

Onderwerp:	<b>Logopedische behandelvorm Hanen-ouderprogramma voor kinderen van 1,5 tot 5 jaar met spraaktaalontwikkelingsproblemen een te verzekeren prestatie</b>
Samenvatting:	Het Hanen-ouderprogramma is een gespecialiseerde logopedische behandelvorm en is bedoeld voor jonge kinderen met spraaktaalontwikkelingsproblemen in de ontwikkelingsleeftijd van 1,5-5 jaar. Het gaat om kinderen die nog niet zijn gaan praten of die nog heel weinig zeggen, terwijl zij dat gezien hun leeftijd wel zouden moeten doen. Het doel van deze behandeling is het verbeteren en stimuleren van de spraaktaalontwikkeling van de jonge kinderen via verbetering van de kwaliteit van de ouder-kind interactie. Als het programma wordt toegepast bij kinderen met een spraaktaalstoornis op de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar, en er is een indicatie afgegeven voor logopedie, dan is de behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk.
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	22 september 2008

Onderstaand de volledige uitspraak.

## Hanen-ouderprogramma

### 1. Aanleiding en vraagstelling

In juni 2007 heeft het College op basis van toen geleverde informatie door de NZa geconcludeerd dat het Hanen-ouderprogramma niet onder de dekking van de Zorgverzekeringswet valt.

Uit de destijds beschikbare informatie bleek vooral dat het Hanen-ouderprogramma bedoeld was om de ouders van het kind te leren beter te interacteren en communiceren met hun kind.

Het Hanen-ouderprogramma bleek volgens deze informatie niet gericht op een specifieke, individuele zorgvraag terwijl het uitgangspunt bij de Zorgverzekeringswet is dat de verzekerde prestatie een individueel recht is voor diegene die is geïndiceerd.

In april 2008 is door de NVLF (Nederlandse vereniging voor logopedie en foniatry) in een overleg en later aangevuld met bijgeleverde stukken, aangegeven dat het Hanen-ouderprogramma een gespecialiseerde logopedische behandelvorm van het kind is. Het kind staat centraal en niet de ouder. Het kind heeft een indicatie en er wordt een behandeldoelstelling geformuleerd voor het kind. Dit blijkt ook uit het feit dat die kinderen die er met een individuele logopedische behandeling onvoldoende op vooruitgaan, regelmatig worden verwezen voor het Hanen-ouderprogramma.

Uit de algemene bestudeerde literatuur blijkt dat de indicatiestelling voortkomt uit een stoornis/achterstand bij het kind en de Hanen behandeling als het ware “gebruik” maakt van de ouders.

De huidige mening van het College is dat op basis van de nu beschikbare informatie het Hanen-ouderprogramma een behandeling omvat welke gericht is op een specifieke individuele zorgvraag. De vraag die vervolgens beantwoord moet worden is of het Hanen-ouderprogramma een te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet is. Hiertoe dient te worden beoordeeld of deze zorg voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk.

## **2. Toepasselijke wet- en regelgeving**

Voor vaststelling van dit standpunt zijn de volgende bepalingen van belang.

Artikel 10, onder a Zorgverzekeringswet. Hierin is omschreven dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico inhoudt de behoefte aan geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden.

Artikel 11, derde lid Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren risico's nader kan worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering.

Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering omschrijft geneeskundige waaronder ook paramedische zorg valt als omschreven in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekeringzorg.

Artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering omschrijft als paramedische zorg onder meer logopedie. Het vierde lid van dit artikel bepaalt dat logopedie zorg omvat zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandelingen herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van zorg of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

## **3. Te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet**

Het toepassen van het Hanen-ouderprogramma kan worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie als het een behandeling is die logopedisten plegen te bieden én de behandeling tevens voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

### *Stand van de wetenschap en praktijk*

Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk volgt het College de principes van evidence based medicine (EBM). Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen die in het criterium zijn opgenomen, wetenschap én praktijk, die samen één geïntegreerde wettelijke maatstaf vormen, combineert. Verder is van belang dat EBM naast internationale literatuur rekening houdt met de gepubliceerde expert-opinie.

### *EBM-methode*

De EBM-methode richt zich op “het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal”. Evidence-based wil niet zeggen dat er voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence"), waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

### *Werkwijze College*

Het College volgt bij zijn beoordeling de stappen die de EBM-methode kent. Belangrijke stappen zijn het gestructureerd zoeken naar, en het beoordelen en classificeren van medisch-wetenschappelijke literatuur. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beslissing medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan beargumenteerd worden afgeweken.

De benaderingswijze van het College is verder als volgt:

- Indien één studie van A1-niveau of tenminste twee studies op A2-niveau met concordante uitkomsten beschikbaar is/zijn, is dit in principe voldoende voor een ondubbelzinnige beslissing (wel/niet zorg conform stand van de wetenschap en praktijk). Er dient wel altijd nagegaan te worden of er conflicterende evidence van lagere orde is en wat hiervan de reden zou kunnen zijn. Dit is met name relevant voor eventuele ernstige bijwerkingen.
- Indien meerdere systematische reviews of RCT's van gelijke kwaliteit beschikbaar zijn met discordante uitkomsten, kan geen ondubbelzinnige beslissing worden genomen. In dat geval kan eventueel aanwezige evidence van een lagere orde die de uitkomsten van één/meerdere van de discordante reviews/RCT's ondersteunt, de doorslag geven.
- In situaties waarin er geen studie van niveau A1 of (afgeronde) studies op A2-niveau gepubliceerd zijn, betreft het CVZ in zijn beoordeling evidence van lagere orde (onderzoeken van niveau B, C en D). EBM is, zoals eerder gezegd, niet beperkt tot gerandomiseerde trials, meta-analyses of systematische reviews; een positieve beslissing kan ook op basis van lagere evidence worden genomen.

Er gelden in dat geval wel een aantal voorwaarden/kanttekeningen:

- de betreffende studies en bronnen moeten qua uitkomst consistent en actueel zijn;
- nagegaan moet worden waarom er geen evidence van hoger niveau beschikbaar is;
- er dienen plausibele, zwaarwegende argumenten te zijn waarom geen bewijskracht van het hoogste niveau bestaat.

Alleen dan kan op basis van lagere evidence de conclusie worden getrokken dat er sprake is van zorg conform stand van de wetenschap en praktijk.

Voor verdere informatie zie: CVZ rapport *Stand van de wetenschap en praktijk*, 2007<sup>1</sup>.

### **4. Standaard behandeling spraak-taalproblemen**

Uit onderzoek in het kader van opsporen van spraak-taalproblemen bij jonge kinderen blijkt dat ongeveer 10% van de Nederlandse kinderen tot zes jaar te kampen heeft met spraak-/taalproblemen. In 40% van deze gevallen is een niet goed functionerende interactie tussen ouder en kind ofwel de oorzaak ofwel

het gevolg van de taalontwikkelingsstoornis. De standaardbehandeling voor jonge kinderen met spraaktaalontwikkelingsproblemen is tot nu toe de individuele logopedische behandeling.

### **5. Achtergrond Hanen-programma**

Het Hanen-ouderprogramma is in Canada ontwikkeld aan het einde van de jaren zeventig van de vorige eeuw. In 1990 heeft de oprichtster van het Hanen Center in Toronto deze behandeling in Nederland geïntroduceerd.

Door het NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn) is samen met de Canadese ontwikkelaar een Nederlandse versie ontwikkeld. Vanaf 1993 wordt de behandeling uitgevoerd.

Het Hanen-ouderprogramma werd onder de tot 1 januari 2006 geldende Ziekenfondswet (oud) betaald uit flexgelden en deels middels regelingen van individuele verzekeraars. Het Hanen-ouderprogramma wordt door Hanen gecertificeerde logopedisten uitgevoerd.

### **6. Inhoud Hanen-ouderprogramma**

Het Hanen-ouderprogramma is bedoeld voor jonge kinderen met spraaktaalontwikkelingsproblemen. Het betreft vooral kinderen met een ontwikkelingsleeftijd van 1,5-5 jaar met een achterstand of stoornis in de taalontwikkeling (hieronder worden begrepen stoornissen in opbouw van taal- en spraakstelsel waardoor het taalbegrip en/of de taalproductie zich langzamer of anders ontwikkelt). Het gaat om kinderen die nog niet zijn gaan praten of die nog heel weinig zeggen terwijl je dat gezien hun leeftijd wel zou mogen verwachten. Het uiteindelijke doel van deze behandeling is het verbeteren/stimuleren van de *spraaktaalontwikkeling* van de jonge kinderen via verbetering van de kwaliteit van de ouder-kind interactie. De behandeling gaat ervan uit dat hiervoor eerst een ander doel moet worden bereikt namelijk dat de ouders een responsieve houding aannemen ten aanzien van het kind. De training bestaat uit een combinatie van groepsbijeenkomsten en huisbezoeken. Het programma wordt aangeboden in groepen bestaande uit ouders van zes tot acht kinderen. Het programma duurt ongeveer drie tot vier maanden.

### **7. Literatuuronderzoek**

Gelet op hetgeen hiervoor is gesteld onder 5, inhoudende dat het Hanen-ouderprogramma wordt uitgevoerd door Hanen gecertificeerde logopedisten, kan gesteld worden dat het zorg betreft zoals logopedisten die plegen te bieden. De voor dit standpunt te beantwoorden vraag is of toepassing van het Hanen-ouderprogramma zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Hiertoe dient onderzocht te worden wat de effectiviteit is van het programma met betrekking tot verbetering van de stoornis in de spraaktaalontwikkeling van het kind door een verbeterde kwaliteit van de ouder-kind interactie.

#### *7.a. Relevante uitkomsten*

Verbetering van de spraaktaalontwikkeling bij het kind, gemeten via valide testen en daarmee verband houdend de verbetering van de ouder-kind interactie. Overige niet taal/spraakgerelateerde uitkomsten zoals sociale gedragvaardigheden worden in het onderzoek buiten beschouwing gelaten.

#### *7.b. Zoekstrategie & selectie van geschikte studies*

De NVLF heeft onderzoeken aangeleverd die de effectiviteit van het Hanen-ouderprogramma zouden aantonen. Van deze studies zijn geselecteerd;

een evaluatiestudie<sup>2</sup>, en een procesonderzoek<sup>3</sup>, die beschrijven of de Hanencursus invloed heeft op de ouder-kind interactie en de taalontwikkeling van het kind en een vergelijkende studie<sup>4</sup> en één RCT<sup>5</sup>. Daarnaast zijn er nog drie in aanmerking komende RCT's<sup>6,7,8</sup> via de bijgevoegde research summary van het Hanen Centre in Canada geselecteerd.

Aanvullend heeft de medisch adviseur van het College op 29 mei 2008 in Medline een literatuursearch verricht met de zoektermen:

*"Language Disorders" [MAJR] AND (parents OR parent OR parental)  
Filter: Randomized Controlled Trial; Infant: 1-23 months, Preschool Child: 2-5 years, Child: 6-12 years"*

*"Language Therapy/methods"[MAJR] OR "Language Development disorders/therapy"[MAJR]  
AND (parent OR parental OR parents)"  
Filter: Infant: 1-23 months, Preschool Child: 2-5 years, Child: 6-12 years.*

Daarnaast is ook specifiek gezocht op Hanen [tiab].

Deze literatuur search is ook doorgevoerd in PsycInfo, en de Cochrane Library (zie bijlage 1).

De websites van de volgende organisaties zijn gescreend betreffende uitgebrachte standpunten omtrent learning disabilities en speech and language delay:

U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, het Royal College of Speech and language therapists 2005 en het trial register.

### *7.c. Selectiecriteria*

De in- en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde op basis van abstracts. Indien artikelen niet op basis van de abstract konden worden geëxcludeerd zijn de gehele artikelen bekeken.

De volgende in- en exclusie criteria zijn gebruikt bij de selectie van artikelen:

- RCT of vergelijkende studies betreffende de effectiviteit van het Hanen-ouderprogramma bij kinderen.

## **8. Resultaten literatuuronderzoek**

De Cochrane library bevat geen systematische review specifiek over de Hanen-interventie. Wel is er een systematische review van Law<sup>9</sup> die het effect onderzoekt van spraak-/taal behandelingen. Hierbij zijn drie van de hier boven aangegeven studies die de Hanen-interventie onderzoeken, ook geïnccludeerd.

De geselecteerde studies zijn weergegeven in bijgevoegde tabel 1. De volledige search, alle gevonden studies, richtlijnen en standpunten zijn weergegeven in bijgevoegde bijlage 1.

### *8.a. Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies*

De geselecteerde studies zijn grotendeels RCT's of vergelijkende onderzoeken. Bij deze soort interventies is in de literatuur aangegeven, dat het niet ethisch is om niet te behandelen om zo gegevens over het natuurlijke beloop te verkrijgen. Daarom is het ontwerp zodanig dat de patiënten van de controle

groep na enige maanden ook de interventie ondergingen, behalve als de controlegroep een individuele behandeling had ondergaan.

De randomisatie is niet altijd duidelijk beschreven, maar in de studies zelf zijn de voor en nametingen in de beide groepen met diverse testen goed beschreven. Dit bevordert de vergelijkbaarheid van de groepen.

Voor wat betreft de blinding is bij dit soort interventies de blinding van de effectbeoordelaars het meest belangrijk. Dit is niet duidelijk gedaan en/of beschreven bij veel studies.

Verder omvatten de studies veelal kleine onderzoeksgroepen en de inclusiecriteria van de kinderen met een taal-/spraakstoornis of het ontwikkelingsniveau is niet altijd eenduidig.

Ondanks bovenstaande methodologische tekortkomingen kan en mag worden geconcludeerd dat de kwaliteit van het grootste deel van de geselecteerde individuele studies redelijk tot ruim voldoende is, met een level of evidence variërend tussen A2 en B.

De kenmerken en resultaten van de geselecteerde studies zijn weergegeven in bijgevoegde tabel 1.

#### *8.b. Effectiviteit*

De uitkomstmaten worden vooral gemeten met wisselende meetinstrumenten en meetmethoden, maar duidelijk blijkt uit de voor en nametingen in de zes studies met een level of evidence van vooral B dat het Hanen-ouderprogramma effectief is.

De studie van Tannock<sup>7</sup> met een level of evidence A2-B laat wel een verbetering zien van de ouder-kind interactie, maar geen verbetering/verandering van de spraak-/taal stoornis van het kind.

#### *8.c. Standpunten en richtlijnen*

AHRO Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children.<sup>10</sup>

Literatuur tot 2004. 173, p.26; Do Interventions for Speech and Language Delay Improve Speech and Language Outcomes?

Voor wat betreft de effectiviteit van interventies zijn er veertien gerandomiseerde, gecontroleerde studies van redelijke tot voldoende kwaliteit die een significante verbeterde spraak en taal uitkomst laten zien door spraak en taaltherapie. In het algemeen tonen de studies, hoewel meestal in kleine groepen, aan dat de interventies effectief zijn. Verder zijn de studies vaak heterogeen van samenstelling en de rapportage is gebaseerd op verschillende meetinstrumenten. Er worden drie studies genoemd die het Hanen-ouderprogramma onderzoeken, dit zijn de reeds gevonden en geïncludeerde studies van Gibbard<sup>5</sup> en Girolametto<sup>8,11</sup>.

Royal college of speech & Language therapists Clinical guidelines 2005<sup>12</sup>.

De benaderingen zijn vooral gericht op preventietraining en/of advisering aan derden cq ouders of verzorgers. Hierin wordt beredeneerd aanbevolen dat een kind onderdeel is van een systeem. Daarom is het nodig aandacht te besteden aan diegenen die bij het kind zijn betrokken. Het effect van zulke specifieke interventies kan latere problematiek voorkomen. Bij de evidence die als bewijs wordt genoemd zijn de studie van Girolametto<sup>8</sup> 1996 en Gibbard<sup>5</sup> 1994.

## **9. Bespreking literatuuronderzoek**

*Uitspraken [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl) - 28078139 (28089639)*

Bij kinderen met een taal-/spraakstoornis is in feite niets doen geen optie; het gaat dus om een keuze tussen een individuele behandeling of het Hanen-ouderprogramma. Het Hanen-ouderprogramma wordt in Nederland aangeboden door de logopedist als op basis van een individuele afweging blijkt dat het kind meer baat zal hebben van deze specifieke behandeling of als een individuele behandeling onvoldoende resultaat oplevert.

Van de 10 geselecteerde studies hebben drie het Hanen-ouderprogramma vergeleken met een individuele logopedische behandeling. Het resultaat is dat Hanen-ouderprogramma even effectief blijkt, soms zelfs effectiever, maar dit blijkt niet consequent significant uit in de onderzoeken. In één van deze studies, namelijk Gibbard 1994, is ook onderzocht of er een verschil is tussen het Hanen-ouderprogramma en een soort ouderbegeleiding die niet specifiek is gericht op spraak en taal. De redenering was dat mogelijk elke vorm van ouderaandacht al effectief zou kunnen zijn. Uit het resultaat blijkt significant dat de groep uit het Hanen-ouderprogramma beter scoorde.

Daarnaast blijkt uit zes studies van redelijke tot ruim voldoende kwaliteit, level of evidence B, dat in de behandelgroepen het Hanen-ouderprogramma sowieso effectief is. Deze studies hebben als level of evidence niet A2 vanwege de kleine aantallen en de onduidelijkheid over de blindering.

Uit één studie van A2-B niveau blijkt er een effect op de ouder-kind interactie maar niet op de taal-/spraakontwikkeling van het kind. Beide groepen, dus behandel- en controlegroep gingen evenveel vooruit. Deze studie had echter ook kinderen geïncludeerd met mentale stoornissen, en met chromosomale afwijkingen waardoor waarschijnlijk de effecten niet goed aantoonbaar zijn. Ook bleken de kinderen in deze groepen al eerder te hebben deelgenomen aan andere niet duidelijk omschreven behandelprogramma's,

#### **10. Inhoudelijke consultatie**

De NVLF heeft in het eerdergenoemde overleg van april 2008 aangegeven dat naar hun mening het Hanen-ouderprogramma effectief is. Daarnaast heeft het NVLF voor de literatuursearch studies aangeleverd ter bevestiging van de effectiviteit.

#### **11. Conclusie**

In de gevonden buitenlandse standpunten en richtlijnen wordt de effectiviteit van het Hanen-ouderprogramma niet in twijfel getrokken. Er wordt wel nog aanbevolen onderzoek in grote groepen te doen en eenduidige meetmethoden te gebruiken.

Hoewel alle studies, met uitzondering van Tannock<sup>7</sup> niet uitkomen boven CBO-level B, wijzen zowel de (quasi) gerandomiseerde onderzoeken die specifiek de effectiviteit van het Hanen-ouderprogramma onderzochten, als de studies die het Hanen-ouderprogramma vergeleken met een individuele behandeling consistent in de richting van bewezen effectiviteit.

De totale evidence is van voldoende kwaliteit en toont consistent aan dat het Hanen-ouderprogramma effectief is. De conclusie is dan ook dat het Hanen-ouderprogramma bij kinderen met een spraaktaalstoornis op de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar en een indicatie voor logopedie conform het wettelijke criterium stand van de wetenschap en praktijk is.

#### **Datum standpunt**

Dit standpunt is vastgesteld op 22 september 2008.

## Literatuurlijst

- 1 College voor Zorgverzekeringen. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Rapport. Diemen, 2007. Publicatienummer 254.
- 2 Veerman JW and Duivenvoorden Y. Evaluatie Hane-n-ouderprogramma: het uitkomst onderzoek. Duivenrecht: Paedologisch Instituut, 1995.
- 3 Bruyn, N. de. Evaluatie Hane-n-ouderprogramma: het procesonderzoek. Utrecht: NIZW, 1996.
- 4 McDade A and McCartan PA. "Partnership with parents" : a pilot study. [S.l.]: Monklands & Cumbernauld Division, Speech & Language Therapy, 1996.
- 5 Gibbard D. Parental-based intervention with pre-school language-delayed children. Eur J Disord Commun 1994;29:131-50.
- 6 Girolametto LE. Improving the social-conversational skills of developmentally delayed children: an intervention study. J Speech Hear Disord 1988;53:156-67.
- 7 Tannock R, Girolametto L, Siegel LS. Language intervention with children who have developmental delays: effects of an interactive approach. Am J Ment Retard 1992;97:145-60.
- 8 Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. Interactive focused stimulation for toddlers with expressive vocabulary delays. J Speech Hear Res 1996;39:1274-83.
- 9 Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD004110.
- 10 AHRQ. Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children. 2006. Geraadpleegd in mei 2008 via <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/speechsyn.pdf>.
- 11 Girolametto L, Pearce PS, Weitzman E. Effects of lexical intervention on the phonology of late talkers. J Speech Lang Hear Res 1997;40:338-48.
- 12 Royal College of Speech & Language Therapists. Clinical Guidelines. 2005. Geraadpleegd in mei 2008 via [http://www.rcslt.org/resources/RCSLT\\_Clinical\\_Guidelines.pdf](http://www.rcslt.org/resources/RCSLT_Clinical_Guidelines.pdf).