplinaire revalidatieteams die de doelgroepen behandelen (diagnose en/of therapie). De voorwaarden hiertoe zijn dat zij samenwerken rond gemeenschappelijke doelstellingen voor het kind, adequate interdisciplinaire en intersectorale coördinatie kunnen garanderen, en voldoen aan kwaliteitscriteria (zie aanbeveling 13). Indien aan deze

^b Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

voorwaarden is voldaan, kunnen de leden van deze teams onafhankelijk werkende therapeuten zijn die niet onder één dak werken.

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de deelstaten, bevoegd voor onderwijs en voor zorg

6. Voor het creëren van voldoende multidisciplinaire capaciteit voor de doelgroepen ID en ASS in de onderwijssector, wat betreft directe therapeutische begeleiding aan het kind bv. door een logopedist, bevelen we de volgende alternatieve mogelijkheden aan, die ook gecombineerd kunnen worden:

- a. Uitbreiden van de multidisciplinaire zorgprogramma's, voorzien door de deelstaten voor kinderen met erkende handicaps, en die nauw samenwerken met het systeem van buitengewoon onderwijs (bv. Vlaanderen: multifunctionele centra)
- b. Uitbreiding van de therapeutische ondersteuning voorzien door en georganiseerd binnen het bijzonder onderwijs, aangeboden door ervaren en goed opgeleide therapeuten die samen als therapeutisch team aan gemeenschappelijke doelen werken, in overleg met het onderwijsteam van het kind.
- c. Als alternatief, uitbreiding van de multidisciplinaire teams in de revalidatiesector (conventies of andere geaccrediteerde multidisciplinaire teams), waarbij een goed gecoördineerde, intensieve samenwerking met de scholen in het regulier of bijzonder onderwijs wordt georganiseerd

7. Wat betreft de indirecte ondersteuning aan leerkrachten door therapeuten zoals logopedisten, in het reguliere of het buitengewoon onderwijs, bevelen we aan dat er voldoende capaciteit gecreëerd wordt voor het coachen en trainen van de leerkracht in het werken met het kind en in het toepassen van spraak-taal-gerichte leerkracht-gemedieerde programma's.

ID en ASS: monodisciplinaire logopedie

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de federale overheid

8. Betaal monodisciplinaire logopedie voor ID en ASS terug, als dit gestart wordt op indicatie van een multidisciplinaire evaluatie door een erkend team, en mits voldaan is aan criteria van kwaliteit en samenwerking met erkende multidisciplinaire teams die deze doelgroepen behandelen.

Multidisciplinaire diagnostische evaluaties

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de federale overheid en de deelstaten, aan de vertegenwoordigers van de betrokken zorgprofessionals, aan de opleidingsinstellingen

9. Richt een werkgroep op voor het harmoniseren van de diagnostische criteria voor ID, ASS en spraak/taalstoornissen in het algemeen, over de verschillende federale en gefedereerde terugbetalingsentiteiten heen. Het KCE beveelt aan om één van de erkende internationale classificatiesystemen te gebruiken, vb DSM-5-TR.

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de federale overheid

10. Voorzie in een aanpassing aan het KB van 17/07/2024 dat multidisciplinaire beoordelingen van kinderen met $IQ \leq 70$ met het oog op terugbetaling van monodisciplinaire logopedie, niet enkel door CARs kunnen uitgevoerd worden, maar ook door andere gekwalificeerde centra (bijv. COS, referentiecentra voor autisme, andere bevoegde conventies), zodat dubbel werk voorkomen wordt.

**Cumulregels: cumulatie van behandeling in verschillende sectoren**

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de federale overheid en de deelstaten, aan de betrokken zorg- en onderwijsvoorzieningen

11. Op basis van de wetenschappelijke evidentie kan geen uitspraak gedaan worden over cumulregels. Gebaseerd op een alomvattend behandelings- en ondersteuningsplan moet een geïndividualiseerd behandelingsaanbod aan het kind en zijn ouders aangeboden worden in een zo natuurlijk mogelijke omgeving en goed gecoördineerd tussen agentschappen en betrokken sectoren. Overgangen tussen het onderwijssysteem, het revalidatiesysteem en het systeem van monodisciplinaire logopedie moeten soepel worden georganiseerd, waarbij systemen van dubbele financiering vermeden worden.

Tussentijdse maatregelen

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de federale overheid

12. In afwachting van het creëren van meer multidisciplinaire capaciteit voor de doelgroepen van ID en ASS, kan overwogen worden om de huidige maatregel, waarbij monodisciplinaire logopedie voor spraak/taalstoornissen bij kinderen met $IQ \leq 70$ terugbetaald is, TIJDELIJK verder te zetten. Het monitoren van instroom en zorgconsumptie moet eveneens verder gezet worden, om de omvang van deze doelgroep beter in kaart te brengen. De periode waarin deze tijdelijke maatregel geldt zou zo kort mogelijk moeten zijn en deze maatregel mag er niet toe leiden dat het uitbreiden van de multidisciplinaire capaciteit voor de doelgroepen ID en ASS verdere vertraging oploopt.

Erkenning en kwaliteit

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de deelstaten verantwoordelijk voor ambulante revalidatiezorg, aan de vertegenwoordigers van de centra voor ambulante revalidatie (CAR), aan de vertegenwoordigers van de betrokken zorgprofessionals

13. Indien gekozen wordt voor uitbreiding van de ambulante multidisciplinaire capaciteit door het erkennen van multidisciplinaire revalidatieteams die niet onder een conventie vallen:
 - a. Bepaal de criteria en kwaliteitsvereisten waaraan samenwerkende zorgprofessionals moeten voldoen om geaccrediteerd te worden als een ambulant multidisciplinair revalidatieteam voor behandeling van kinderen met onder meer ID en ASS. Daarbij moeten zij minstens samenwerken rond gemeenschappelijke doelstellingen voor het kind, adequate interdisciplinaire en intersectorale coördinatie kunnen garanderen, en voldoen aan de gestelde kwaliteitscriteria,
 - b. Definieer onder meer de modaliteiten voor verstrekken en coördineren van therapie, vb. het al dan niet toelaten van teleconsultatie en -therapie in dunbevolkte gebieden (vb provincie Luxemburg),
 - c. Bepaal ook de financiering en terugbetalingsmodaliteiten voor dergelijke teams, waaronder ook de wijze waarop coördinatie vergoed wordt.

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de federale overheid en de deelstaten

14. Zie toe op de kwaliteit van de geleverde zorg aan kinderen met neurologische ontwikkelingsstoornissen in alle betrokken sectoren, zij het in conventies zoals CARs, in andere multidisciplinaire revalidatieteams, in revalidatieteams verbonden aan scholen, of in andere ondersteuningsvormen die geleverd worden aan deze kinderen.

Vorming en opleiding van professionals

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de deelstaten, aan de vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen, aan de universiteiten en hogescholen

15. Voorzie in gepaste opleidings- en vormingscriteria voor (toekomstige) zorgprofessionals zoals logopedisten, die (zullen) werken met kinderen met ontwikkelingsstoornissen zoals ID en ASS. Overweeg daarbij ook om specifieke interdisciplinaire vormingen te includeren. Neem een eventuele officiële accreditering in overweging, en werk een gepast opleidingscurriculum en/of een plan voor voortgezette professionele vorming uit. De therapeuten die dergelijke opleidingen volgden en/of geaccrediteerd werden, dienen vlot identificeerbaar te zijn voor ouders of andere therapeuten die hun ondersteuning wensen in te roepen, bv in een register.

Vroegtijdige behandeling

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de deelstaten

16. Voorzie voldoende capaciteit voor Centra voor ontwikkelingsstoornissen of voor soortgelijke centra voor vroegdetectie van ontwikkelingsproblemen, en voor Vroeg- en Thuisbegeleidingsdiensten;
17. Betrek voldoende logopedisten in de teams van de Vroeg- en Thuisbegeleidingsdiensten, voor logopedische begeleiding aan zeer jonge kinderen die dit nodig hebben.

Ondersteunde communicatie (AAC)

Aan de betrokken beleidsmakers en administraties van de federale overheid en de deelstaten

18. Voor het aanbieden en ondersteunen van AAC zijn gespecialiseerde, multidisciplinaire teams noodzakelijk. Voorzie voldoende dergelijke teams om de kinderen die dit nodig hebben AAC aan te bieden en hen alsook hun omgeving te ondersteunen in het gebruik ervan, en verzeker de nodige terugbetalingen.

Aanbevelingen voor verder wetenschappelijk onderzoek

Aan de onderzoeksinstellingen

19. Voer onderzoek naar de effecten van logopedie bij kinderen met neurologische ontwikkelingsstoornissen zoals ID en ASS op hun functioneren, autonomie, maatschappelijke deelname en welzijn op volwassen leeftijd.
20. Voer verder onderzoek uit naar de relatie tussen niet-verbale intelligentie en effecten van logopedische behandeling bij kinderen met ID, en naar de invloed van factoren die het effect van logopedische therapie kunnen beïnvloeden, onder meer de leeftijd waarop logopedie aangeboden wordt.



COLOFON

Titel:	Logopedie voor kinderen met neurologische ontwikkelingsstoornissen – Synthese
Auteurs:	Marijke Eyssen (KCE), Fabian Desimpel (KCE), Ans Van Ginckel (KCE)
Project facilitator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Informatiespecialist:	Nicolas Fairon (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE); Emily Van Coolput (KCE)
Externe experts:	Annick Comblain (ULiège), Petra Warreyn (Onderzoeksgroep Ontwikkelingsdiversiteit, Universiteit Gent (Ugent))
Stakeholders:	Cinzia Agoni (Groupe d'Action qui dénonce le Manque de Places pour les personnes handicapées de grande dépendance (GAMP)), Sanae Bakkali Tahiri (Union Nationale des Mutualités Libres (UNML)), Christophe Barrea (Belgian Society of Pediatric Neurology (BSPN)), Patrick Beaufort (Conseil de l'Enseignement des Communes et des Provinces (CECP)), Julien Bodart (Agence wallonne pour une vie de qualité (AVIQ)), Laetitia Bokestael (Prodia, Vrij CLB (Centrum voor Leerlingenbegeleiding) Netwerk), Benjamin Carette (Iriscare), Sergio Cavallera (Fédération des Centres de Réadaptation Ambulatoire (FCRA)), Dave Ceule (Onafhankelijk Leven vzw), Allard Claessens (Downsyndroom Vlaanderen vzw), Eva Cloet (Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen, Brussel (COS)), Katrijn Compennolle (Departement Zorg, Vlaanderen), Sarina Coniglio (AVIQ), Klaas Coopman (Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR Ter Eecken), Federatie Centra voor Ambulante Revalidatie), Thomas Dabeux (Inclusion asbl), Tom De Niels (COS, Gent), Georges Desquiers (Solidaris), Veronique Duchenne (Conseil Supérieur National des Personnes Handicapées (CSNPH)), Laetitia Duray-Maquestiau (Conseil supérieur des Centres psycho-médico-sociaux (CSCPMS)), Kris Evers (Expertisecentrum Autisme Leuven (ECA)), Laura Godeau (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – Institut national d'assurance maladie-invalidité (RIZIV - INAMI)), Ann Goeleven (UZ Leuven, KU Leuven), Bérengère Guccione (Iriscare), Marie Horlin (Centre Interfédéral pour l'égalité des chances (Unia)), Eddy Hoste (Centrum Taalontwikkelingsstoornissen (CETOS)), Lieve Kiebooms (Zorggroep Myna, Vlaamse Vereniging voor Kinder- en jeugdpsychiatrie (VVK)), Ronald Kloeck (Vereniging voor Infantiele Encefalopathie, hersenverlamming vzw), Lieve Krobea (Departement Zorg, Vlaanderen), Paul-André Leblanc (Secrétariat Général de l'Enseignement Catholique (SeGEC)), Stefaan Lefevere (Vlaamse Vereniging voor Logopedisten (VVL)), Christelle Maillart (Union Professionnelle des Logopèdes Francophones (UPLF)), Gisèle Marlière (CSNPH), Natallia Mastsepan (Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap (NHRPH)), Rupal Mehta (Belgische beroepsvereniging voor Otorhinolaryngologie, Gelaat- en Halschirurgie), Marit Mellaerts (Vlaams Patiëntenplatform (VPP)), Benoîte Millet (Société Royale Belge d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (SRB ORL CCF)), Diane Estelle Ngatchou Djomo (Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)), Jérémy



	<p>Philippe (Fédération Des Etablissements Libres Subventionnés Indépendants Asbl (FELSI)), Julien Pot (Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS)), Nathalie Saczuk (UPLF), Ruud Saerens (Onafhankelijke Ziekenfondsen (OZ)), Sarah Schaubroeck (Permanente Ondersteuningscel GO! CLB en Prodiagnostiek), Lut Schelpe (Referentiecentrum Autisme (RCA) UZ Brussel), Stefaan Singelée (Federatie Centra voor Ambulante Revalidatie), Martine Thys (Vlaamse Vereniging Autisme (VVA)), Bieke Van Deun (Solidaris), Hanne Van Diest (Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen), Johan Van Dorst (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM)), Viviane Van Elshocht (LCM), Maaïke Van Goethem (Prodia, Permanente Ondersteuningscel (POC) Onderwijsvereniging van Steden en Gemeenten (OVSG)), Heidi Van Grootel (RCA Antwerpen, Ziekenhuis Aan de Stroom (ZAS), Universitaire Kinder-en Jeugdpsychiatrie Antwerpen), Joke Vandereet (Expertisecentrum Autisme Leuven), Evelien Verschueren (RIZIV - INAMI), Margriet Verstreken (Antwerps Revalidatiecentrum (ARC), NKO dienst van ZAS campus Augustinus, Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in de functionele en professionele revalidatie), Christine Vonckx (Vrij CLB Netwerk), Sophie Willekens (Kannet), An Wirix (COS Leuven -Limburg)</p>
Externe validatoren:	<p>Miet De Letter (UGent), Monica Melby-Lervåg (University of Oslo, Noorwegen), Courtenay Norbury (University college of London, Verenigd Koninkrijk)</p>
Acknowledgements:	<p>Helena Van Deynse (KCE)</p>
Belangen experten:	<p>KCE</p> <p>Het KCE is een federale instelling die wordt gefinancierd door het RIZIV, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin de beleidsmakers te adviseren over beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en belichten, in het kader van een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen.</p> <p>Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commerciële of niet-commerciële, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (bv. beroepsverenigingen, vakbonden), personen of organisaties (bv. lobbygroepen) die door de uitvoering van de aanbevelingen positief of negatief (financieel of anderszins) zouden kunnen worden beïnvloed. Alle experts die betrokken waren bij het schrijven van het verslag of het peer-reviewproces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten staat in de colofon van dit verslag. Alle leden van het team van KCE-experten leggen jaarlijks een belangenverklaring af en nadere gegevens daarover zijn op verzoek verkrijgbaar.</p>
Gemelde belangen:	<p>Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Christophe Barrea (Belgische Vereniging voor Kinderneurologie), Julien Bodart (AVIQ (Waals Gewest), revalidatiesector)), Allard Claessens (Downsyndroom</p>



Vlaanderen (oudervereniging)), Thomas Dabeux (Vereniging die mensen met een verstandelijke beperking vertegenwoordigt. Mensen die momenteel gedeeltelijk zijn uitgesloten van de terugbetaling van logopedie), Eddy Hoste (CETOS vzw), Ronald Kloeck (Vereniging voor Infantiele Encefalopathie, hersenverlamming vzw), Paul-André Leblanc (SeGEC), Christelle Maillart (Logopedisten), Benoîte Millet (NKO-revalidatie), Julien Pot (Plaatsvervangend vertegenwoordiger bij Logomut voor Solidaris FR), Stefaan Singelée (Federatie Centra voor Ambulante Revalidatie), Viviane Van Elshocht (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Margriet Verstreken (Medisch directeur in een CAR, het ARC, Antwerps Revalidatiecentrum), Sophie Willekens (Kannet+ vzw, organisatie voor en door personen met een handicap), Petra Warreyn (European Association for Research on Learning and Instruction, WAIMH (World Association for Infant Mental Health) Vlaanderen)

Houder van intellectuele eigendomsrechten (patent, ontwikkelaar van een product, copyrights, trademarks, etc.): Miet De Letter (Patent, met als titel: Analysis of evoked event-related potential data, toegekend op 7/11/2023 onder nr. US11,810,470. Dit patent staat los van de KCE-studie)

Honoraria of een andere compensatie voor het schrijven van een publicatie of het deelnemen aan de ontwikkeling ervan: Christelle Maillart (Werkzaamheden bij de UPLF omvatten taken voor het opvolgen van dossiers), Sarah Schaubroeck (Expert bij de actualisering Richtlijn Verstandelijke Beperking vanuit het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek), Petra Warreyn (Auteursrechten voor verschillende publicaties rond de ondersteuning van kinderen met autisme)

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Ann Goeleven (KOTK-studie HITCRAD – sliktherapie hoofd- en halsoncologie), Christelle Maillart (In het kader van mijn opdracht als lesgever en onderzoeker aan de universiteit, voer ik experimenteel onderzoek uit op het gebied van taalontwikkelingsstoornissen (DLD) en communicatiestoornissen. Geen van de onderzoeken die ik uitvoer of heb gepubliceerd, wordt behandeld in bovenstaand rapport), Diane Estelle Ngatchou Djomo (PhD in medischkwaliteit in LMIC's), Petra Warreyn (Hoofdonderzoeker/promotor van studies rond de taalontwikkeling van kinderen met autisme en de (pre)academische ontwikkeling van verschillende doelgroepen)

Een beurs, honoraria of fondsen voor een personeelslid of een andere vorm van compensatie voor het uitvoeren van onderzoek in het kader van vorig punt: Ann Goeleven ((KOTK)

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: Julien Bodart (AVIQ (Waals Gewest)), Stefaan Singelée (Federatie Centra voor Ambulante Revalidatie)

Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Christelle Maillart (Voor onderzoeksfuncties vergoedt de FNRS regelmatig de reiskosten die verband houden met presentaties), Petra



Warreyn (Honoraria voor vormingen rond de ontwikkeling van jonge kinderen en de diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen)

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Thomas Dabeux (Belangenbehartiger voor een vereniging die mensen met een verstandelijke beperking vertegenwoordigt. Mensen die momenteel gedeeltelijk zijn uitgesloten van terugbetaling van logopedie), Kris Evers (Coördinator Expertisecentrum Autisme Leuven), Ann Goeleven (Hoofd logopedie – CAR MUCLA UZ Leuven), Lieve Kiebooms (COMGGKJ (Comité voor een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren): lid van de plenaire vergadering: covoorzitter van de werkgroep geestelijke gezondheidszorg en disabilities, lid van de werkgroep For-K), Ronald Kloeck (Vereniging voor Infantiele Encefalopathie, hersenverlamming vzw), Paul-André Leblanc (Voorzitter van de Hoge Raad voor Onderwijs voor studenten met speciale behoeften), Christelle Maillart (Vicevoorzitter van de UPLF. De impact van de studie kan gevolgen hebben voor de manier waarop logopedisten werken. Daarom worden we geraadpleegd. De studie heeft geen impact op mijn academische taken), Stefaan Singelée (Voorzitter Federatie Centra voor Ambulante Revalidatie, Directeur Centrum voor Ambulante Revalidatie Ter Kouter (Deinze)), Margriet Verstreken (Medisch directeur van het ARC), Sophie Willekens (Algemeen secretaris Kannel + vzw, organisatie voor en door personen met een handicap), Petra Warreyn (Lid van het Bestuur en de Algemene Vergadering van de Inclusie-ambassade)

Andere mogelijke belangen die kunnen leiden tot een potentieel of reëel belangenconflict: Rupal Mehta (Secretaris-generaal, Belgische Beroepsvereniging voor Otorhinolaryngologie, Gelaat- en Halschirurgie), Petra Warreyn (Lesgever opleiding logopedie, Universiteit Gent)

Layout:

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer:

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum:

29 april 2025

Project nummer:

2024-50-HSR



Domein: Health Services Research (HSR)
MeSH: Speech therapy; Language therapy; Child; Child, preschool; Neurodevelopmental Disorders
NLM classificatie: WL 340.3
Taal: Nederlands
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2025/10.273/01
ISSN: 2466-6432
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Eyssen M, Desimpel F, Van Ginckel A. Logopedie voor kinderen met neurologische ontwikkelingsstoornissen – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2025. KCE Reports 399As. D/2025/10.273/01.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

<https://doi.org/10.57598/R399AS>