

Samenvatting NVLF richtlijn Logopedie bij taalontwikkelingsstoornissen (2017)

1. Inleiding

In de richtlijn taalontwikkelingsstoornissen (TOS) wordt ingegaan op een mogelijke TOS, een vermoedelijke TOS en een TOS. Tijdens de signaleringsfase wordt gesproken over een mogelijke TOS. Als er diagnostiek heeft plaatsgevonden, spreekt men bij kinderen tot 3 jaar van de diagnose 'vermoedelijke TOS'. Als het kind ouder is dan 3 jaar en er zijn andere redenen om terughoudend te zijn met de diagnose, spreekt men eveneens van een vermoeden van TOS.

Bij de diagnose TOS wordt voldaan aan de inclusiecriteria en zijn de exclusiecriteria uitgesloten. Mag de logopedist deze diagnose stellen? Het antwoord hierop verschilt per werksetting. In het audiologisch centrum, waar wordt gewerkt in een multidisciplinair team, worden alle onderzoeksresultaten besproken in het team en stelt de hoofdbehandelaar de diagnose. In de eerstelijns zorg geldt dat de logopedist de diagnose TOS mag stellen als anamnese en onderzoek (naar de in- en exclusiecriteria) zijn afgerond en het kind minimaal 3 jaar is. Bij kinderen jonger dan drie jaar stelt de logopedist de diagnose vermoedelijke TOS.

Bij de diagnosestelling in de eerstelijns zorg dient de logopedist ouders te adviseren om andere zaken uit te laten sluiten. Denk hierbij aan gehoorverlies, lage niet-verbale intelligentie, afwijkingen aan de spraakorganen, duidelijk aanwijsbare neurologische afwijkingen, contactstoornis en extreme deprivatie of andere ongunstige taalaanbodssituatie. Zolang deze zaken niet zijn uitgesloten (exclusiecriteria), diagnosticeert de logopedist een vermoedelijke TOS. De logopedist mag wel starten met de behandeling.

Bij kinderen jonger dan 4 jaar waarbij sprake is van ernstige taalachterstand en/of vermoedens zijn van meervoudige problematiek adviseert de logopedist altijd multidisciplinaire diagnostiek. Dit kan plaats vinden in een audiologisch centrum. Het is ook mogelijk dat andere professionals het kind al onderzocht hebben. De logopedist vraagt de resultaten van het onderzoek van deze professionals dan op en kan op basis hiervan al dan niet de diagnose TOS stellen.

In de richtlijn wordt aandacht besteed aan meertaligheid. De werkgroep realiseert zich dat de meeste logopedisten alleen het Nederlands kunnen behandelen. Indien de logopedist de thuistaal van het kind niet machtig is, wordt geadviseerd bij signalering en diagnostiek onder meer de ouders te bevragen op mijlpalen in de thuistaal. Tijdens de behandeling adviseert de logopedist ouders hoe ze de thuistaal kunnen stimuleren en hoe ze kunnen omgaan met communicatieproblemen in de thuisomgeving.

Onderstaand een overzicht van de definities uit de richtlijn. Vervolgens een overzicht van de aanbevelingen en per aanbeveling een toelichting.

Voor meer informatie over de totstandkoming van de aanbeveling wordt verwezen naar de richtlijn zelf. Voor een praktische toepassing van de richtlijn wordt verwezen naar de 'Leidraad NVLF richtlijn Logopedie bij taalontwikkelingsstoornissen (2017)'; een document waarin tips worden gegeven voor het toepassen van de richtlijn.

2. Definities

Definities	
Blootstellingsachterstand:	Een blootstellingsachterstand is een taalachterstand die veroorzaakt wordt door onvoldoende (kwalitatief) blootstelling aan taal vanuit de omgeving. Dit komt in Nederland naar schatting voor bij ongeveer 25% van de kinderen (ITJ, 2012). Deze vorm van taalachterstand komt vooral voor bij gezinnen waar thuis geen of nauwelijks Nederlands wordt gesproken of in Nederlandstalige gezinnen waar het taalklimaat ontoereikend is. Door beperkte kennis van de Nederlandse taal kunnen deze kinderen niet optimaal profiteren van het onderwijsaanbod en blijven hun prestaties achter. De thuistaal is dan meestal wel goed ontwikkeld, maar door onvoldoende input van het Nederlands blijft de vaardigheid in deze (tweede) taal achter. Wanneer ook de thuistaal niet goed ontwikkeld is, kan er sprake zijn van TOS. TOS kan dus ook voorkomen bij meertalige kinderen.
Directe therapie	Logopedist werkt direct met het kind.
Indirecte therapie	Logopedist werkt via een andere persoon, zoals ouder/leerkracht, aan verbetering hulpvraag kind.
Inhaalsprong	Een sprong in de taalvaardigheid die groter is dan op basis van leeftijd kan worden verwacht.
Intensiteit behandeling.	Een combinatie van frequentie behandeling, duur behandeling en sessielengte behandeling.
Klasseren	Het op basis van een bestaande classificatie indelen in subtypes.
Multidisciplinair team	Een team van verschillende professionals. Bij een hulpvraag op het gebied van de taalontwikkeling zijn dit disciplines die de taalvaardigheid en communicatie kunnen beoordelen, het gehoor en het gedrag en algemeen functioneren. Vaak bestaat dit team uit een logopedist, audioloog en gedragswetenschapper.
Niet-specifieke taalontwikkelingsstoornis:	Er is sprake van een niet-specifieke stoornis als de taalachterstand wordt veroorzaakt door een andere, op de voorgrond staande zintuiglijke of ontwikkelingsstoornis. Voorbeelden zijn een autisme spectrum stoornis of het syndroom van Down. Dit valt buiten de scope van de NVLF richtlijn Logopedie bij taalontwikkelingsstoornissen (2017)
Psycho-educatie	Verwijst naar een reeks educatieve of opvoedkundige interventies om het kind, ouders en omgeving te leren omgaan met hun beperkingen als gevolg van TOS.
Signaleren	Signaleren betreft het detecteren van kinderen met problemen in de taalontwikkeling in de algehele populatie. Bij signalering, ook wel screening genoemd, wordt bepaald of de taalontwikkeling 'pluis' of 'niet pluis' is.
Specifieke Taalontwikkelingsstoornis (TOS).	Een specifieke taalontwikkelingsstoornis is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis van genetische oorsprong die gekenmerkt wordt door een taalontwikkeling die beduidend achterblijft bij die van leeftijdgenoten, met inbegrip van de normale interindividuele variaties daarin, binnen de regionale en sociale variëteit van de taal die het kind aan het verwerven is. TOS kan voorkomen in zowel het taalbegrip als de taalproductie en in alle aspecten (fonologie, semantiek, (morfo)syntaxis en pragmatiek) en modaliteiten van taalvaardigheid (gesproken taal, geschreven taal en gebarentaal). Een specifieke TOS staat op zichzelf; er is geen duidelijke verklaring voor. Het kind heeft geen gehoorverlies, geen lage non-verbale intelligentie, geen afwijking aan de spraakorganen, geen duidelijk aanwijsbare neurologische afwijkingen en geen contactstoornis, en staat niet bloot aan extreme deprivatie of andere ongunstige taalaanbodssituaties. Omdat er geen verklaring vanuit een afwijkend verloop van de (zintuiglijke) ontwikkeling van het kind, of onvoldoende taalaanbod is wordt er meestal gesproken van een Specifieke Taalontwikkelingsstoornis (S-TOS). In de praktijk wordt 'specifiek' echter vaak weggelaten. Ook in deze richtlijn wordt specifieke TOS (S-TOS) afgekort tot TOS.
Mogelijke TOS	Tijdens de signaleringsfase wordt gesproken over een mogelijke taalontwikkelingsstoornis. In deze fase is het niet bekend wat de oorzaak is van de taalachterstand van het kind. Het gaat hier niet alleen over heel jonge kinderen, maar alle kinderen waarbij een taalachterstand gesignaleerd wordt.
Vermoedelijke TOS (in de praktijk wordt ook wel gesproken over 'vermoeden van TOS').	De diagnose TOS tot de leeftijd van 3 jaar noemt men een vermoeden van TOS. Dit heeft te maken met de leeftijd van het kind. Bij jonge kinderen kan er spontaan herstel optreden. Als het kind ouder is en er zijn andere redenen om terughoudend te zijn met de diagnose, spreekt men eveneens van een vermoeden van TOS, bijvoorbeeld als er twijfels zijn over differentiaal diagnostiek TOS versus ASS en er een observatieperiode wordt voorgesteld.
TOS - Afkapwaarden	De optimale afkapwaarde om wel of niet van TOS te spreken is per test verschillend en moet op basis van klinimetrisch onderzoek vastgesteld worden (Leonard, 2014). Het gebruik van één algemene afkapwaarde (zoals bijvoorbeeld -1 SD of -1,5 SD) kan niet onderbouwd worden vanuit het bewijs. Bij het interpreteren van de testscore hanteert de logopedist de handleiding van de desbetreffende test.
TOS - Ernst	De logopedist bepaalt de ernst van TOS met behulp van uitkomsten op taaltesten, klinische blik, observatie van spontane taalvaardigheid en hulpvraag van ouders en kind en omgeving van het kind. De communicatieve redzaamheid van het kind is een belangrijke factor bij de bepaling van ernst op activiteiten- en participatieniveau.

3. Afkortingen

AFKORTINGEN	
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MLH	Methodisch Logopedisch Handelen
SNEL	Spraak- en taal Normen Eerste Lijn

4. Samenvatting.

Onderstaand een overzicht van de aanbevelingen en een toelichting op deze aanbevelingen.

NVLF richtlijn Logopedie bij taalontwikkelingsstoornissen (2017)				
Hoofdstuk richtlijn TOS	Nummer aanbeveling	Sterkte aanbeveling	Aanbeveling uit richtlijn TOS	Toelichting op aanbeveling (rationale in richtlijn)
Signaleren (hoofdstuk 3 richtlijn)	1	zwak	De logopedist kan de SNEL gebruiken voor de signalering van een mogelijke TOS bij kinderen vanaf twee jaar.	Op basis van de gevonden evidentie kan geen enkel specifiek instrument sterk aanbevolen worden voor het signaleren van een mogelijke TOS. Totdat meer evidentie beschikbaar is, spelen de mening van kind en professional in relatie tot de kosten van de signalering en de beschikbaarheid van de instrumenten een doorslaggevende rol in de geformuleerde aanbeveling.
	2	sterk	De logopedist dient bij meertalige kinderen met een zwakke taalvaardigheid in het Nederlands, de signalering ook uit te voeren op de moedertaal.	Het signaleren van TOS is lastiger bij kinderen die meertalig opgroeien. Taalontwikkeling betreft de taal of talen die een kind spreekt en/of begrijpt. In een meertalige situatie betreft dat dus meerdere talen. Bij een zwakke taalvaardigheid in het Nederlands kan een kind mogelijk TOS hebben, er kan echter ook een onvoldoende blootstelling aan adequaat Nederlands zijn. Bij een meertalige situatie is het van belang alle talen die het kind spreekt en/of begrijpt mee te nemen in de beslissing.
In- en exclusiecriteria (hoofdstuk 4 richtlijn)	3A	sterk	De logopedist dient vast te stellen of wordt voldaan aan het inclusiecriterium voor TOS. Dit doet zij door aan te tonen dat de taalvaardigheid van het kind achterblijft en het kind hierdoor beperkt wordt in activiteiten in het dagelijks leven en er een verwachting is dat er geen spontaan herstel zal optreden. De exclusiecriteria (andere oorzaken voor de aanwezige taalproblemen) dient zij te laten uitsluiten.	<p>Er is geen (inter)nationale consensus over de afkapwaarde voor het inclusiecriterium voor TOS. Het gebruik van één algemene afkapwaarde (zoals bijvoorbeeld taaltestscore lager dan -1 SD of -1,5 SD) kan niet onderbouwd worden vanuit het bewijs. De optimale afkapwaarde om wel of niet van een beneden gemiddelde taalvaardigheid te spreken is per test verschillend en moet op basis van klinimetrisch onderzoek vastgesteld worden (Leonard, 2014). Dit betekent voor de CELF-preschool een kernscore van 85 en voor het T-TOS een score van -1,3 SD op twee verschillende subtesten in twee verschillende domeinen. Bij de overige tests is de optimale afkapwaarde niet vastgesteld op basis van onderzoek, de afkapwaarde uit de testhandleiding kan dan gebruikt worden.</p> <p>De score op een taalttest geeft opzichzelfstaand onvoldoende informatie over de taalvaardigheid en het taalgebruik van het kind in dagelijkse situaties. Om tot een accuraat oordeel te komen combineert de logopedist de taaltestscores met een inventarisatie van de beperkingen die het kind ervaart op het gebied van activiteiten en participatie, de hulpvraag zoals geformuleerd door ouders en omgeving en het klinisch oordeel. Ook een spontane taalanalyse en observaties kunnen bijdragen aan het stellen van de diagnose.</p> <p>Om de diagnose TOS te kunnen stellen, dienen andere oorzaken voor de taalproblemen van het kind uitgesloten te worden (exclusiecriteria). Andere oorzaken kunnen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gehoorverlies • Lage niet-verbale intelligentie • Afwijkingen aan de spraakorganen • Duidelijk aanwijsbare neurologische afwijkingen • Contactstoornis • Extreme deprivatie of andere ongunstige taalaanbodssituatie. <p>Daarbij wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat twee stoornissen naast elkaar kunnen bestaan. Er is internationaal discussie over het gebruik van een hoge afkapwaarde voor het niet-verbaal intelligentieniveau (NVIQ) en er kleven veel nadelen aan het gebruik van 'cognitive referencing' (het toepassen van een statistisch verschil tussen NVIQ en taaltestscores), met name wanneer hiervoor testcores gebruikt worden.</p> <p>Kinderen die uitsluitend problemen hebben in de spraakproductie krijgen niet de diagnose (vermoedelijke) TOS.</p>

Hoofdstuk richtlijn TOS	Nummer aanbeveling	Sterkte aanbeveling	Aanbeveling uit richtlijn TOS	Toelichting op aanbeveling (rationale in richtlijn)
In- en exclusiecriteria (hoofdstuk 4 richtlijn)	3B	zwak	De diagnose TOS kan worden gesteld bij kinderen vanaf 3 jaar. Tot de leeftijd van 3 jaar, of wanneer er andere redenen zijn om terughoudend te zijn met de diagnose, spreken we van vermoedelijke TOS.	De diagnose TOS kan in veel gevallen betrouwbaar worden gesteld bij kinderen vanaf 3 jaar. Soms is er een vermoeden dat de taalontwikkeling symptomen zijn van een andere stoornis. In de loop van de tijd kan de andere stoornis op de voorgrond treden, waardoor er geen sprake blijkt te zijn van TOS. De diagnose TOS is dan nog niet met zekerheid te stellen. Bij deze kinderen wordt daarom gesproken van een vermoeden van TOS. Dit geldt ook voor kinderen waarbij er voor een afwachtend beleid of monitoring wordt gekozen, bijvoorbeeld wanneer er sprake lijkt te zijn van milde taalproblemen in combinatie met een goed taalbegrip en goede communicatieve vaardigheden. Wanneer de logopedist in de eerste lijn kiest voor de diagnose vermoedelijke TOS heeft dit geen invloed op de te hanteren ICDH-codering voor de declaratie.
	4	zwak	De logopedist kan kinderen met TOS klasseren in twee subtypen: kinderen met een taalproductiestoornis en een relatief goed begrip en kinderen met zowel een taalproductie- als een taalbegripsstoornis.	De subtypes 'stoornis in taalproductie en een relatief goed taalbegrip' en 'stoornis in zowel taalproductie als taalbegrip' worden breed ondersteund. Omdat de taalontwikkeling van kinderen geen statisch gegeven is, is het niet zinvol om bij het stellen van de diagnose TOS te klasseren naar subtype. Door therapie en door spontane ontwikkeling kan het kind in de loop van de tijd verschuiven van het ene subtype naar het andere als bij een continuüm. Bij het opstellen van de behandeldoelen en de prioritering daarvan is het wel van belang dat de logopedist weet in welke domeinen de taalproblemen van het kind zich uiten en welke de grootste beperking vormen.
	5	sterk	De logopedist dient, om een indicatie van de ernst te geven, taaltestscores te combineren met een beoordeling van het dagelijks taalgebruik en de communicatieve redzaamheid.	Om de ernst van de TOS te bepalen is meer nodig dan alleen een taaltestscore, namelijk ook een klinisch oordeel van het dagelijks taalgebruik en de communicatieve redzaamheid en de impact van de TOS op de participatie.

Hoofdstuk richtlijn TOS	Nummer aanbeveling	Sterkte aanbeveling	Aanbeveling uit richtlijn TOS	Toelichting op aanbeveling (rationale in richtlijn)
Diagnostiek (hoofdstuk 5 richtlijn)	6	matig sterk	De logopedist kiest voor de diagnosestelling testinstrumenten met een voldoende COTAN-beoordeling. De gekozen instrumenten brengen in ieder geval de taalaspecten in kaart waarmee het kind problemen lijkt te hebben.	De aard van de taalproblemen bij kinderen met TOS varieert, de groep kinderen met TOS is geen homogene groep. De keuze van de instrumenten volgt daarom op de fase waarin voorinformatie wordt verzameld en de hulpvraag wordt geïnventariseerd (stap 1 en 2 van het methodisch handelen: aanmelding/screening en anamnese). Op basis hiervan bepaalt de logopedist welke aspecten bij het kind mogelijk aangedaan zijn. De logopedist kiest vervolgens een instrument of een combinatie van instrumenten die hierbij passend is. Op basis van het wetenschappelijk bewijs kunnen er geen specifieke instrumenten worden aanbevolen. Deze aanbeveling is daarom gebaseerd op overige overwegingen. De COTAN beoordeelt instrumenten op hun psychometrische eigenschappen en geeft op basis hiervan een objectief en onafhankelijk oordeel over de kwaliteit van het instrument. Voor sommige leeftijden en/of taalaspecten zijn geen tests of testonderdelen beschikbaar met een voldoende COTAN-beoordeling, dit geldt vooral voor de domeinen fonologie en pragmatiek. De logopedist kan dan aanvullend instrumenten gebruiken die geen (voldoende) COTAN-beoordeling hebben. Analyse van de spontane taal wordt door professionals gezien als een waardevolle aanvulling op de diagnostiek, ondanks dat methodes hiervoor geen voldoende COTAN-beoordeling hebben. Bij kinderen met problemen in de verstaanbaarheid is differentiaaldiagnostiek op het gebied van spraak noodzakelijk, ook hiervoor wordt vaak gebruik gemaakt van instrumenten die geen COTAN-beoordeling hebben. Soms kan een aspect alleen met behulp van observatie beoordeeld worden. De logopedist dient de normen van een instrument alleen te gebruiken voor kinderen die (wat betreft leeftijd en taalaanbod) passen in de normgroep van het instrument, en wanneer het instrument volgens de handleiding is afgenomen. In alle andere gevallen dient de logopedist het resultaat alleen kwalitatief te gebruiken: de resultaten kunnen wel richting geven aan de behandeling, of aanleiding zijn voor adviezen over bijvoorbeeld aanpassingen in het taalaanbod op school.
	8	sterk	De logopedist dient minimaal een test(onderdeel) voor het taalbegrip en een test(onderdeel) voor de taalproductie af te nemen.	Taalbegripsproblemen zijn vaak moeilijk te herkennen door personen in de omgeving van het kind. Het is belangrijk dat de logopedist minimaal één test(onderdeel) voor het taalbegrip afneemt om eventuele problemen in het taalbegrip te onderkennen. Problemen in de taalproductie zijn meestal makkelijker te herkennen. Het is belangrijk om een passende test of passend testonderdeel af te nemen om de ernst van de problemen in de taalproductie vast te kunnen stellen en om de behandelresultaten te kunnen monitoren. Bij jonge kinderen kan één test(onderdeel) voor het taalbegrip en één testonderdeel voor de taalproductie, aangevuld met observaties en anamnestiche gegevens, voldoende zijn om de taalvaardigheid in kaart te brengen. Bij oudere kinderen volstaat dit meestal niet en zullen meerdere testonderdelen afgenomen moeten worden.
	7	sterk	De logopedist dient bij meertalige kinderen een meertaligheidsanamnese af te nemen en op basis van de meertaligheidsanamnese te beoordelen welke talen onderzocht moeten worden, en welke testinstrumenten en eventueel normgegevens gebruikt kunnen worden	Er zijn geen specifieke instrumenten aan te bevelen bij meertalige kinderen. Bij meertalige kinderen is de keuze voor te gebruiken testinstrumenten afhankelijk van de bevindingen uit de meertaligheidsanamnese. Vervolgens moet bij het interpreteren van resultaten op Nederlandse testonderdelen rekening worden gehouden met de hoeveelheid Nederlands taalaanbod die het kind heeft gehad. In paragraaf 5.4.4 staat welke kinderen zijn geïnccludeerd in de normgroepen van de verschillende tests. Uitsluitend wanneer een kind past binnen deze inclusiecriteria, kunnen de normgegevens gebruikt worden. In andere gevallen kan een test wel een beeld geven van de huidige vaardigheden van het kind in het Nederlands, vergeleken met eentalige leeftijdsgenoten. De logopedist kan, met meenemen van alle informatie die zij verkregen heeft, voorzichtig inschatten of dit passend is bij het Nederlands taalaanbod dat het kind heeft gehad. Bij een meertalig kind moet de gehele taalvaardigheid meegenomen worden in de diagnostiek. Wanneer het kind nog weinig taalaanbod in het Nederlands heeft gehad, is het noodzakelijk om in de diagnostiek ook de moedertaal te betrekken. Voor meer informatie over diagnostiek bij meertaligheid wordt verwezen naar de Handreiking TOS bij meertaligheid van Siméa en naar de Richtlijn multidisciplinaire (spraak en taal)diagnostiek van meertalige kinderen met en zonder gehoorproblemen van M. Blumenthal. Beide documenten zijn gratis te downloaden.

Hoofdstuk richtlijn TOS	Nummer aanbeveling	Sterkte aanbeveling	Aanbeveling uit richtlijn TOS	Toelichting op aanbeveling (rationale in richtlijn)
Mono- versus multidisciplinaire diagnostiek (hoofdstuk 6 richtlijn)	9	matig sterk	De logopedist kiest voor multidisciplinaire diagnostiek bij kinderen jonger dan 4 jaar met een vermoeden van TOS.	Multidisciplinaire diagnostiek is noodzakelijk om de aard en ernst van de taalproblemen te kunnen vaststellen en de juiste diagnose te kunnen stellen en de juiste behandeling in te kunnen zetten. Er is minimaal een oordeel nodig over de taalvaardigheid, het gehoor en het algemeen functioneren van het kind. Wanneer er een vermoeden van TOS is en het kind rechtstreeks is verwezen naar de logopedist in de eerste lijn, kan deze logopedist al starten met (eerste fase)diagnostiek, begeleiding en behandeling. Redenen hiervoor kunnen zijn dat ouders dit wensen of dat er een lange wachttijd is voor multidisciplinaire taaldiagnostiek.
	10	matig sterk	De logopedist kiest voor multidisciplinaire diagnostiek bij kinderen vanaf 4 jaar, wanneer er sprake is van ernstige taalachterstand en/of er vermoedens zijn van meervoudige problematiek.	Bij kinderen vanaf 4 jaar die voor het eerst verwezen worden en waarbij er sprake is van een ernstige achterstand op het gebied van taalvaardigheid en communicatie is het van belang te achterhalen wat de oorzaak hiervan is. Bij deze leeftijdsgroep is de kans op spontaan herstel kleiner dan bij kinderen rond twee jaar oud. Multidisciplinaire diagnostiek geeft meer inzicht in de aard en oorzaak van de taalproblemen. De logopedist bepaalt de ernst van TOS met behulp van uitkomsten op taaltesten, klinische blik, observatie van spontane taalvaardigheid en hulpvraag van ouders en kind en omgeving van het kind. De communicatieve redzaamheid van het kind is een belangrijke factor bij de bepaling van ernst op activiteiten- en participatieniveau. Wanneer de logopedist vanuit anamnese of observatie twijfels heeft over andere ontwikkelingsdomeinen (bv sociaal-emotionele, cognitieve, lichamelijke en/of motorische ontwikkeling) van het kind adviseert zij in overleg met de huisarts multidisciplinaire diagnostiek. Dit doet zij ook bij een hulpvraag van het kind en/of de ouders die gericht is op de taalontwikkelingsstoornis in combinatie met problematiek in andere ontwikkelingsdomeinen. Met behulp van de uitkomsten van de multidisciplinaire diagnostiek wordt bepaald welke (aanvullende) vorm van behandeling, zorg en/of onderwijs (in overleg met school en ouders) is geïndiceerd.
	11	sterk	Wanneer de diagnosticus en behandelend logopedist niet dezelfde persoon zijn dienen er afspraken gemaakt te worden over de overdracht van gegevens om de zorg rondom het kind optimaal in te richten.	Overdracht dient in ieder geval schriftelijk plaats te vinden. Voor de logopedist geldt hiervoor de NVLF-richtlijn dossiervorming. Het lijkt wenselijk dat er, zeker bij complexe casuïstiek, ook telefonisch of face-to-face contact is. Na afronding van de diagnostiek moet de behandelend logopedist op de hoogte worden gebracht van voor haar relevante informatie om de behandeling verder vorm te kunnen geven. Indien het kind reeds voor aanvang van de diagnostiek is of wordt behandeld moet de diagnosticus op de hoogte zijn van de bevindingen van de behandelend logopedist, inclusief de eventuele diagnostische gegevens die de behandelend logopedist al heeft verzameld.

Hoofdstuk richtlijn TOS	Nummer aanbeveling	Sterkte aanbeveling	Aanbeveling uit richtlijn TOS	Toelichting op aanbeveling (rationale in richtlijn)
Behandelen / effectiviteit therapie (hoofdstuk 7 richtlijn)	12	sterk	De logopedist dient kinderen met TOS te behandelen om de taalvaardigheid en communicatie te bevorderen. Het behandelplan is gericht op alle elementen van het ICF.	Deze aanbeveling is 'sterk' geformuleerd op grond van het positief (met 'ja') beantwoorden van zes van de zeven factoren ter bepaling van de sterkte van de aanbeveling in GRADE (De Beer & Kuipers, 2012). Op de belangrijkste uitkomstmaten zijn positieve effecten van behandelen gevonden. De gevonden evidentie (met een matige tot zeer laag niveau van bewijs) richt zich op de uitkomstmaten spraakproductie/verstaanbaarheid, algemene taalvaardigheid/MLU, taal test scores (algemene scores, taalproductie, taalbegrip, fonologie, semantiek en morfosyntaxis). Op het gebied van de communicatieve redzaamheid werden tevens positieve effecten gevonden. Op het gebied van maatschappelijk functioneren/participatie, kwaliteit van leven en nadelige effecten werden geen studies gevonden, wat niet wil zeggen dat behandeling met betrekking tot deze uitkomstmaten niet effectief zou kunnen zijn. De meeste evidentie gaat over jonge kinderen (<zes jaar). Uit de overige overwegingen blijkt dat de voordelen van behandelen groter lijken te zijn dan de nadelen. Zo willen ouders over het algemeen de best mogelijke kansen benutten voor hun kind en weegt de behandelingswinst op tegen de inzet (in tijd en energie). Er zijn geen nadelige of schadelijke effecten gevonden die door behandeling zijn ontstaan.
	13	zwak	De logopedist kan de keuze voor een therapie methode en -vormen en daarmee gepaard gaande behandel doelen bepalen op basis van de handelingsgerichte diagnostiek, de hulpvraag van ouder en kind (en evt. leerkracht) en de eigen klinische expertise.	Op basis van het literatuuronderzoek kunnen geen keuzes gemaakt worden voor bepaalde methoden of programma's die in Nederland worden toegepast of voor therapievormen (direct of indirect, groepsbehandeling of individuele behandeling (Boyle e.a., 2009); alle in dit onderzoek beschreven therapievormen bleken even effectief en effectiever dan geen therapie. De meeste onderzochte behandelingen worden niet in Nederland gegeven. Daarom kan slechts in algemene zin iets gezegd worden over effectiviteit van therapie bij kinderen met TOS. De keuze voor een bepaalde therapie of therapievorm (bijvoorbeeld directe of indirecte therapie, groeps- of individuele therapie), zal daarom vooral gebaseerd zijn op de voorkeur en hulpvraag van ouder en kind (en binnen het onderwijs ook de leerkracht), de klinische expertise van de logopedist en de setting waarin ze werkt. Op basis van de gevonden evidentie kan ook geen voorkeur uitgesproken worden voor individuele behandeling versus groepsbehandeling of directe versus indirecte therapie. De logopedist kan een indirecte logopedische behandeling via ouders overwegen als het kind nog erg jong is en/of hier een indicatie voor is vanuit de hulpvraag (bijvoorbeeld interactieproblemen of problemen op het gebied van taalstimulatie).
	14	zwak	De logopedist kan naast therapie gericht op de taal en communicatieve vaardigheden, tevens aandacht besteden aan het leren omgaan met de gevolgen van TOS.	Bovenstaande aanbeveling is tot stand gekomen op basis van de mening van de werkgroep (perspectief cliënt en professionals). In de search is geen informatie gevonden over coping, acceptatie, compensatiestrategieën en psycho-educatie van het kind, de ouders en de omgeving.
	15	zwak	De logopedist kan bij een meertalig kind met TOS alle talen van het kind betrekken bij haar directe of indirecte behandel doelen.	Er is evidentie van lage kwaliteit gevonden dat behandeling in beide talen effectief is. Uit het perspectief van cliënt en professional blijkt dat het behandelen van een meertalig kind complex is omdat de logopedist niet alle talen beheerst die het kind spreekt en weinig anderstalig (dan het Nederlands) materiaal voorhanden heeft. Behandeling van de (niet-Nederlandse) thuistaal zal daarom meestal in een indirecte vorm plaatsvinden waarbij de logopedist de omgeving van het kind inzet.

Hoofdstuk richtlijn TOS	Nummer aanbeveling	Sterkte aanbeveling	Aanbeveling uit richtlijn TOS	Toelichting op aanbeveling (rationale in richtlijn)
Doorverwijzen of Stoppen behandelen (hoofdstuk 8 richtlijn)	16	sterk	De logopedist dient de duur van de behandeling te bepalen op basis van de aard en ernst van de TOS en op basis van de wensen en mogelijkheden van de ouders en het kind en eventueel de omgeving (kinderopvang/school).	Het doen van concrete aanbevelingen omtrent de intensiteit van de therapie (frequentie, duur en sessielengte) is moeilijk en kan niet plaatsvinden op grond van één enkele studie met een laag niveau van bewijskracht. Samenvattend kunnen er geen specifieke aanbevelingen over de intensiteit van de therapie worden gedaan op basis van de literatuur. Duidelijk is wel dat er geen vastomlijnd kader bestaat en dat de gewenste intensiteit afhankelijk zal zijn van de specifieke problematiek die het kind in de taalontwikkeling ondervindt, van de situatie van ouders en school en van de gewenste uitkomsten van behandeling. Wanneer intensievere logopedische behandeling noodzakelijk is, is het van belang om belemmerende factoren met betrekking tot de intensiteit van therapie bij bijvoorbeeld ouders, omgeving en behandelaar op te heffen.
	17	sterk	De logopedist dient de logopedische behandeling in overleg met kind en ouders te stoppen als er geen hulpvraag meer is of wanneer er geen indicatie voor logopedische behandeling meer is.	Therapie is voor ouders en kind belastend en kost de gemeenschap geld. Voorkomen moet worden dat er te lang wordt doorbehandeld. Daarom is het van belang om voorafgaand aan de behandeling goed met ouders te bespreken wat redenen zijn om te stoppen met de behandeling. Door de logopedische diagnose te coderen met behulp van de ICF-logopedie (zie website NVLF voor logopedie versie van ICF), kan de logopedist op de verschillende lagen van de ICF behandeldoelen opstellen op basis van de gestelde diagnose (zie ook hoofdstuk 4; uitgangsvraag 2) (website NVLF). Bij het opstellen van het behandelplan is het noodzakelijk dat de hulpvraag van het kind/de ouder/ de leerkracht op activiteiten- en participatieniveau, meegenomen wordt. Klinisch redeneren is daarbij onmisbaar. Na maximaal zes maanden wordt het behandelplan door de logopedist samen met het kind en de ouders geëvalueerd. Zie ook de NVLF-Richtlijn Dossiervorming (NVLF, 2016). Wanneer de logopedist de behandeling stopt is het wenselijk om te checken of er op de andere ontwikkelingsgebieden nog een hulpvraag is vanuit het kind/ouder/leerkracht. Als er een andere (niet-logopedische) hulpvraag is, adviseert de logopedist doorverwijzing naar andere disciplines voor verdere begeleiding.
	18	sterk	De logopedist in de eerste lijn dient een advies te vragen aan het multidisciplinaire team over het behandeltraject wanneer het kind onvoldoende baat blijkt te hebben van behandeling.	De logopedist in de eerste lijn richt zich in de logopedische behandeling op de taalproblematiek en de daaruit voortvloeiende (communicatieve) problematiek. Het is een veelal monodisciplinaire behandeling waarbij de focus ligt op het kind en het gezinssysteem nauw betrokken wordt bij de behandeling. Van 'onvoldoende baat' wordt gesproken als er na 6 maanden (met een frequentie van 1 a 2 x per week) behandeling geen of nauwelijks een inhaalsprong meetbaar en observeerbaar is ondanks structurele therapie en motivatie van kind en ouders. Wanneer het kind geen inhaal-sprong heeft gemaakt in de taalontwikkeling na maximaal een half jaar logopedische behandeling (gebaseerd op basis van de hertestgegevens in combinatie met het klinisch oordeel en observatie), is (brede) multidisciplinaire diagnostiek gewenst. Op basis van multidisciplinaire diagnostiek kan een medisch specialist of klinisch fysicus audioloog verwijzen naar derdelijnszorg, zoals een peuterbehandelgroep tot en met vier jaar, of ander aanbod voor oudere kinderen zoals intensieve groepstherapie (IGT, voorheen 'dagbehandeling' of 'naschoolse groepsbehandeling') en het spraak-taal-ambulatorium. In de derdelijnszorg is de multidisciplinaire behandeling gericht op het opheffen en compenseren van de taalproblematiek veelal in een groepssetting. Er is aandacht voor het leren omgaan met de beperkingen voortkomend uit TOS. Daartoe worden verschillende ontwikkelingsdomeinen, zoals auditieve waarneming, cognitieve, sociaal-emotionele en sociaal-communicatieve ontwikkeling meegenomen in de behandeling. De focus van de behandeling richt zich direct op het kind en indirect op de personen in de directe omgeving van het kind (SIAC, 2016). Wanneer de TOS leidt tot een beperking in participatie in het reguliere onderwijs, kan ondersteuning vanuit speciaal onderwijs voor kinderen met een communicatieve beperking noodzakelijk zijn. Dit kan door school worden aangevraagd met behulp van trajectbegeleiding (zie toelichting en toelatingscriteria in de Handreiking Toelaatbaarheid (Siméa, 2017)). De logopedist kan hierin een signalerende rol in hebben.
	19	zwak	De logopedist kan adviseren aan ouders om nader onderzoek te laten verrichten als tijdens de behandeling vragen ontstaan over de sociaal-emotionele, cognitieve, lichamelijke en/of motorische ontwikkeling.	Wanneer er tijdens de behandeling vragen ontstaan rondom andere ontwikkelingsgebieden van het kind is het van belang hier nader onderzoek naar te doen en van daaruit te bepalen of een aanpassing van het behandeltraject nodig is. De logopedist overlegt met de huisarts / jeugdarts over verwijzing naar multidisciplinaire diagnostiek of een andere (medisch) specialisme of instelling. In het speciaal onderwijs heeft de logopedist ook de mogelijkheid de intern begeleider of gedragsdeskundige te raadplegen. Er kan dan worden meegedacht over het advies voor nader onderzoek of aanpassingen in het behandeltraject.