



Nederlandse Vereniging

Afasie Therapeuten

NAIS

NVAT Afasie Interventie Schema

Maart 2015, inclusief correctie tabel 1

Sandra Wielaert
Nicole Jünger
Philine Berns

Colofon

© Nederlandse Vereniging van Afasie Therapeuten (NVAT)

Verwijzing naar dit document dient op de volgende wijze te geschieden:
NVAT (2015). Afasie Interventie Schema van de Nederlandse Vereniging van Afasietherapeuten.
(NAIS). www.afasietherapie.info/NAIS

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	3
1. Inleiding.....	5
1.1 Voorgeschiedenis van de NAIS.....	5
1.2 Wat is de NAIS?	5
1.2.1 Inbedding van het logopedisch proces in het multidisciplinair handelen.....	6
1.3 Doel van de NAIS	6
1.4 Indeling NAIS rapport	7
2. NAIS.....	8
2.1 NAIS 1 Ernstige afasie	8
2.2 NAIS 2 Matig-ernstige afasie.....	10
2.3 NAIS 3 Lichte afasie.....	12
3. Toelichting op de NAIS.....	13
3.1 Fasen	14
3.2 Ernst.....	15
3.3 Methodisch handelen	16
3.4 Evidence based handelen en doelen stellen	17
3.5 ICF	18
3.6 Doelen van de afasietherapie per fase	19
3.6.1 Acute fase	20
3.6.2 Revalidatiefase	22
3.6.3 Chronische fase	25
3.7 Diagnostiek en behandeling.....	28
3.7.1 Diagnostiek.....	28
3.7.2 Behandeling.....	32
3.7.3 Therapiefrequentie.....	39

3.7.4 Interactief proces	40
4. NAIS Context	41
4.1 Standaarden Revalidatie van de NVLF	41
4.2 Multidisciplinair handelen	42
5. Restricties van de NAIS.....	42
6. Referenties.....	44

1. Inleiding

1.1 Voorgeschiedenis van de NAIS

Tussen 1993 en 1996 zijn door de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) 'standaarden logopedie' ontwikkeld voor de vrije vestiging, ziekenhuizen, verpleeghuizen en audiologische centra. Het doel van deze standaarden was het bevorderen en borgen van de kwaliteit van de logopedische interventie in de genoemde werkvelden (NVLF, 1996). Deze standaarden vormden in 2000 voor de Nederlandse Vereniging van Afasie Therapeuten (NVAT) het uitgangspunt voor een beschrijving van het professioneel handelen van de logopedist / afasietherapeut bij afasie. Deze beschrijving sloot aan bij het doel van de NVAT: de kennis van en het inzicht in niet-aangeboren neurologische taal- en spraakstoornissen vergroten en de kwaliteit van de diagnostiek en de behandeling bewaken en verbeteren.

Dit bleek een omvangrijke klus en al gauw ontstond de behoefte om het proces in overzichtelijke schema's samen te vatten. Over de afgelopen tien jaar verdeeld is er door drie interne NVAT werkgroepen aan de schema's gewerkt die uiteindelijk in april 2010 werden geaccordeerd in de ledenvergadering. Inmiddels ontstond nu ook de behoefte om de onderliggende keuzes en beslissingen en de gebruikte terminologie in de schema's nader toe te lichten. In 2011/ 2012 is door drie NVAT leden deze toelichting geschreven. De schema's kunnen niet gehanteerd worden zonder deze bijbehorende beschrijving. De huidige schema's en beschrijving zijn geaccordeerd door de leden in de juni vergadering van 2012.

1.2 Wat is de NAIS?

De NAIS is een beschrijving van het therapeutisch proces ten aanzien van diagnostiek en behandeling van een persoon met afasie en zijn omgeving, gevat in drie schema's van elk drie cellen: de NVAT Afasie Interventie Schema's (NAIS). De laatste versie, die in dit rapport is verwerkt, is besproken en onderschreven door de NVAT ledenvergadering in juni 2012. De schema's omvatten de einddoelen van interventie, geformuleerd vanuit cliëntperspectief (de persoon met afasie en diens directe omgeving) en de daarbij behorende werkwijzen van de logopedist in diagnostiek en behandeling, uitgesplitst in een acute fase, revalidatie fase en chronische fase bij respectievelijk ernstige, matig ernstige en lichte afasie. In de toelichting en kadering van de schema's wordt verwezen naar wetenschappelijke publicaties en naar evidence voor zover aanwezig voor bepaalde diagnostische en therapeutische methoden. Bij deze verwijzingen is gebruik gemaakt van de Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen van de

Hartstichting (Commissie CVA, 2001) en de Richtlijn beroerte (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2009). Tevens is gebruik gemaakt van de Britse richtlijn van de Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT, 2005). Bij de bespreking van de diagnostische en therapie middelen wordt uitgegaan van instrumenten en programma's die in Nederland beschikbaar zijn. Bij de bespreking van nieuwe ontwikkelingen wordt vooral naar Engelstalige publicaties uit peer-reviewed wetenschappelijke tijdschriften verwezen, maar waar mogelijk ook naar Nederlandstalige publicaties. De NAIS ondersteunt het evidence based handelen (Kalf & de Beer, 2004; Kuiper, Verhoef, de Louw & Cox, 2004). De cliëntwaarden die onderdeel zijn van het evidence based handelen, en die er voor zorgen dat iedere afasiebehandeling maatwerk is, zijn niet in de NAIS opgenomen. Cliëntwaarden kunnen in deze breed worden opgevat. Het betreft met name de hulpvraag van de cliënt, maar bijvoorbeeld ook de symptomatologie en ernst van de afasie, persoonlijke leefstijl en voorkeuren. De NAIS zelf is géén evidence based richtlijn.

1.2.1 Inbedding van het logopedisch proces in het multidisciplinair handelen.

De diagnostiek en behandeling van mensen met afasie is in Nederland van oudsher een taak van de logopedist. Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw zijn in Nederland ook klinisch linguïsten betrokken bij de diagnostiek van afasie. De diagnostiek en de behandeling van de overige cognitieve functies worden tot het domein van de (neuro)psycholoog en de ergotherapeut gerekend.

In het menselijk functioneren zijn de diverse cognitieve functies uiteraard onlosmakelijk met elkaar verbonden. De behandeling van mensen met cognitieve stoornissen, waar afasie er één van is, dient dan ook in onderlinge afstemming vorm gegeven te worden.

1.3 Doel van de NAIS

Het doel van de NAIS is standaardisering en explicitering van het therapeutisch proces van logopedisten / afasietherapeuten in de behandeling van personen met afasie en hun omgeving. Standaardisering draagt bij aan transparantie en toets-baarheid van het handelen. De NAIS geeft richting aan het professioneel handelen van de logopedist / afasietherapeut. De NAIS kan ook gebruikt worden in de opleiding tot logopedist.

Algemeen doel van de logopedische behandeling van afasie

Op basis van de literatuur (RCSLT, 2005; Thompson & Worrall, 2008; Berns, Brondijk & Wielaert, 2008) kan een doel geformuleerd worden voor de afasiebehandeling in het algemeen.

‘De logopedist levert een bijdrage aan het optimaliseren van de kwaliteit van leven en het vinden van een optimale sociale rol in het dagelijks leven van de cliënt door het minimaliseren van de stoornis van de communicatieve functie, door aandacht te schenken aan het welzijn van de cliënt en het mogelijk maken van participatie in de sociale context van het individu, diens gemeenschap en de maatschappij in het algemeen’.

Met nadruk wordt gesteld dat een afasiebehandeling altijd maatwerk is, gezien de grote individuele verschillen tussen cliënten.

1.4 Indeling NAIS rapport

Ten behoeve van de praktische toepassing wordt het therapeutisch proces in drie schema's gepresenteerd in hoofdstuk 2. Het eerste schema beschrijft de diagnostiek en behandeling van ernstige afasie, het tweede schema beschrijft de diagnostiek en behandeling van matig-ernstige afasie en het derde schema beschrijft de diagnostiek en behandeling van lichte afasie. In hoofdstuk 3 wordt de inhoud van het schema nader toegelicht. In de achtereenvolgende paragrafen worden de gehanteerde fasen en de ernstgradaties gemotiveerd. Vervolgens worden de doelen per fase besproken. In paragraaf 3.7 wordt de inhoud van de diagnostiek en de behandeling nader beschreven.

In hoofdstuk 4 wordt de bredere context van de NVAT interventie schema's geschetst. In hoofdstuk 5 worden tenslotte de restricties van dit rapport besproken. Omwille van de leesbaarheid wordt in de schema's steeds naar een mannelijke cliënt verwezen; uiteraard gelden dezelfde doelen en werkwijze voor vrouwelijke cliënten.

2. NAIS

2.1 NAIS 1 Ernstige afasie

	Acute fase tot 2 weken PO	Revalidatie fase tot 6 MPO	Chronische fase na 6 MPO
Doelen	<p>Cliënt en naasten kennen de logopedische diagnose</p> <p>Naasten kennen de behandelmogelijkheden van een vervolgtraject</p> <p>Verpleging, medisch en paramedisch behandelaren passen de communicatie aan de mogelijkheden van de cliënt aan</p>	<p>De cliënt communiceert in 1 op 1 gesprekken met bekende personen in zijn directe omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie- ondersteunende hulpmiddelen en heeft hierbij hulp nodig van een geïnstrueerde gesprekspartner.</p> <p>De geïnstrueerde gesprekspartner biedt de gewenste ondersteuning opdat een gesprek naar tevredenheid verloopt</p>	<p>De cliënt communiceert in 1 op 1 gesprekken met bekende en onbekende personen in zijn dagelijkse omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie-ondersteunende hulpmiddelen en heeft hierbij hulp nodig van een geïnstrueerde gesprekspartner.</p> <p>De cliënt en zijn naasten begrijpen de communicatieve (on)mogelijkheden en de consequenties daarvan op sociale situaties en daginvulling.</p> <p>Cliënt en naasten zijn bekend met de nazorg mogelijkheden</p>
Diagnostiek	<p>Stoornisniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observatie • Screeling • SAT <p>Act / part niveau/ externe factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • UCO • Communicatie profiel 	<p>Stoornisniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screeling • AAT • SAT • PALPA taken • DIAS <p>Act / part niveau/ externe factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scenariotest • BIPAC / BEBA • PACT 	<p>Stoornisniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screeling • AAT • SAT • PALPA taken • DIAS <p>Act / part niveau /externe factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scenariotest • BIPAC/BEBA • PACT

Behandeling	<p>Stoornisniveau Exploratief van aard; observerend behandelen met name gericht op (auditief) taalbegrip</p> <p>Act / part niveau / externe factoren Gerichte (communicatieve) handelingen trainen die direct toepasbaar zijn in de praktijk</p> <p>Instellen communicatieschrift</p> <p>Voorlichting / adviezen aan omgeving</p>	<p>Stoornisniveau Cognitief linguïstische training; nadruk op auditief taalbegrip</p> <p>Act / part niveau / externe factoren Trainen van algemene communicatieve vaardigheden</p> <p>Situatie specifieke training Itemspecifieke training</p> <p>Trainen van de gesprekspartner(s) Coaching van omgeving</p> <p>Inrichten en functioneel inzetten communicatiehulpmiddelen</p> <p>Instellen communicatieschrift / agenda</p> <p>Groepstherapie gericht op toepassen communicatie strategieën en lotgenotencontact</p>	<p>Stoornisniveau Op geleide van de hulpvraag: Itemspecifieke training Situatiespecifieke training Cognitief linguïstische therapie</p> <p>Act / part niveau/externe factoren Itemspecifieke training Situatie specifieke training</p> <p>Trainen van de gesprekspartner(s)</p> <p>Trainen / onderhouden van communicatieondersteunend hulpmiddel</p> <p>Groepstherapie gericht op lotgenotencontact / sociaal contact / dagbesteding</p>
--------------------	---	--	---

2.2 NAIS 2 Matig-ernstige afasie

	Acute fase tot 2 weken PO	Revalidatie fase tot 6 MPO	Chronische fase na 6 MPO
Doelen	<p>Cliënt en naasten kennen de logopedische diagnose</p> <p>Cliënt en naasten kennen de behandelmogelijkheden van een vervolgtraject</p> <p>De cliënt maakt wensen mbt de directe zorg en behoefte kenbaar met gebruik van multimodale communicatie waarbij hulp van de gesprekspartner noodzakelijk is.</p> <p>De verpleging, medisch en paramedisch behandelaars passen de communicatie aan de mogelijkheden van de cliënt aan</p>	<p>De cliënt communiceert in 1 op 1 gesprekken met bekende en onbekende personen in zijn directe omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie-ondersteunende hulpmiddelen en heeft hierbij geregeld hulp nodig van de gesprekspartner.</p> <p>De geïnstrueerde gesprekspartner biedt de gewenste ondersteuning opdat een gesprek zo gelijkwaardig mogelijk en naar tevredenheid verloopt</p> <p>De cliënt heeft zodanig inzicht in zijn stoornissen / beperkingen dat hij realistische doelen voor deze periode kan opstellen en deze kan relateren aan het moment van beëindigen van de therapie.</p>	<p>De cliënt communiceert met verschillende personen in zijn dagelijkse omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie-ondersteunende hulpmiddelen en heeft mogelijk hulp nodig van de gesprekspartner.</p> <p>De cliënt informeert diverse personen in zijn dagelijkse omgeving over zijn communicatieve beperkingen en maakt kenbaar hoe men hiermee rekening kan houden.</p> <p>De cliënt en zijn naasten begrijpen de communicatieve (on)mogelijkheden en de consequenties daarvan op sociale situaties en daginvulling.</p> <p>Cliënt en naasten kunnen gefundeerd beslissen over deelname aan nazorggroepen</p>
Diagnostiek	<p>Stoornisniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screeeling • SAT • SAN • PALPA taken <p>Act / part niveau / externe factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • UCO • Communicatieprofiel 	<p>Stoornisniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • AAT / SAN • BBT • SAT • PALPA taken • WEZT • DIAS <p>Act / part niveau / externe factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scenariotest • ANTAT • BIPAC/BEBA • PACT 	<p>Stoornisniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • AAT / SAN • BBT • SAT • PALPA taken • WEZT • DIAS <p>Act / part niveau / externe factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scenariotest • ANTAT • BIPAC/BEBA • PACT

Behandeling	<p>Stoornisniveau Exploratief van aard</p> <p>Algemene stimulatie verbale en communicatieondersteunende vaardigheden</p> <p>Act / part niveau / externe factoren Trainen ondersteunende communicatie</p> <p>Instellen communicatieschrift</p> <p>Geven van voorlichting en adviezen aan omgeving</p>	<p>Stoornisniveau Cognitief linguïstische therapie, gericht op semantiek en/of fonologie en/of syntaxis</p> <p>Act / part niveau / externe factoren Trainen van verbaal communicatieve vaardigheid Trainen van multimodale communicatie</p> <p>Situatie specifieke training Itemspecifieke training</p> <p>Trainen van de gesprekspartner(s) Coaching van omgeving</p> <p>Inrichten en functioneel inzetten communicatiehulpmiddelen</p> <p>Instellen communicatieschrift /agenda</p> <p>Groepstherapie gericht op toepassen communicatiestrategieën en lotgenotencontact</p>	<p>Stoornisniveau Op geleide van de hulpvraag: Itemspecifieke training; Situatiespecifieke training; Cognitief linguïstische therapie</p> <p>Act / part niveau / externe factoren Trainen / onderhouden van communicatieondersteunend hulpmiddel</p> <p>Trainen van gesprekspartner(s)</p> <p>Onderzoeken en aanbieden van afasiecomputerprogramma's als zelftraining/ activiteit</p> <p>Groepstherapie gericht op verwerking, lotgenotencontact, sociale contacten en participatie</p>
--------------------	--	---	---

2.3 NAIS 3 Lichte afasie

	Acute fase tot 2 weken PO	Revalidatie fase tot 6 MPO	Chronische fase na 6 MPO
Doelen	<p>Cliënt en naasten kennen de logopedische diagnose</p> <p>Cliënt en naasten kennen de behandelmogelijkheden van een vervolgtraject</p> <p>De cliënt maakt wensen en behoeften kenbaar middels verbale communicatie.</p>	<p>De cliënt communiceert zelfstandig in uiteenlopende communicatieve situaties en weet in welke situaties en op welke wijze hij hulp kan vragen.</p> <p>De cliënt heeft zodanig inzicht in zijn stoornissen / beperkingen dat hij realistische doelen voor deze periode kan opstellen en deze kan relateren aan het moment van beëindigen van de therapie.</p> <p>De cliënt informeert personen in zijn dagelijkse omgeving over zijn communicatieve beperkingen en maakt kenbaar hoe men hiermee rekening kan houden.</p> <p>Cliënt en naasten kunnen gefundeerd beslissen over deelname aan nazorggroepen (patiënten verenigingen, Afasiecentrum)</p>	<p>De cliënt communiceert zelfstandig en naar tevredenheid in elke situatie die hij wenst.</p> <p>Cliënten die aan het arbeidsproces deelnemen functioneren naar tevredenheid binnen de oorspronkelijke werksituatie of binnen een nieuwe of aangepaste werksituatie.</p> <p>De cliënt en naasten begrijpen de communicatieve (on)mogelijkheden en de consequenties daarvan op sociale situaties, daginvulling en/of werksituatie.</p> <p>De cliënt informeert onbekenden over zijn communicatieve beperkingen en maakt kenbaar hoe men hiermee rekening kan houden.</p>
Diagnostiek	<p>Stoornisniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screeeling • BBT • PALPA taken <p>Act / part niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANTAT 	<p>Stoornisniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • AAT • BBT • WEZT • PALPA taken • DIAS <p>Act / part niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANTAT • BIPAC / BEBA • PACT 	<p>Stoornisniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • AAT • BBT • WEZT • PALPA taken • DIAS <p>Act / part niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANTAT • BIPAC / BEBA • PACT
Behandeling	<p>Stoornisniveau</p> <p>Algemene stimulatie verbale woordvinding</p> <p>Act / part niveau</p> <p>Trainen van strategieën bij lichte woordvindingsproblemen</p> <p>Geven van voorlichting en adviezen aan omgeving</p>	<p>Stoornisniveau</p> <p>Therapie op zins- en tekstniveau (discourse en conversatie), zowel in mondelinge als schriftelijke taal</p> <p>Act / part niveau</p> <p>Ondersteuning bieden aan cliënt bij voorlichting aan omgeving van cliënt over (omgaan met) afasie</p>	<p>Stoornisniveau</p> <p>Op geleide van de hulpvraag: Itemspecifieke training; Situatiespecifieke training; Cognitief linguïstische therapie</p> <p>Act / part niveau</p> <p>Ondersteuning bieden in voorlichting van omgeving van cliënt over (omgaan met) afasie</p>

3. Toelichting op de NAIS

De leidraad van de NVAT Afasie Interventie Schema's zijn de geformuleerde einddoelen per fase en ernstniveau. De doelen zijn beschreven vanuit het perspectief van de persoon met afasie en diens omgeving (in de schema's met 'naasten' aangeduid). Dit betekent dat het handelen van de logopedist / afasietherapeut hier impliciet in verwerkt is. Echter, de doelen als zodanig zijn geformuleerd door de NVAT leden, vanuit hun professionele kennis en klinische ervaring en op basis van (wetenschappelijke) publicaties op dit terrein (Heesbeen & Sevat, 2001; Sevat & Heesbeen, 2003; Siegert & Taylor, 2004; McPherson & Siegert, 2007; Worrall, Sherratt, Rogers, et al., 2011; Hersh, Worrall, Howe, Sherratt & Davidson, 2012). Voor de formulering van de doelen in de NAIS zijn geen cliënten geraadpleegd; dit kan leiden tot een discrepantie met de werkelijke situatie per individuele cliënt (Worrall et al., 2011).

Verreweg de meeste cliënten met afasie hebben deze afasie als gevolg van een Cerebro Vasculair Accident (CVA). In de NAIS wordt dan ook uitgegaan van deze etiologie. Ook de genoemde testen zijn genormeerd op basis van CVA populaties. Echter, wanneer een tumor of een trauma ten grondslag ligt aan de afasie, zal de logopedist zich nog meer dan anders bewust moeten zijn van prognostische factoren en nevenstoornissen op het gebied van de cognitie. Voor de afasiebehandeling zullen grotendeels de hier beschreven aanbevelingen kunnen worden gehanteerd.

In de onderdelen diagnostiek en behandeling worden methoden en technieken van het behandelproces benoemd. De diagnostische middelen worden hierbij expliciet benoemd. De behandeling bestaat uit meerdere componenten (Whyte & Hart, 2003). In deze toelichting op de NAIS worden drie behandelcomponenten beschreven: het materiaal of de methode, de behandelfrequentie (Bhogal, Teasell & Speechley, 2003; Bakheit, Shaw, Barrett et al., 2007; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2009) en het interactief proces met de logopedist (Byng, 1995; Byng & Black, 1995; Visch-Brink, 1997; Ferguson, 1999; Horton, 2000; Wielaert & Berns, 2003; Horton, 2009).

Er zijn vier indelingen in de NAIS verwerkt: fasen van herstel / revalidatie; ernstgradaties van de afasie; methodisch logopedisch handelen en het ICF.

In diagnostiek en behandeling wordt een onderscheid gemaakt in het handelen op functie (stoornis) niveau en het handelen op activiteiten- en participatieniveau (ICF, WHO, 2001; NVLF, 2009). De indelingen worden hieronder nader toegelicht, evenals de gehanteerde terminologie.

3.1 Fasen

In de NAIS worden drie fasen in de behandeling onderscheiden (in overeenstemming met de fasering die de Nederlandse Hartstichting beschrijft (Commissie CVA, 2001)):

- acute fase = de eerste 2 weken
- revalidatie fase = tot 6 maanden na het ontstaan
- chronische fase = na 6 maanden

De verschillende fasen zijn niet eenduidig beschreven in de literatuur (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2009). Veranderingen in medische zorg zoals de thrombolysen leiden bijvoorbeeld tot het onderscheid in een acute fase (tot 4 uur na ontstaan) en een subacute fase (zie Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2009).

De revalidatie zou al in kunnen gaan zodra een cliënt medisch stabiel is en met mobiliseren gestart kan worden. Dit zou al binnen 72 uur na het CVA kunnen starten (Kwakkel, van Peppen, Wagenaar et al., 2004). Voor behandelingen gericht op cognitieve functies zoals taal lijkt starten binnen 72 uur niet haalbaar in de praktijk (Bakheit, Shaw, Barrett et al., 2007; de Jong-Hagelstein, van de Sandt-Koenderman, Prins et al., 2011). Uiteraard kan de logopedist wel zo vroeg mogelijk een bijdrage leveren door gericht te observeren teneinde communicatie adviezen aan naasten en aan collega's te kunnen verstrekken. In sommige gevallen kan al snel met de taalactivatie gestart worden, bijvoorbeeld door het geven van gerichte taal oefeningen. Bij de opname in een ziekenhuis wordt gestreefd naar een opnameduur van 5 dagen. In de praktijk lijkt dit niet altijd te lukken in verband met beperkingen in de doorstroommogelijkheden.

In de praktijk worden de momenten van overplaatsing naar een andere instelling vaak gezien als de grens van een fase. Dit kan vooral gelden van de acute naar de revalidatiefase. Vaak krijgt het revalidatieproces na overplaatsing uit het ziekenhuis een vastere vorm. Maar zoals eerder gezegd, kan revalidatie in principe al zeer vroeg starten, ook terwijl de cliënt nog in het ziekenhuis is opgenomen. Een groot deel van de CVA patiënten wordt echter niet opgenomen in een ziekenhuis (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2009), onder andere door slechte onderkenning van een –licht- CVA of omdat de cliënten al in een verpleeghuis verblijven. Binnen instellingen kunnen afdelingen gericht zijn op een bepaalde fase, zoals de revalidatie afdeling van een verpleeghuis (strokeafdeling) of een poliklinische revalidatie behandeling.

Vanuit een meer functioneel perspectief is er sprake van de acute fase wanneer het lichamelijke functioneren nog sterk wisselt, wanneer het ziektebeeld nog duidelijk aan –sterke- verandering onderhevig is en nog niet is uitgekristalliseerd.

In de revalidatie fase, met name in de eerste drie maanden, vindt het grootste herstel plaats (Robey, 1998; Lazar, Minzer, Antoniello et al., 2010; de Jong-Hagelstein et al., 2011, Bastiaanse, 2011). Sterk afhankelijk van het beeld van de cliënt kunnen sommige functies spontaan goed en snel herstellen zoals bijvoorbeeld het lopen. En er zijn functies die met training verder kunnen verbeteren zoals bijvoorbeeld cognitieve functies, waar de taal functies onderdeel van zijn. De medische toestand is stabiel, dat wil zeggen, de cliënt is niet meer ziek of instabiel in lichamelijke opzicht na de doorgemaakte ziekte (Commissie CVA, 2001).

In de chronische fase is het beeld stabiel. Er treden geen grote veranderingen meer op in de taal functies (Bastiaanse, 2011). Dat betekent niet, dat er geen nieuwe vaardigheden of nieuwe compensatie technieken geleerd kunnen worden, bijvoorbeeld na kortdurende, maar intensieve therapieën (Pulvermuller, F., Neiniger, B, Elbert, T., et al., 2001; Salter, Teasell, Bhogal, Zettler & Foley, 2011). Deze kunnen worden aangeboden bij een hernieuwde hulpvraag, bijvoorbeeld bij verandering in de leefsituatie. Zo kunnen cliënten ook jaren na het ontstaan van de afasie nog vaardigheden leren die hen een grotere communicatieve vaardigheid en zelfredzaamheid geven (Meinzer et al., 2012; Pound et al., 2000; Ruiters, Kolk & Rietveld, 2010; van de Sandt et al., 2007; Sevat & Heesbeen, 2000; Wilkinson et al., 2010; Youmans et al., 2005).

3.2 Ernst

De ernst van de afasie is een bepalende factor voor de prognose (Lazar, Minzer, Antoniella et al., 2010). Voor de NAIS zijn indicaties van ernst opgesteld op basis van gestandaardiseerde meetinstrumenten op stoornisniveau (Akense Afasietest, Tokentest, ScreeLing) en activiteiten niveau (Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheid).

Tabel 1 geeft een indicatie voor de bepaling van de ernst van de afasie. In de praktijk zullen individuele discrepanties voorkomen, zoals een matig-ernstige afasie gemeten met de Tokentest en een lichte beperking in de communicatieve vaardigheid op basis van de ANTAT. De ScreeLing geeft echter geen maat voor ernst van de afasie in het algemeen. De ernst wordt alleen gegeven per linguïstisch niveau, juist om te differentiëren in deze niveaus binnen de

afasie en de (vroeg) interventie zo gericht mogelijk inhoud te geven. Het klinisch oordeel op basis van het totaalbeeld is bij ernstbepaling doorslaggevend.

	Linguïstische schaal (ScreeLing)	Communicatief gedrag (AAT spontane taal)	Tokenstest	ANTAT-A schaal
Ernstige afasie	<10-13,5	0-1	50-41 fout	10-29
Matig-ernstige afasie	14-17,5	2-3	40-24 fout	30-39
Lichte afasie	18-21,5	4-5	23-7 fout	40-48
Geen afasie	22-24	5	6-0 fout	49-50

Tabel 1 – herzien. Indicatie van de ernst van afasie op functie- en activiteitsniveau.

De ernstgraad bepaalt in sterke mate de inhoud van de interventie (Lazar et al., 2010). Als algemene regel geldt dat hoe ernstiger de afasie is, hoe belangrijker het is om bij de interventie ook compensatie technieken of ondersteunende communicatie methoden / hulpmiddelen te betrekken (Harskamp & Visch-Brink, 1991; Garrett & Beukelman, 1992; Hux, Manasse, Weiss & Beukelman, 2001; Wiegers & van de Sandt-Koenderman, 2002; Visch-Brink & Wielaert, 2005; van de Sandt-Koenderman, Wiegers, Wielaert et al., 2007). De mate waarin een cliënt met afasie in staat zal zijn om zelfstandig gebruik te maken van deze ondersteunende methoden is niet alleen gerelateerd aan de ernst van de afasie maar ook aan het voorkomen van stoornissen in andere cognitieve functies, zoals de executieve functies (Purdy & Koch, 2006). Vaak zal de afasiepatiënt onvoldoende in staat zijn om zelfstandig het communicatie hulpmiddel te gebruiken. In die gevallen zal de gesprekspartner zijn communicatiegedrag aan moeten passen om tot een meer optimale informatie uitwisseling te komen. Geïnstrueerde conversatiepartners zijn altijd belangrijk, óók in situaties waarin er géén sprake is van communicatie hulpmiddelen, om de persoon met afasie te faciliteren in zijn communicatieve vaardigheid (Kagan, Black, Duchan et al., 2001; Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong et al., 2010; Wielaert & Wilkinson, 2012).

3.3 Methodisch handelen

Het methodisch logopedisch handelen (Kuipers, 2007; Meulenberg-Brouwer, van der Pol-Top & Kuiper, 2008) is verwerkt in het schema als de gebruikelijke stappen die gezet moeten worden om een behandeling te starten, uit te voeren, te evalueren en af te sluiten. Deze stappen, bestaande uit verwijzing, anamnese, onderzoek, analyse en diagnose, opstellen behandelplan, behandeling, evaluatie, afsluiting behandelafsluiting, zijn ook beschreven in de Standaarden

Revalidatie van de NVLF (Cox, van Hemert & van der Vloed, 2011). Het uitvoeren van deze stappen behoort tot de basiscompetenties van iedere logopedist. Het spreekt dan ook vanzelf dat elk behandeltraject start met een anamnese en inventarisatie van de hulpvraag van de cliënt. Bij personen met ernstige communicatie stoornissen wordt een familielid of andere naaste gevraagd te assisteren in de hetero anamnese. De (hetero)anamnese is niet in het schema opgenomen, omdat dit het vertrekpunt in elke behandeling is, als onderdeel van het methodisch logopedisch handelen (Kuipers, 2007; Cox et al., 2011). Er zijn echter geen specifieke programma's voor. Uiteraard zijn er verschillen per fase in de bevraging van de cliënt. De stappen onderzoek en behandeling worden expliciet benoemd in de schema's, met invulling van de instrumenten en programma's die aansluiten bij de genoemde doelen van die fase en ernstgroep. De evaluatie is wederom niet specifiek benoemd, maar het spreekt vanzelf dat een behandeling wordt afgesloten met een evaluatie door middel van herhaling van eerder afgenomen testen en/of observaties en door een gesprek met cliënt en diens naasten over het verloop van de behandeling.

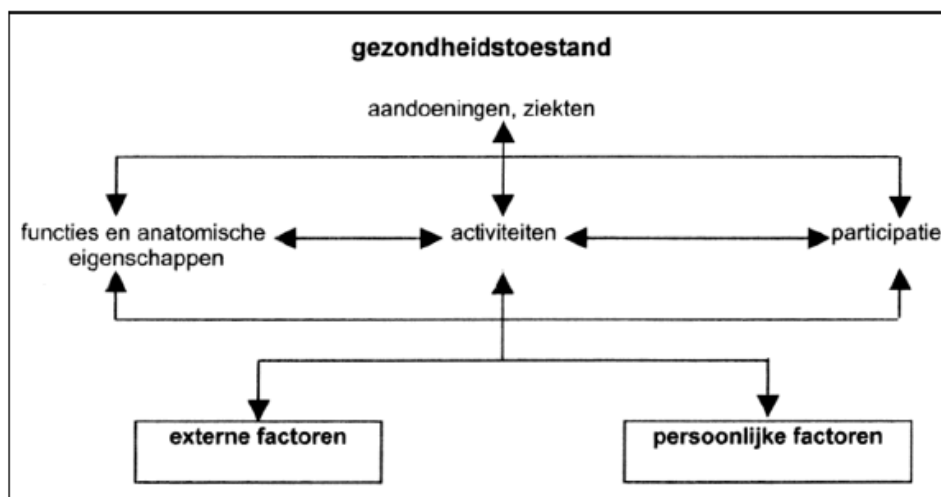
3.4 Evidence based handelen en doelen stellen

Het gebruik van wetenschappelijk evidentie is niet meer weg te denken uit het logopedisch handelen. In het evidence based handelen komen het wetenschappelijk bewijs voor een diagnostische of therapeutische methode, de expertise van de behandelaar en de wensen en behoeften van een cliënt samen (Kalf & de Beer, 2004, Kuiper et al., 2004). De NVAT Afasie Interventie Schema's poogt met name het wetenschappelijk bewijs en een explicitering van het professioneel handelen anno 2012 weer te geven. De uiteindelijke behandeling dient te worden vormgegeven op basis van een combinatie van de drie genoemde aspecten: de hulpvraag en doelen van de cliënt, de wetenschappelijke evidentie en het professioneel oordeel van de logopedist. Niet voor elke cliënt is het duidelijk wat de behandelmogelijkheden zijn en hoe dit in doelen geformuleerd kan worden. Sinds 2000 wordt aan dit proces van doelen stellen expliciet aandacht besteed in onderzoek en publicaties in een breder revalidatie kader (Bradley, Bogardus, Tinetti & Inouye, 1999; Siegert & Taylor, 2004; Wade, 2009; Leach, Cornwell, Fleming & Haines, 2010). Binnen de afasie zijn hierin de publicaties van Worrall (2006), Kagan en Simmons-Mackie (2007), Kagan, Simmons-Mackie, Rowland et al. (2008), Worrall, Sherratt, Rogers et al. (2011) en Hersh, Worrall, Howe, Sherratt & Davidson (2012) van belang. Hieruit komt vooral naar voren dat cliënten meestal hulpvragen en doelen op alle niveaus van het ICF

hebben (Worrall, 2006; Hersh et al, 2012), en dat de logopedist dient te faciliteren in het proces van doelen stellen (Kagan & Simmons-Mackie, 2007), onder andere door het communicatienetwerk en het communicatiegedrag van de cliënt in kaart te brengen. De BIPAC (Sevat & Heesbeen, 2000) kan hiervoor worden gebruikt. Tevens kan de logopedist de verschillende, relevante behandelmogelijkheden bespreken, vanuit haar professionele optiek.

3.5 ICF

In 2001 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie de opvolger van de ICIDH, de International Classification of Functioning, Disease and Health (ICF, WHO, 2001). Ten opzichte van de ICIDH is de terminologie aangepast en er zijn twee belangrijke factoren toegevoegd, die van de externe factoren en de persoonlijke factoren, beiden van groot belang geacht bij het in stand houden of faciliteren van de gezondheidstoestand van een persoon. Figuur 1 geeft de schematische weergave van het ICF. In Nederland verzorgt het RIVM de Nederlandse vertaling, op de website van het RIVM is alle informatie hieromtrent te vinden (www.rivm.nl/who-fic/icf.htm). Ook binnen de logopedie wordt actief gebruik gemaakt van het ICF (Heerkens & de Beer, 2007; Heerkens, Huinck & de Beer, 2008). De NVLF heeft een vernieuwde versie van de ICF toegepast op logopedie uitgegeven in 2009.



Figuur 1. Het ICF schema

In de NAIS wordt onderscheid gemaakt in zowel de diagnostiek als in de behandeling tussen handelen op functieniveau (in de praktijk wordt meestal gesproken over stoornisniveau) en handelen op activiteiten / participatieniveau. De behandeling op stoornisniveau is gericht op herstel van taalfuncties. De behandeling op activiteiten- en participatieniveau is gericht op het

omgaan met de beperkingen en het verminderen van de gevolgen van de afasie op het persoonlijke leven van de cliënt en diens omgeving (WHO, 2001; Visch-Brink & Wielaert, 2005; Heerkens & de Beer, 2007; Thompson & Worrall, 2008; Bastiaanse, 2011). Zoals blijkt uit het algemeen doel van de afasiebehandeling (zie blz 4) heeft elke behandeling in principe een optimaal haalbare participatie van de betreffende client als doel. Wanneer er voornamelijk wordt gewerkt aan het herstel van taalfuncties, wordt er van uit gegaan dat een verbeterde taalfunctie vanzelf tot verbeterde participatie leidt. In de praktijk lijkt dit niet altijd het geval. Mogelijk spelen de ernst van de afasie en bijkomende cognitieve problemen een belangrijke rol in de relatie tussen herstel op functieniveau en op participatieniveau. In de beschreven doelen in de NAIS is geen onderscheid gemaakt tussen functie- en participatieniveau, immers vanuit cliëntperspectief is die beschrijving altijd op activiteiten/participatieniveau. Bij het logopedisch handelen zijn de middelen van diagnostiek en behandeling om deze doelen te bereiken echter wel zo ingedeeld. Tabel 2 geeft voorbeelden van niveaus binnen het ICF waarop een afasie impact heeft.

Perspectief	Impact
Functie	Mentale functies gerelateerd aan taalreceptie (b1670) Mentale functies gerelateerd aan taalexpressie (b1671) Verbale praxis ((b 3203)
Activiteit	Communicatie – begrijpen (d310-d329) Communicatie – zich uiten (d330- d349) Conversatie en gebruik van communicatie apparatuur en – technieken (d350-d369)
Participatie	Tussenmenselijke interacties (d7) Belangrijke levensgebieden (d8) Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven (d9)

Tabel 2. ICF: voorbeelden van de impact van afasie op de verschillende niveaus

3.6 Doelen van de afasietherapie per fase

De doelen per fase zijn in principe voor de drie ernstgradaties dezelfde. Het belangrijkste verschil per ernst schuilt in de dimensies *reikwijdte* en *zelfstandigheid* van het communicatief handelen van de cliënt.

Zo kan *reikwijdte* worden opgevat als een beschrijving van de complexiteit van de communicatie: in 1-op-1 situaties of met méér gesprekspartners, met bekende of onbekende personen, in de directe en bekende omgeving of in een dagelijkse omgeving die minder bekend is en meer variëteit kent. De dimensie *zelfstandigheid* geeft aan in hoeverre een persoon met afasie zonder hulp van een (gespreks)partner en zonder aanpassingen in communicatief gedrag

van de ander kan participeren in de communicatie. Hulp en aanpassing kunnen zowel het begrijpen als het uiten faciliteren. Personen met een ernstige afasie zullen in vrijwel elke communicatieve situatie een zekere mate van hulp of aanpassing nodig hebben (Garrett & Beukelman, 1992; Booth & Perkins, 1999). Dit zal op termijn voor dagelijkse wensen en behoeften niet meer nodig zijn, maar naarmate gespreksonderwerpen en gesprekspartners meer variëren, zal hulp nodig zijn. Bij matig-ernstige afasie zal hulp en/of aanpassing vooral in wat complexer situaties nodig zijn. Ook bij lichte afasie geven cliënten aan dat zij er baat bij hebben wanneer gesprekspartners zich rekenschap geven van hun restproblemen in de taal (Fox, Armstrong & Boles, 2009). Een wat rustiger spreektempo en niet teveel door elkaar spreken kunnen de deelname aan het gesprek bevorderen.

De formulering van de doelen bevat impliciet verschillende stappen van het handelen. Zo impliceert het doel *'kennis hebben van de diagnose'* dat de logopedist niet alleen de diagnose heeft medegedeeld, maar dat is gecheckt of er een zeker mate van begrip van de diagnose is bereikt. Natuurlijk krijgen mensen in de acute fase veel en een diversiteit aan informatie te verwerken en zal begrip en inzicht in wat de diagnose behelst, nog groeien. Ook het doel *'verpleging en behandelen passen hun communicatie aan'* impliceert de nodige scholing van deze beroepsgroepen en in veel gevallen ook een attitude omslag (Le Dorze, Julie, Génèreux et al., 2000; Simmons-Mackie, 2001; Simmons-Mackie et al., 2007; O'Halloran, Worrall & Hickson, 2011).

3.6.1 Acute fase

In de acute fase, die vaak chaotisch is en kortdurend, komt men meestal nauwelijks aan behandelen toe. De aandacht gaat dan ook vooral uit naar diagnostiek, prognostiek en voorlichting. De voorlichting en advisering aan de cliënt en diens familieleden over de aard en ernst van de stoornis, de communicatieve vaardigheid en het ondersteunen van de communicatie bij ernstige en matig-ernstige afasie, zijn belangrijke aspecten van de acute fase. Het is aangetoond dat informatie en educatie bijdragen aan zowel cliënt- als partnerwelzijn (Smith, Forster & Young, 2009). Het is ook gebleken dat voorlichting in de loop van het herstelproces nog vele malen herhaald dient te worden en steeds aangepast moet worden aan het (veranderende) niveau van communicatief functioneren van de cliënt (Kagan & Le Blanc, 2002; Garrett & Cowdell, 2005; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, CBO, 2009).

De logopedist informeert de cliënt en diens naasten ook over de (logopedische) behandel mogelijkheden in een vervolgtraject. In het geval van ernstige afasie kan in de eerste twee weken niet vertrouwd worden op het taalbegripsvermogen van de cliënt, zodat met name de naasten op de hoogte gebracht dienen te worden van de diagnose en de mogelijkheden voor het vervolgtraject. Dit betekent overigens niet dat de cliënt helemaal niet op de hoogte wordt gesteld hieromtrent. Door middel van ondersteunde communicatie dient wel de ernst van de situatie en het feit dat er een vervolg is, duidelijk gemaakt te worden. De (hetero)anamnese en onderzoeksresultaten zijn tevens basis voor het advies aan het multidisciplinair team ten behoeve van het vervolgtraject. Tabel 3 geeft de doelen voor alle ernstgradaties in de acute fase weer.

Ernstige afasie	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt en naasten kennen de logopedische diagnose • Cliënt en naasten kennen de behandel mogelijkheden van een vervolgtraject • Verpleging, medisch en paramedisch behandelaren passen de communicatie aan de mogelijkheden van de cliënt aan
Matig-ernstige afasie	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt en naasten kennen de logopedische diagnose • Cliënt en naasten kennen de behandel mogelijkheden van een vervolgtraject • De cliënt maakt wensen m.b.t. de directe zorg en behoeften kenbaar met gebruik van multimodale communicatie waarbij hulp van de gesprekspartner noodzakelijk is. • De verpleging, medisch en paramedisch behandelaren passen de communicatie aan de mogelijkheden van de cliënt aan
Lichte afasie	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt en naasten kennen de logopedische diagnose • Cliënt en naasten kennen de behandel mogelijkheden van een vervolgtraject • De cliënt maakt wensen en behoeften kenbaar middels verbale communicatie.

Tabel 3. Doelen in de acute fase

Een belangrijk doel in de acute fase bij zowel ernstige als matig-ernstige afasie is het aanpassen door andere behandelaren aan de communicatiemogelijkheden van de cliënt met afasie. Dit impliceert dat de logopedist de overige hulpverleners traint in het ondersteunen van hun communicatie (Le Dorze et al., 2000; Kagan & Le Blanc, 2002; Simmons-Mackie et al., 2007; O'Halloran et al., 2011) ten behoeve van een zo gunstig mogelijk communicatief klimaat. Ook de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO, 1995) stelt dat cliënten recht

hebben op informatie in voor hen begrijpelijke taal. De training van personeel vergt de nodige tijd en investering. In de klinische praktijk is geobserveerd dat professionals bij gebruik van speciale voorlichtingskaarten (van den Bergh & Keulen, 2011; 2012) hun communicatie aanpasten aan de communicatieve en/of geheugenbeperking van een cliënt.

Met name in geval van een lichtere afasie kan wel snel een start gemaakt worden met stoornisgerichte taalbehandeling, zodat de taalfuncties zo snel mogelijk geactiveerd worden.

3.6.2 Revalidatiefase

In tabel 4 zijn de doelen voor alle ernstgradaties in de revalidatiefase weergegeven.

In de gezondheidszorg is veel aandacht voor het cliëntgericht of hulpvraaggericht werken. Het is wenselijk om alle cliënten en het naasten zo vroeg mogelijk te betrekken bij het formuleren van doelen voor de afasietherapie. Kagan en Simmons-Mackie (2007) en Hersh et al. (2012) beschrijven hoe cliënten vanaf een zeer vroeg stadium worden gevraagd mee te denken over hun wensen in de communicatie (in de toekomst) in voor henzelf concrete situaties. Door de einddoelen meer concreet te maken, was het voor cliënten duidelijker waaraan zij werkten. Dit proces van doelen stellen kan doelen op alle ICF niveaus opleveren.

De revalidatiefase is in eerste instantie gericht op functieherstel, dus op herstel van het talig functioneren, zowel mondeling als schriftelijk en zowel in begrip als expressie. Uitgangspunt hierbij is dat functieherstel, door cognitief-linguïstische therapie, automatisch een gunstige invloed heeft op het activiteiten- en participatieniveau (Worrall & Frattali, 2000; Visch-Brink & Wielaert, 2005; Thompson & Worrall, 2008; de Jong-Hagelstein, van de Sandt-Koenderman, Prins et al., 2011). Met andere woorden, de verwachting is dat verbeterde taalfuncties leiden tot een verbetering van de communicatie in het dagelijks leven. In de doelen vanuit cliëntperspectief wordt dan ook gesproken over het communiceren in bepaalde situaties en niet over een verbeterde woordvinding of toename in het gebruik van complexe syntactische structuren. Uiteraard zijn dit wel talige ingrediënten van een succesvollere communicatie en als zodanig subdoelen binnen de logopedische therapie.

Ernstige afasie	<ul style="list-style-type: none"> • De cliënt communiceert in 1 op 1 gesprekken met bekende personen in zijn directe omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie- ondersteunende hulpmiddelen en heeft hierbij hulp nodig van een geïnstrueerde gesprekspartner. • De geïnstrueerde gesprekspartner biedt de gewenste ondersteuning opdat een gesprek naar tevredenheid verloopt
-----------------	--

Matig-ernstige afasie	<ul style="list-style-type: none"> • De cliënt communiceert in 1 op 1 gesprekken met bekende en onbekende personen in zijn directe omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie- ondersteunende hulpmiddelen en heeft geregeld hulp nodig van de gesprekspartner. • De geïnstrueerde gesprekspartner biedt de gewenste ondersteuning opdat een gesprek zo gelijkwaardig mogelijk en naar tevredenheid verloopt • De cliënt heeft voldoende inzicht in zijn stoornissen / beperkingen, waardoor hij realistische doelen voor deze periode kan opstellen en mede zijn moment van ontslag bepaalt.
Lichte afasie	<ul style="list-style-type: none"> • De cliënt communiceert zelfstandig in uiteenlopende communicatieve situaties en weet in welke situaties en op welke wijze hij hulp kan vragen. • De cliënt heeft voldoende inzicht in zijn beperkingen, waardoor hij realistische doelen voor deze periode kan opstellen en mede zijn moment van ontslag bepaalt. • De cliënt informeert personen in zijn dagelijkse omgeving over zijn communicatieve beperkingen en maakt kenbaar hoe men hiermee rekening kan houden. • Cliënt en naasten kunnen gefundeerd beslissen over deelname aan nazorggroepen (patiënten verenigingen, Afasiecentrum)

Tabel 4. Alle doelen in de revalidatie fase

De afgelopen decennia is er veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de stoornisgerichte afasietherapie. Maar ook wordt beschreven hoe lastig het is om op dit terrein goede, grote randomized controlled trials te verrichten (Kelly, Brady & Enderby, 2010; Simmons-Mackie et al., 2010; de Jong-Hagelstein et al., 2011; Code, 2012).

In Nederland zijn twee gerandomiseerde trials (RCT's) verricht naar de effectiviteit van cognitief linguïstische therapie (CLT), de twee opeenvolgende Rotterdamse Afasietherapie Studies (RATS-1 en RATS-2). Beide onderzoeken hanteerden een test op activiteitsniveau, de ANTAT (Blomert et al., 1995) als centrale uitkomstmaat. In RATS-1 (Doesborgh, van de Sandt-Koenderman, Dippel et al., 2004) zijn semantische therapie en fonologische therapie met elkaar vergeleken. Verondersteld werd dat proefpersonen die semantische therapie met BOX (Visch-Brink & Bajema, 2001) hadden doorlopen beter zouden herstellen op de ANTAT dan proefpersonen die fonologische therapie met FIKS (van Rijn, Booy & Visch-Brink, 2000) hadden doorlopen. Er bleek echter geen verschil tussen deze twee groepen op de ANTAT. Wel was er sprake van herstel binnen de gestoorde linguïstische modaliteiten ; proefpersonen behaalden

na semantische therapie significant betere scores op semantische taken en proefpersonen die fonologische therapie hadden gehad, verbeterden meer op de fonologische taken.

In RATS-2 (de Jong-Hagelstein et al., 2011) is CLT aan de hand van de programma's BOX en FIKS vergeleken met communicatieve therapie. De ANTAT was wederom de centrale uitkomstmaat. Er is geen verschil tussen de twee groepen op de ANTAT vastgesteld. In de subgroep van proefpersonen met een ernstige afasie is de vooruitgang op de ANTAT wel het grootst na CLT. De Jong et al. (2011) bespreken hoe lastig het is om twee therapie methoden te vinden die werkelijk contrasteren. Immers, ook bij communicatieve therapie worden semantische en fonologische processen –impliciet- geactiveerd. Ook beschrijven zij dat de behaalde therapiefrequentie van gemiddeld 2.1 uur per week niet optimaal is en mogelijk onvoldoende om therapie effect onafhankelijk van spontaan herstel te meten (Robey, 1998; Bhogal et al., 2003; Bakheit et al., 2007). Tevens is in deze studies een andere factor van betekenis niet bekeken, namelijk de rol van het interactief proces in de logopedische therapie (Byng, 1995; Berns & Wielaert, 2003; Whyte & Hart, 2003; Horton, 2006)

De praktijk leert dat in veel gevallen, zeker bij de ernstiger vormen van afasie, ook training op het vaardigheidsniveau aandacht verdient (Goos, Heesbeen & Sevat, 1999; Bradley et al., 1999; Sevat & Heesbeen, 2000; Siegert & Taylor, 2004; Worrall et al., 2011; Hersh et al., 2012). De richtlijn Revalidatie na een beroerte (Commissie CVA, 2001, p.101) geeft als aanbeveling (nr 110) aan dat het wenselijk is dat er specifiek op vaardigheidsniveau getraind dient te worden. De training in het compenseren van talige stoornissen of het omgaan met communicatie ondersteunende middelen wordt ook wel therapie op activiteiten niveau (WHO, 2001), communicatieve therapie (de Jong-Hagelstein et al., 2011) of 'consequence based therapy' (Worrall & Thompson, 2008) genoemd. Ook de term 'functionele' therapie wordt van oudsher gebruikt, maar deze blijkt te veelomvattend en soms ook verwarrend te zijn. Immers alle therapie is in zekere zin functioneel ten behoeve van het behalen van een doel en andere disciplines hanteren de term 'functie' en 'functioneel' meer naar analogie van het ICF, waarbij functieniveau naar het stoornisniveau verwijst.

Zoals eerder opgemerkt blijven informatie en educatie ook aan een partner, een essentieel punt van aandacht. Het besef groeit dat succesvolle communicatie een dynamische interactie vereist. Wanneer de communicatie is verstoord dienen beide gesprekspartners een nieuwe balans te vinden in deze interactie. Veel centra bieden in de revalidatiefase partnergroepen en

voorlichtingsbijeenkomsten aan. Het meest effectief blijkt begeleiding die voorziet in individuele behoeften (Rodgers et al., 1999; Kalra, Evans, Perez et al., 2004; Paul & Sanders, 2010), die is gericht op gedragsverandering en die actieve betrokkenheid vraagt van een partner. Dit type begeleiding leidt tot vermindering van de ervaren zorglast en vermindering van angst en depressie bij zowel de naaste als de cliënt zelf (Visser-Meily & van Heugten, 2004; Lui et al., 2005, Visser-Meily, van Heugten, Post et al., 2005, Visser-Meily, Post, Port et al., 2009; Smith et al., 2009; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2009).

We zien dan ook dat steeds meer erkend wordt dat ook (gespreks)partners behoefte en/of baat kunnen hebben bij het trainen van communicatieve vaardigheden die aansluiten bij de nieuw ontstane communicatieve situatie (Booth & Perkins, 1999; Simmons-Mackie et al., 2010; Wielaert & Wilkinson, 2012; Wilkinson & Wielaert, 2012). De training heeft als doel om de gesprekspartner -in veel gevallen betreft dit de levenspartner- inzicht te geven in mogelijke communicatie strategieën en deze ook feitelijk te trainen. Veel logopedisten herkennen het feit dat verstrekte communicatie-adviezen nauwelijks worden opgevolgd. Er zijn eveneens aanwijzingen dat de communicatieve vaardigheden van de cliënt met afasie verbeteren, wanneer deze met een getrainde partner spreekt (Kagan, Black, Duchan, Simmons-Mackie & Square, 2001; Wilkinson, Bryan, Lock & Sage, 2010; Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland & Cherney, 2010). Voor cliënten die in een instelling verblijven betekent dit dat de professionals als belangrijkste gesprekspartners optreden, die soms ook baat hebben bij training (Simmons-Mackie et al., 2007), zie hiervoor ook paragraaf 3.7.2.2.

3.6.3 Chronische fase

In tabel 5 zijn de doelen in de chronische fase voor alle ernstgradaties weergegeven. In de chronische fase ligt de nadruk op het leren leven met afasie en het verbeteren van zelfmanagement.

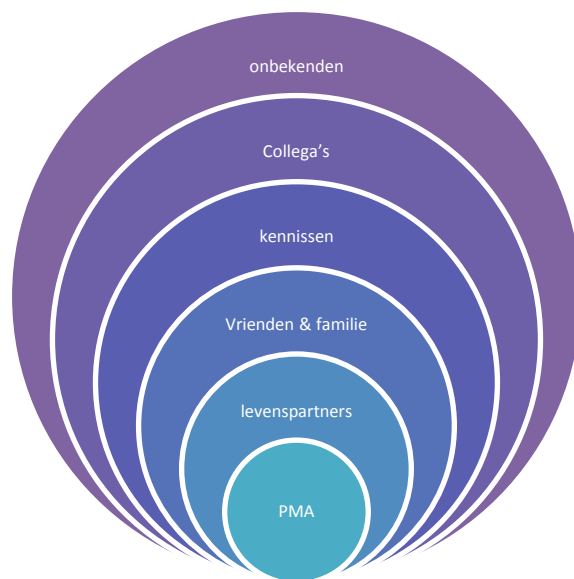
Ernstige afasie	<ul style="list-style-type: none"> • De cliënt communiceert in 1 op 1 gesprekken met bekende en onbekende personen in zijn dagelijkse omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie- ondersteunende hulpmiddelen en heeft hierbij hulp nodig van een geïnstrueerde gesprekspartner. • De cliënt en zijn naasten begrijpen de communicatieve (on)mogelijkheden en de consequenties daarvan op sociale situaties en daginvulling. • Cliënt en naasten zijn bekend met de nazorg mogelijkheden (Patiëntenverenigingen; Afasiecentrum)
-----------------	---

Matig-ernstige afasie	<ul style="list-style-type: none"> • De cliënt communiceert met verschillende personen in zijn dagelijkse omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie- ondersteunende hulpmiddelen en heeft mogelijk hulp nodig van de gesprekspartner. • De cliënt informeert personen in zijn dagelijkse omgeving over zijn communicatieve beperkingen en maakt kenbaar hoe men hiermee rekening kan houden. • De cliënt en zijn naasten begrijpen de communicatieve (on)mogelijkheden en de consequenties daarvan op sociale situaties en daginvulling. • Cliënt en naasten kunnen gefundeerd beslissen over deelname aan nazorggroepen (Patiëntenverenigingen, Afasiecentrum)
Lichte afasie	<ul style="list-style-type: none"> • De cliënt functioneert naar tevredenheid binnen zijn oorspronkelijke werksituatie of binnen een nieuwe of aangepaste werksituatie. • De cliënt en zijn naasten begrijpen de communicatieve (on)mogelijkheden en de consequenties daarvan op sociale situaties, daginvulling en/of werksituatie. • De cliënt informeert onbekenden over zijn communicatieve beperkingen en maakt kenbaar hoe men hier rekening mee kan houden.

Tabel 5. De doelen in de chronische fase.

Belangrijk is om de cliënt en zijn naasten wegwijs te maken in de diverse mogelijkheden van nazorg. De basis voor het werken aan deze doelen is in de revalidatiefase gelegd. Er kan in de chronische fase gewerkt worden aan een grotere reikwijdte van het communicatie netwerk. In het NAIS vertaalt zich dit in het gebruik van de termen *directe* omgeving (in de revalidatiefase) naar *dagelijkse* omgeving bij mensen met ernstige en matig-ernstige afasie. Bij lichte afasie wordt gesproken van *bekenden* naar *onbekenden*, waarbij een grotere reikwijdte wordt verondersteld. Het zal bij enkele mensen met lichte afasie mogelijk zijn om terug te keren naar het werk (Hinckley, 2002), al dan niet met een aanpassing in het takenpakket of een iets andere functie. In deze chronische fase, door het groter worden van het communicatie netwerk, worden mensen met afasie geconfronteerd met de onbekendheid van het fenomeen 'afasie'. Juist omdat afasie onbekend is bij het grote publiek, kunnen mensen met afasie confrontaties met onbekenden uit de weg gaan en juist daardoor in een isolement raken. In de praktijk worden in sommige centra voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd waarbij de cliënt in samenwerking met de logopedist zijn netwerk voorlicht over de afasie en de communicatievaardigheden en de wijze waarop gesprekspartners de persoon met afasie kunnen ondersteunen in het dagelijks leven (zie bijvoorbeeld Wieggers & Sibon, 2003). Het is op dit moment nog geen gewoonte om het communicatie netwerk van een persoon met afasie in kaart te brengen, terwijl dit gezien de aard van de stoornis, wel een vanzelfsprekende activiteit zou zijn.

Een manier om het communicatie netwerk in kaart te brengen is via de 'Social Networks Communication Inventory', van Blackstone & Hunt Berg (2003). Deze inventarisatie is afkomstig uit het onderzoek naar ondersteunde communicatie, maar is ook toepasbaar bij afasie (www.augcominc.com, 12-03-12). Het netwerk wordt in kaart gebracht middels interviews met de persoon met afasie, maar ook met zijn/haar huidige en potentiële communicatie partners, gevisualiseerd door cirkels om de persoon met afasie. Deze inventarisatie helpt bij het organiseren van de totale interventie (Vickers, 2010; Cruice, Worrall & Hickson, 2006) (zie figuur 3).



Figuur 3. Schematische weergave van het sociaal netwerk van een cliënt, volgens Blackstone & Hunt Berg, 2003.

De Afasiecentra in Nederland vormen een belangrijke schakel tussen de periode van herstel en revalidatie en de periode waarin mensen met afasie en hun omgeving de draad van het eigen leven weer oppakken (zie ook www.afasie.nl/new/?cat=afasiecentra voor de laatste ontwikkelingen op dit gebied). Enkele buitenlandse afasiecentra verrichten belangrijk pionierswerk in het bekendheid geven aan afasie, maar ook aan de begeleiding van mensen met afasie vanuit een 'sociaal model' gedachte (Simmons-Mackie, 2001; Byng & Duchan, 2005; v.d. Gaag, Smith, Davis et al., 2005). Deze centra inspireren ook de werkwijze in de Nederlandse centra. De bekendsten zijn the Aphasia Institute in Canada (www.aphasia.ca) waar Kagan en haar collega's aan verbonden zijn en het Connect centre in Groot Brittanie (www.ukconnect.org). In 2000 beschreven Pound, Parr & Lindsay de werkwijze van Connect in het boek 'Beyond aphasia'.

Naast het leren leven met afasie, kunnen er ook nieuwe hulpvragen ontstaan op basis van een veranderde leefsituatie, die kortdurende (poliklinische) behandelingen rechtvaardigen. Deze behandelingen kunnen zowel op functieherstel als op het activiteiten / participatieniveau gericht zijn. In de wetenschappelijk literatuur wordt daarbij gerefereerd aan kortdurende, maar intensieve behandelingen, met een duidelijk doel, zoals de constraint-induced afasie therapie (CIAT, Meinzer et al., 2012; v.d.Berg, v.d. Reijden, Verbeek et al., 2012).

3.7 Diagnostiek en behandeling

Hieronder volgt een beknopte bespreking van de meest gangbare middelen die beschikbaar zijn voor de diagnostiek en behandeling door de logopedist, ten tijde van de eerste publicatie van de NAIS in juni 2012. Het doel van de interventie is altijd de leidraad bij de keuze van de middelen. In voorkomende gevallen kan een interventie ook alleen bestaan uit het uitvoeren van differentiaal diagnostiek. Zie ook Bastiaanse (2011) en Wielaert & Berns (2003) voor de bespreking van diverse diagnostische instrumenten en therapie methoden en programma's. Ook de richtlijnen van de Vereniging voor Klinische Linguïstiek (VKL, in voorbereiding) geven een uitgebreid overzicht en een kritische bespreking van alle beschikbare diagnostische middelen en behandelmethoden bij afasie in Nederland, met de nadruk op het niveau van de stoornisgerichte behandeling.

3.7.1 Diagnostiek

Elke behandeling wordt voorafgegaan door gedegen diagnostiek (Commissie CVA, 2001; Kuipers, 2007; Cox, van Hemert & van der Vloed, 2012). De diagnostische fase kent diverse methodieken. Het afnemen van een anamnese of hetero anamnese zijn hierbij de eerst stap. Ook observatie, bijvoorbeeld tijdens een exploratieve behandeling, of middels een checklist in verschillende situaties geeft belangrijke (kwalitatieve) informatie voor het instellen van de behandeling. In de NAIS worden met name de gestandaardiseerde diagnostische middelen genoemd.

Bij een gedegen diagnostiek wordt de cliënt met afasie goed in beeld gebracht. In de NAIS wordt alleen de diagnostiek die door de logopedist wordt uitgevoerd besproken. Aangezien een afasie één van de symptomen van hersenletsel is, is multidisciplinaire diagnostiek geboden (van de

Sandt-Koenderman & Visch-Brink, 2001; van de Sandt-Koenderman et al., 2008). Zo geeft neuropsychologisch onderzoek zoals de Globale Afasie Neuropsychologische testbatterij (GANBA, van Mourik, Verschaeve, Boon, Paquier & van Harskamp, 1992) belangrijke informatie over zeer basaal cognitief functioneren bij cliënten die ook een zeer lage score behalen op taaltesten. Zie hiervoor ook paragraaf 4.2. Een spontane taalanalyse (ASTA, Zwaga, van der Scheer & Boxum, 2011) verschaft waardevolle informatie bij het instellen en evalueren van een cognitief linguïstische therapie. De ASTA wordt uitgevoerd door een klinisch linguïst, omdat gedetailleerde linguïstische kennis noodzakelijk is bij de beoordeling ervan. De logopedist is verantwoordelijk voor de vertaalslag van alle diagnostische gegevens naar een behandelplan, eventueel in samenwerking met een klinisch linguïst of een afasieteam (Ruiter, 2006, zie hiervoor ook paragraaf 4.2).

In Nederland zijn diverse diagnostische middelen per fase en niveau beschikbaar (zie tabel 6). Ze worden hieronder kort beschreven

Stoornisniveau	Activiteitsniveau	Participatieniveau
ScreeLing	ANTAT	PACT
AAT	Scenario Test	
SAT	BIPAC / BEBA	
BBT		
PALPA	UCO	
WEZT	Communicatieprofiel	
DIAS		

Tabel 6. Overzicht van diagnostische middelen op de drie niveaus van het ICF.

ScreeLing, Visch-Brink, van de Sandt-Koenderman & El Hachoui, 2010; AAT, Akense Afasie Test, Graetz, de Bleser & Willmes, 1992; SAT, Semantische Associatie Test, Visch-Brink, Denes & Stronks, 2005; BBT, Boston Benoem Taak, Van Loon-Vervoorn, 2005; PALPA, Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia, Bastiaanse, Bosje & Visch-Brink, 1995; WEZT, Werkwoorden En Zinnen Test, Bastiaanse, Maas & Rispen, 2000; DIAS, Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak, Feiken & Jonkers, 2012 .
ANTAT, Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheid, Blomert, Koster & Kean, 1995; Scenario Test (van der Meulen, Gelder-Houthuizen, Wiegers, Wielaert, van de Sandt-Koenderman, 2008; BIPAC, Behoeften Inventarisatie en Probleem Analyse van Communicatieve Activiteiten, (Sevat & Heesbeen, 2001; BEBA, Birkhoven Evaluatie Behandeldoelen Afasie, Heesbeen & Sevat, 2001. PACT, Partners van Afasiepatiënten Conversatietraining, Wielaert & Wilkinson, 2012.

3.7.1.1 Stoornisniveau

De AAT is sinds 1991 de standaard afasie test in het Nederlands waarmee aard en ernst van de afasie worden vastgelegd. De laatste jaren lijkt de syndroomdiagnostiek meer en meer in onbruik te geraken. Bovendien raken sommige items en subtaken van de AAT verouderd. Als vervanger is gekozen voor de Nederlandse vertaling / bewerking van de Comprehensive Aphasia Test (CAT, Swinburn, Porter & Howard, 200X). De CAT-NL (Mariën, Hyo Jung de Smet & Visch-Brink, pilotversie, 2008) verschijnt naar verwachting in 2015 met Nederlandse normen

op de markt. De CAT voorziet in een kwantificering van verschillende taalmodaliteiten (zoals benoemen, naspreken, taalbegrip) en geeft directer aanwijzingen voor nader onderzoek met bijvoorbeeld PALPA taken. De ScreeLing is een kortdurende afasiescreening van de linguïstische modaliteiten, met name geschikt voor de acute fase. Met de BBT worden woordvindingsproblemen gemeten. De BBT is een gevoelige maat voor woordvindingsproblemen gebleken, ook wanneer een cliënt op de AAT volgens het profiel een restafasie of zelfs geen afasie heeft (Heesbeen & van Loon, 2001).

De SAT, PALPA en WEZT zijn bedoeld om specifieke linguïstische stoornissen in meer detail in kaart te brengen en te meten. Met de SAT kunnen de verbale en visuele semantiek van concrete begrippen in kaart worden gebracht. De PALPA is een uitgebreide testbatterij voor de taalverwerking op woordniveau, gebaseerd op het taalmodel van Ellis en Young (1988). Het gebruik van de test is hypothese toetsend, dat wil zeggen, op basis van een hypothese van de onderliggende taalproblemen wordt een aantal taken gekozen om deze problemen nader in kaart te brengen. Met de WEZT worden problemen met werkwoorden en syntaxis in kaart gebracht.

In de klinische praktijk zal ook de Afasietest van de Stichting Afasie Nederland (SAN-test, Deelman, Koning-Haanstra, Liebrand & van den Burg, 1981) nog gebruikt worden. De test is relatief eenvoudig en onderdelen voor schriftelijke taal ontbreken. Daarom wordt deze test in de praktijk vaak ingezet bij cliënten met een zeer ernstige afasie. De voorkeur gaat echter óók bij deze cliënten toch uit naar de AAT (Commissie CVA, 2001) of de ScreeLing.

Alle bovengenoemde instrumenten zijn gericht op de taal. Een afasie kan ook gepaard gaan met een apraxie van de spraak. Vanwege de nauwe verwevenheid van fonologische en apractische stoornissen wordt daarom hier ook het Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak (DIAS, Feiken, Hoftsede & Jonkers, 2008; Feiken, Jonkers, Lettinga & Stuive, 2012) vermeld, waarmee de diagnose apraxie van de spraak (of: verbale apraxie) gesteld kan worden.

3.7.1.2 Activiteitsniveau

Voor het in kaart brengen van de verbaal communicatieve vaardigheid is de genormeerde ANTAT beschikbaar. Wanneer een cliënt een ernstiger afasie heeft en ook is aangewezen op andere communicatiewijzen (multimodale communicatie), biedt de genormeerde Scenario test uitkomst. Naast het gebruik van afbeeldingen, het geven van geprotocolleerde hulp en het gebruik van multimodale communicatie, zijn ook de opdrachten in de Scenario Test veel

eenvoudiger dan in de ANTAT. Deze testen zijn dan ook niet inwisselbaar, maar complementair (van der Meulen et al., 2008).

In 2001 werd de BIPAC / BEBA uitgegeven, een Nederlandse bewerking van de Functional Communication Therapy Planner (FCTP, Worrall, 1999). De BIPAC is een behoefte-inventarisatie waarmee in samenspraak met de cliënt en diens naasten de doelen voor een behandeling opgesteld kunnen worden. Over het algemeen wordt de BIPAC ingezet voor een behandeling op activiteiten/participatie niveau, zoals situatie-specifieke training, maar er kunnen ook doelen op stoornisniveau uit voort vloeien. Met de bijbehorende BEBA, die een zeer beknopte normering heeft, kunnen de doelen, wederom in samenspraak met de cliënt en naasten, geëvalueerd worden.

Het Utrechts Communicatie Onderzoek (UCO, Pijfers, de Vries & Messing-Peterson, 1985) is geen genormeerd instrument, maar wordt in de praktijk wel ingezet om in korte tijd en op eenvoudige wijze een indruk te krijgen van de communicatieve vaardigheid van een cliënt met ernstige afasie, juist ook in de acute fase.

In enkele instellingen wordt nog gebruik gemaakt van het Communicatie Profiel (Wielert & Visch-Brink, 1990). Dit is de Nederlandse bewerking van het Functional Communication Profile (FCP, Taylor Sarno, 1969). Ook dit is geen genormeerd instrument, maar het profiel kan gebruikt worden als checklist bij de observatie van communicatief functioneren in de intramurale zorg. Het profiel kan zowel door de logopedist als door de verpleging / verzorging ingevuld worden. Voor dit laatste doel wordt meestal een verkorte versie gebruikt.

3.7.1.3 Participatieniveau

Begin 2012 verscheen de PACT, een trainingsprogramma bedoeld voor met name de (gespreks)partner van de cliënt met afasie. De focus van de analyse ligt niet op het taalgebruik van de cliënt met afasie, maar op de interactie tussen de gesprekspartners. Voor de analyse en de training maken de cliënt met afasie en diens partner enkele (korte) video opnamen van dagelijkse gesprekken in de thuis situatie. Het bijbehorende onderzoek bestaat uit de beoordeling van deze video opnamen op basis van een aantal kenmerken uit de conversatie analyse (Mazeland, 2003).

In eerste instantie wordt met de PACT alleen de (gespreks-)partner getraind, zonder dat de cliënt met afasie hierbij aanwezig hoeft te zijn. Doel van PACT is de partner inzicht te geven in de huidige manier van communiceren en het identificeren van strategieën die de communicatie kunnen vereenvoudigen. Deze strategieën worden ook daadwerkelijk met de partner getraind. Zoals eerder beschreven in paragraaf 3.6.2, blijkt partnereducatie het meest effectief wanneer een partner actief betrokken is in de training, deze gericht is op gedragsverandering en is gebaseerd op de individuele behoeften (Rodgers et al., 1999; Kalra et al., 2004; Visser-Meily et al., 2009; Smith et al., 2009). Er kan ook voor worden gekozen om zowel de partner als de persoon met afasie te trainen vanuit de conversatie optiek, zoals beschreven door Wilkinson en collega's (2010) en Beeke en collega's (2011).

Dalemans en collega's (2011) onderkennen eveneens het belang van het betrekken van partners (mantelzorgers) in de afasiebehandeling. Zij verzorgden de Nederlandse vertaling van de Family Needs Questionnaire. Dit instrument is bij verschijnen van de NAIS nog niet verkrijgbaar, maar kan in de toekomst een rol spelen in de revalidatie- en de chronische fase van de behandeling.

3.7.2 Behandeling

De logopedist werkt op methodische wijze, volgens bepaalde stappen in een cyclisch proces. Dit 'methodisch handelen' kenmerkt zich door doelgerichtheid, bewustheid, systematiek en procesmatigheid (Meulenberg-Brouwer et al., 2008). Binnen alle stappen van het methodisch handelen spelen evidence based handelen en klinisch redeneren een rol (Houweling, Neijenhuis & Lipke-Steenbeek, 2008). Voor de behandeling worden diverse termen gehanteerd: therapie, behandeling, training, begeleiding en coaching. Deze termen hangen samen met de verschillende rollen die de logopedist kan vervullen in het contact met de cliënt. In het beroepsprofiel (NVLf, 2003, zie kader) worden de volgende rollen beschreven: zorgaanbieder/therapeut, trainer, adviseur en coördinator. Recente ontwikkelingen maken duidelijk dat de rol van coach, die niet wordt beschreven in het beroepsprofiel, steeds vaker wordt gevraagd van de logopedist.

Zorgaanbieder/therapeut: De logopedist in de rol van zorgaanbieder / therapeut werkt al dan niet via een verwijzing door een arts en is gericht op het verlenen van individuele zorg zoals omschreven in de Wet BIG. Deze zorg kan preventief en curatief van aard zijn.

Trainer: De logopedist in de rol van trainer geeft op methodische wijze vorm aan een

ontwikkelings- of veranderingsproces met als doel de communicatiemogelijkheden van (groepen) cliënten te verbeteren c.q. problemen van (groepen) cliënten op dit gebied te voorkomen.

Adviseur: De logopedist in de rol van adviseur stelt zijn kennis en vaardigheden ter beschikking aan organisaties of personen zonder een therapeutische relatie aan te gaan met betreffende cliënt.

Coördinator: De logopedist in de rol van coördinator geeft aanwijzingen aan andere bij de cliënt betrokken zorgaanbieders omtrent de onderlinge afstemming van de individuele zorg.

Beroepsrollen van de logopedist, Beroepsprofiel NVLF, 2003

Voor de logopedist als *coach* kan een volgende omschrijving gegeven worden: De logopedist in de rol van coach begeleidt en coacht cliënten en hun omgeving in het oplossingsgericht werken aan ervaren communicatieproblemen en in het preventief werken aan het voorkomen van communicatieproblemen.

Bij coachen wordt (impliciet) een actieve rol van de cliënt en /of naaste verwacht, die actief meedenkt aan oplossingen, en verantwoordelijkheid op zich neemt en waarbij de logopedist middels adviezen en feedback dit proces ondersteunt. In relatie tot het ICF zou men kunnen stellen dat de termen therapie en behandeling het meest passen bij het functieniveau, terwijl termen als training, coaching en begeleiding meer passen bij activiteit- en participatieniveau en bij externe factoren. De term training wordt meer gebruikt voor leersituaties van gezonde personen. Zo wordt bijvoorbeeld het gericht instrueren van partners als training benoemd, en niet als therapie (Simmons-Mackie et al, 2010).

In de NAIS onderscheiden we vier elementen van therapie: het doel, het middel, de frequentie en de therapeutische interactie. Whyte en Hart (2003) vergelijken de elementen van therapieën in het revalidatiedomein met de lagen van een Russische Matroesjka. Ze illustreren hiermee de gelaagdheid van gedragsmatige interventies en zij trachten met dit beeld meer helderheid te verschaffen in de complexiteit van factoren binnen de behandeling, die vaak wordt afgeschilderd als de 'black box'. De meest zichtbare elementen zijn het therapie middel en de therapiefrequentie. Onderliggende elementen zijn de doelen en de therapeutische interactie. Deze interactie is sterk verbonden met de opvattingen van de therapeut en / of de instelling over wat therapie is (Horner, Loverso & Gonzalez Rothi, 1994; Meulenbergh-Brouwer et al., 2008). In paragraaf 3.7.4. wordt het interactief proces eveneens besproken. De therapie middelen worden in de volgende twee sub paragrafen besproken, ingedeeld naar ICF niveaus. Tabel 7 geeft een overzicht van de therapiemiddelen. Het betreft theoretisch gemotiveerde,

uitgewerkte programma's, zoals de MIT, SMTA en REST, als ook materialen met een theoretische onderbouwing en rangschikking, zoals BOX en FIKS op basis van cognitief linguïstische theorie en PACT op basis van Conversatie Analyse. Het overzicht is zeker niet volledig. Er zijn meer programma's en materialen op de markt, die veel gebruikt worden in de afasietherapie. De richtlijnen van de Vereniging voor Klinische Linguïstiek geven een meer volledig overzicht en een kritische bespreking hiervan. Ook de Vlaamse site www.neurocom.be geeft een goed overzicht.

Func-tieniveau	Activiteitenniveau / Participatieniveau	Externe factoren
ATP BOX Lexicaal semantische therapie Visueel semantische therapie FIKS WWP MIT SMTA	PACE REST Taalzakboek Touchspeak Gespreksboek Situatiespecifieke training Itemspecifieke training	PACT

Tabel 7. Overzicht van behandelmethoden en materialen op vier ICF niveaus.

ATP, Auditief Taalbegripsprogramma (Bastiaanse 2010); BOX, semantisch therapieprogramma (Visch-Brink & Bajema, 2001); Lexicaal semantische therapie (Oskamp & Weber, 2005); Visueel semantische therapie (Oskamp & weber, 2005); FIKS, een fonologisch therapieprogramma (van Rijn et al., 2000); WWP, werkwoordproductie op woord- en zinsniveau (Bastiaanse et al., 1996); MIT, Melodische Intonatie Therapie (van der Lugt- van Wiechen & Verschoor, 1987); SMTA, Speech-Music Therapy for Aphasia (Hurkmans et al., 2008); PACE, Promoting Aphasics Communicative Effectiveness (Davis & Wilcox, 1985); REST, Reduced Syntax Therapie (Ruiter et al., 2003); GB, Gespreksboek (Verschaeve et al., 1998); TZB, Taalzakboek (de Vries et al., 2005; Situatiespecifieke training (o.a. Hopper & Holland, 1998; Sevat & Heesbeen, 2003); Itemspecifieke training (o.a. Wielaert et al., 2005); PACT, Partners van Afasiëpatiënten Conversatietraining (Wielaert & Wilkinson, 2012).

In het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van afasietherapie zijn anno 2012 twee duidelijke tendensen te onderscheiden. Enerzijds is er het onderzoek dat zoekt naar bewijs voor structurele en functionele veranderingen in het brein op basis van gedragstherapie op functieniveau, zoals de onderzoeken met de Constraint Induced Aphasia Therapy (CIAT, Meinzer, 2012; Berg et al., 2012) en de MIT (van der Meulen, van de Sandt-Koenderman & Ribbers, 2012). Anderzijds is er veel aandacht voor het participatieniveau op basis van het sociaal model-denken (Pound et al., 2000; Simmons-Mackie, 2001; Kagan & Simmons-Mackie, 2007; Hersh et al., 2012).

3.7.2.1 Behandeling op functieniveau

De therapie op functieniveau, of 'stoornisgerichte therapie', beoogt herstel van taalfuncties in het brein. Hierbij worden veranderingen op neurale niveau verondersteld (Code, 2001), die ten grondslag liggen aan een gedragsmatig verbeterd talig functioneren. Onder invloed van de ontwikkelingen in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw in de cognitieve neuropsychologie (Ellis & Young, 1998) en de ontwikkelingen in de klinische linguïstiek (Bastiaanse, 2011), zijn er veel methoden en materialen voor handen op het functieniveau. Voor dit type behandeling is anno 2012 het meeste bewijs van effectiviteit voor handen (Cicerone et al., 2011; Salter et al., 2011; Code, 2012).

De stoornisgerichte behandeling, ook wel cognitief-linguïstische therapie genoemd, richt zich op een specifieke linguïstische modaliteit (Doesborgh, van de Sandt-Koenderman, Dippel et al., 2004; de Jong-Hagelstein et al., 2010). Dit kan de semantiek zijn (Visch-Brink & Bajema, 2001; Oskamp & Weber, 2005) de fonologie (van Rijn et al., 2000) of de syntaxis (Bastiaanse, Jonkers, Quak & Varela Put, 1996; Bastiaanse, Hurkmans & Links, 2006). Of de therapie richt zich op één specifiek communicatie kanaal, zoals het auditief taalbegrip (Bastiaanse & Zwaga, 2010). Het auditief taalbegrip krijgt in vrijwel elke afasietherapie in de acute en vroege revalidatiefase veel aandacht, omdat een verbeterd taalbegrip vaak een grote winst in de gestoorde communicatie betekent.

In 1987 verscheen de Nederlandse vertaling van de Melodische Intonatie Therapie (MIT, van der Lugt-van Wiechen & Verschoor; van der Meulen et al., 2012). De MIT heeft als doel om bij niet-vloeiende afasie het spreken te 'deblokken' door inschakeling van de intacte rechterhemisfeer. Dit laatste zou bewerkstelligd worden door het gebruik van zingen en het ritmisch bewegen van de linkerhand / arm (van der Meulen et al., 2012). In 2012 wordt een nieuwe Nederlandse versie van de MIT verwacht, op basis van een multicenter onderzoek dat plaats vond in 2010-2011.

Ook de SMTA (Hurkmans, Zielman & de Bruijn, 2008) leunt op de gedachte dat gebruik van muzikale elementen bij de productie van talige componenten het herstel van de taalprocessen faciliteert. De SMTA wordt door een logopedist samen met een muziektherapeut uitgevoerd. In de SMTA wordt een breder scala van muzikale elementen ingezet dan bij de MIT (Hurkmans, de Bruijn, Boonstra et al., 2012).

Er zijn diverse computerprogramma's beschikbaar, die met name bedoeld zijn om cliënten extra oefenmomenten te geven. Anno 2012 betreft dit met name KOMPRO en Digitaal en het TaalOefenProgramma (TOP) van de SAN.

3.7.2.2 Behandeling op activiteiten- en participatieniveau

Doel van de behandeling op activiteiten- en participatieniveau is het verbeteren van de communicatieve vaardigheid en het verminderen van de gevolgen van de afasie op het persoonlijke leven van de cliënt en diens omgeving. In de praktijk worden veel verschillende benamingen gebruikt voor dit type therapie, voorbeelden hiervan zijn: functionele-, communicatieve-, psychosociale-, sociale- of participatiegerichte therapie. De scheidslijn tussen activiteitsniveau en participatieniveau is niet scherp, er is eerder sprake van een continuüm. Binnen het activiteitsniveau richt men zich meer op de individuele vaardigheid en competenties van de persoon met afasie, om zich in sociale situaties staande te houden. Bij participatie gaat het om de werkelijke uitvoering van communicatieve activiteiten tijdens de invulling van een sociale rol. Hoe meer contextuele factoren (zoals gesprekspartners) er betrokken zijn, hoe meer de interventie is gericht op participatie (Worrall & Frattali, 2000). De behandeling op activiteiten / participatieniveau krijgt vooral aandacht bij mensen met een ernstige of matig-ernstige afasie, hoewel hier ook bij lichte afasie nog aandacht aan besteed kan worden.

In de praktijk wordt therapie op activiteiten / participatieniveau ook vaak gelijkgeschakeld aan ondersteunde communicatie, omdat mensen met een ernstige en matig-ernstige afasie naast hun resterende taalvaardigheid ook zijn aangewezen op andere communicatiewijzen. Er wordt gesproken van ondersteunde, totale of multimodale communicatie (Verschaeve & Wielaert, 1994; Garrett & Beukelman, 1992; Hux et al., 2001; v.d. Sandt-Koenderman, et al., 2007) wanneer de cliënt gebruik maakt van een combinatie van communicatie kanalen, zoals gesproken en geschreven taal (verbaal), gebaren en mimiek (non-verbaal) en communicatieondersteunende hulpmiddelen (verbaal en/of non-verbaal). Hoe ernstiger de afasie, hoe groter de rol voor ondersteunde communicatie en ook hoe groter de rol van de gesprekspartners. Van gesprekspartners wordt verwacht dat zij hun manier van communiceren aanpassen aan de persoon met afasie, maar van hen wordt ook verwacht dat zij de expressie van ideeën en gedachten van de afatische partner faciliteren (Kagan et al., 2001). Eén van de eerste publicaties op het gebied van de therapie op activiteitsniveau betrof de PACE, Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness (Davis & Wilcox, 1981; Davis & Wilcox, 1985; Berns, 2002). Davis en Wilcox (1981) realiseerden zich dat bij veel mensen met afasie de herwonnen taalvaardigheden zich niet zonder meer naar communicatieve situaties vertaalden. Met PACE werden cliënten binnen een therapiesituatie uitgenodigd om informatie over te brengen op welke wijze dan ook, daarbij gebruikmakend van hun taalvaardigheden, maar

indien nodig ook door gebruik te maken van andere communicatiekanalen. Niet het taalgebruik zelf was het doel van de therapie, maar het communicatief vermogen, dat wil zeggen het succesvol uitwisselen van informatie, op welke wijze dan ook.

Bij de Reduced Syntax Therapie (REST; Schlenck, Schlenck & Springer, 1995; Ruiters, Kolk & Holtus, 2003; Ruiters, Kolk & Rietveld, 2010) trainen mensen met een niet vloeiende vorm van afasie hun verbaal communicatieve vaardigheid. Deze therapie is vooral geschikt voor mensen met een chronische afasie van het Broca type, die moeite hebben met het maken van volledige syntactische structuren in de dagelijkse conversatie. Ruiters en collega's (2010) vonden als belangrijkste uitkomstmaat van de REST dat het spreken in elliptische uitingen tot een verbeterde communicatieve vaardigheid leidt. Dit houdt in dat de snelheid van de communicatie toeneemt, terwijl de boodschap voor de luisteraar nog steeds goed te begrijpen is.

In Nederland zijn veel communicatie ondersteunende hulpmiddelen voorhanden. Commercieel uitgegeven en speciaal gericht op afasie zijn het Gespreksboek (Verschaeve, Duinker-Kloeke, Muller-Pieterse & Regoort, 1998) het Taalzakboek (de Vries, Stoutjesdijk, Barf & Stumpel, 2001) en meer recentelijk de Touchspeak (Wiegers & van de Sandt-Koenderman, 2002; v.d Sandt-Koenderman, Wiegers, Wielaert, van Duivenvoorden & Ribbers, 2007). De eerste twee zijn in boekvorm en bevatten een standaard vocabulaire. De TouchSpeak is een zakcomputer en bevat een persoonlijk, dynamisch, vocabulaire.

Het Taalzakboek en de Touchspeak dienen voornamelijk de communicatieve competentie van de persoon met afasie zelf. Het Gespreksboek gaat, zoals de naam al zegt, veel meer uit van de interactie, waarbij de gesprekspartners gebruik maken van de onderliggende structuur van het Gespreksboek (het wie-wat-waar schema), om hun te communiceren boodschap over te brengen.

Anno 2012 is ook het gebruik van tablet PC's zoals de iPad niet meer weg te denken uit het aanbod van communicatie ondersteunende middelen. Sommige applicaties ('apps') bieden de mogelijkheid aan familieleden, of wellicht in sommige gevallen aan de cliënt zelf, om een persoonlijk communicatiehulpmiddel te ontwikkelen dat voor de betreffende cliënt een uitkomst biedt in persoonlijke, communicatieve situaties.

Een andere invalshoek van training van communicatieve vaardigheid zijn de item specifieke- en situatie specifieke training. Bij de item specifieke training, leert de cliënt een specifiek vocabulaire van woorden en / of uitingen, die veel gebruikt worden in het dagelijks leven (Hillis, 1998; Wielaert, Wiegers & van de Sandt-Koenderman, 2005). Youmans en collega's (2005)

beschreven het inslijpen van scripts, als vorm van itemspecifieke training, die in veelvoorkomende activiteiten of situaties konden worden toegepast. Bij de situatie specifieke training is een bepaalde situatie het uitgangspunt, waarin multimodale communicatie wordt ingezet, en waarbij naar maximale zelfstandigheid van de persoon met afasie wordt gestreefd in die situatie (Hopper & Holland, 1998; Goos, Heesbeen & Sevat, 1999; Sevat & Heesbeen, 2003; Rohde, 2003).

3.7.2.3 Behandeling van de omgeving

Voor cliënten die in zeker mate afhankelijk blijven van hun gesprekspartner is in principe een begeleiding of training van die gesprekspartners geïndiceerd. Conversatie Analyse leent zich uitstekend voor het opstellen van adviezen en het trainen van partners, op basis van video-opnamen van hun natuurlijke conversaties (Booth & Perkins, 1999). Sinds 2012 is hiervoor in Nederland de Partners van Afasiepatiënten Conversatietraining (PACT, Wielaert & Wilkinson, 2012) beschikbaar. De PACT richt zich in eerste instantie geheel op het trainen van alleen die gesprekspartner. Uitgangspunt hierbij is, dat niet elke partner het natuurtalent heeft om zelfstandig de communicatiewijze die al vele jaren gehanteerd wordt van de ene dag op de andere aan te kunnen passen aan het (on)vermogen van de afatische partner. Uiteindelijk zijn er bij deze interventie doelen en middelen voor beide gesprekspartners aan de orde, zoals onder andere beschreven door Wilkinson en collega's (2010) en Hopper en collega's (2002). Een therapie op activiteiten / participatie niveau voor cliënten die in een instelling verblijven, richt zich vooral op de communicatieve vaardigheden van de professionals die daar werken. Le Dorze en collega's (2000), Simmons-Mackie (2001), Simmons-Mackie en collega's (2007) en O'Hallaran en collega's (2011) zijn belangrijke pleitbezorgers voor het verbeteren van het communicatief klimaat in instellingen waar cliënten met afasie wonen. Zeker in de trend van kleinschalig wonen en verbetering van het woon-leefklimaat in verpleeghuizen verdient deze aanpak de aandacht. De logopedist kan hierin een rol als trainer / adviseur vervullen, naast de gebruikelijke therapeutrol (Cox et al., 2011).

3.7.2.4. Overig

In de schema's is voorts nog sprake van het instellen van een communicatieschrift of agenda. In vrijwel alle instellingen wordt gebruik gemaakt van een communicatieschrift of agenda waarbij alle behandelaren een korte samenvatting schrijven van de therapieactiviteiten van die dag. Op

deze wijze kan iemand met een ernstige of matig-ernstige afasie toch met het bezoek bespreken wat er die dag is gebeurd.

Van een andere orde is de exploratieve therapie (Visch-Brink et al., 1993; Wielaert & Berns, 2003), of observerend behandelen, die niet in het schema is genoemd. In een vroege fase na het optreden van de afasie kan het beeld nog zo sterk veranderen, dat het niet mogelijk is om expliciete doelen te stellen zonder steeds achter de feiten aan te lopen. In feite wordt in de exploratieve therapie steeds zo nauw mogelijk aangesloten bij het niveau van de cliënt van dat moment. Een andere motivatie voor exploratieve therapie komt voor bij complexe beelden, waarbij naast de afasie ook overige cognitieve stoornissen duidelijk aanwezig zijn. De logopedist heeft dan vaak meer tijd nodig om een juist niveau te bepalen en verschillende benaderingen te proberen in de wijze van response management (zie ook paragraaf 3.7.4).

3.7.3 Therapiefrequentie

De frequentie van een therapie is een gemakkelijk kwantificeerbare component en is daarmee goed vertegenwoordigd in de wetenschappelijke evidence voor afasietherapie anno 2012. De frequentie waarin wordt behandeld blijkt doorslaggevend te zijn voor de effectiviteit van de behandeling. (Bhagal et al., 2003; Kelly et al., 2010; Cicerone et al., 2011; Salter et al., 2011; Meinzer et al., 2012; Code & .., 2012). Tevens is aangetoond dat laagfrequente therapie niet effectief is (Commissie CVA revalidatie, 2001; Kwaliteitsinstituut CBO, 2009). Momenteel wordt in Nederland een minimale frequentie van 2 uur per week aanbevolen op basis van de meest recente richtlijn beroerte (Kwaliteitsinstituut CBO, 2009). Daarnaast wordt aanbevolen om extra oefenmomenten in te lassen, bijvoorbeeld zelfstandig aan de computer of met familieleden, zodat er per dag één uur geoefend wordt.

Kelly en collega's (2010) bespreken in hun Cochrane review dat er op dit moment onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van één bepaalde behandeling boven een andere. Deze conclusie van Kelly en collega's past in de Cochrane traditie, waarin zeer strikte criteria gelden voor de selectie van wetenschappelijke studies en waarin randomized controlled trials gelden als de studies met de hoogste wetenschappelijke waarde. Echter, bij effectmeting van afasietherapie worden steeds vaker kritische geluiden gehoord ten aanzien van de bruikbaarheid van randomized controlled trials (Code, 2012; Kelly et al., 2010; Simmons-Mackie et al., 2010; de Jong-Hagelstein et al., 2011). Meer waarschijnlijk bestaat er geen eenduidige aanpak die succesvol is voor iedere cliënt met afasie. De heterogeniteit binnen het symptoom afasie alleen

al, maar ook de complexiteit binnen andere componenten, zoals persoonlijke factoren van de cliënt, externe factoren en ook kenmerken van de therapeut spelen waarschijnlijk een rol in het welslagen van een afasie interventie (Byng, 1995; Hemsley & Code, 1996; Whyte & Hart, 2003; Hinckley, 2005; Berns, Brondijk & Wielaert, 2008).

3.7.4 Interactief proces

Het derde element van een logopedische behandeling betreft het therapieproces, of meer specifiek het interactief proces tussen cliënt en therapeut (Byng, 1995; Byng & Black, 1995; Ferguson, 1999; Whyte & Hart, 2003; Wielaert & Berns, 2003; Hinckley, 2005; Horton, 2006). Whyte en Hart (2003) roepen op tot een scherpere definiëring van therapie binnen de revalidatie in zijn algemeenheid. Zij stellen dat we pas kunnen bepalen of, wanneer en voor wie een therapie effectief is, als we alle ingrediënten van een therapie kunnen definiëren en dit betreft zowel de therapie inhoud als het therapieproces. Een belangrijk onderdeel van dit interactieve therapieproces is het 'response management'. Dit behelst onder andere de wijze van cueing en feedback geven en de timing daarvan. Dit kan ook beschouwd worden als het leertheoretische aspect van de gedragstherapie die afasietherapie op functieniveau in feite is. Een voorbeeld van het omgaan met cues en feedback is het 'errorless learning', waarbij het materiaal dat gebruikt wordt in de therapie zodanig is samengesteld, dat de cliënt zo weinig mogelijk fouten maakt en leert op voornamelijk succeservaringen. Fillingham en collega's (2005) toonden aan dat deze manier van leren binnen een therapie voor woordvinding even effectief was als wanneer de cliënt vaker fouten maakte en verbeterd werd. In de praktijk wordt meestal intuïtief gekozen voor een niveau dat de cliënt net aan kan, met enige moeite (Visch-Brink, 1997). Het andere aspect is het emotionele aspect, zoals de relatie met de cliënt, motivatie, persoonlijkheidskenmerken en de emotionele ervaringen van zowel de cliënt als de therapeut tijdens het therapieproces (Hinckley, 2005). De Standaarden Revalidatie spreken bij het therapieproces van 'aandachtspunten voor elk contactmoment' (Cox et al., 2011, p.10). Hieronder wordt onder andere verstaan: uitleggen, de tijd nemen, rekening houden met de psychische gesteldheid en het cognitief functioneren van de cliënt, instrueren, motiveren en evalueren (of feedback geven).

De interactie tussen een cliënt en een therapeut wordt in belangrijke mate bepaald door de opvatting die een therapeut heeft of die in een instelling leeft over wat therapie eigenlijk is (Horner et al., 1996; Hinckley, 2005). Binnen het continuüm van therapie op functieniveau naar therapie op participatieniveau zien we een verschuiving optreden in de rol van de

therapeut als de ‘wetende expert’ naar die van een ‘meedenkende coach’. Deze rollen bepalen in hoge mate de wijze waarop het contact tussen de therapeut en de cliënt vorm krijgt. In het algemeen zien we in de acute en de revalidatiefase vaker de therapeut als ‘wetende expert’. Zowel therapeuten als cliënten delen deze opvatting die past binnen het ‘medisch model denken’. In de chronische fase verschuift dit naar de therapeut als meedenkend coach, met de cliënt en diens familie als ervaringsdeskundigen. Deze opvatting past bij het ‘sociaal model denken’ (Simmons-Mackie, 2001; Hinckley, 2005).

4. NAIS Context

4.1 Standaarden Revalidatie van de NVLF

Zoals beschreven in de inleiding vormden de logopedische standaarden voor het verpleeghuis van de NVLF uit 1996 het uitgangspunt voor de NAIS. In november 2011 werden de Standaarden Revalidatie van de NVLF gepubliceerd op de website van de NVLF (Cox, van Hemert en van de Vloed, 2011, www.nvlf.nl). De Standaarden Revalidatie geven een zorgvuldige beschrijving van de werkzaamheden van de logopedist in de revalidatiesector. Het zorgproces wordt beschreven in zeven stappen:

1. Verwijzing
2. Anamnese en onderzoek
3. Diagnose en besluitvorming (aan de hand van het ICF model)
4. Behandelplan
5. Behandeling
6. Evalueren
7. Afronden en nazorg.

De NAIS kan gezien worden als een verbijzondering en inhoudelijke invulling van deze Standaarden Revalidatie. De NAIS biedt vakinhoudelijke ondersteuning binnen de professionele autonomie van de logopedist en sluit met name aan bij de rollen van therapeut, beroepsbeoefenaar en innovator.

De NAIS biedt met name ondersteuning in de stappen 2, 3, 4 en 5.

In de Standaarden Revalidatie wordt ook het belang van de multidisciplinaire behandeling en de rol van de logopedist in een multidisciplinair team onderschreven.

4.2 Multidisciplinair handelen

Een afasie is het gevolg van hersenbeschadiging, veelal door een beroerte (CBO, 2008) maar kan ook het gevolg zijn van een trauma of tumor. Afasie is in veel gevallen slechts één van de symptomen als gevolg van het hersenletsel. De behandeling van afasie dient dan ook bij voorkeur in multidisciplinair teamverband uitgevoerd te worden. De gegevens uit onderzoeken van andere disciplines zijn van belang voor de logopedische interventie. Zo zijn bijvoorbeeld gegevens uit het neuropsychologisch onderzoek belangrijk voor de bepaling van het doel en de methodiek in de logopedische therapie, daar het talig functioneren en het effect van therapie mede worden bepaald door andere cognitieve uitval (van Harskamp & Visch-Brink, 1991; van Mourik et al., 1992; Visch-Brink et al., 1993; van de Sandt-Koenderman & Visch-Brink, 2001; v.d. Sandt, v. Harskamp, Duivenvoorden et al., 2008; Lambon-Ralph, Snell, Fillingham, Conroy & Sage, 2010).

Andersom geldt dit uiteraard ook, want communicatie staat immers in elk contact centraal. Afasie wordt dan ook wel genoemd als een belemmerende factor in het kunnen profiteren van een revalidatiebehandeling, zeker wanneer het om een ernstige afasie gaat (Gialanella, Bertolinelli, Lissi & Prometti, 2011). Naast de multidisciplinaire teams bestaan er in een aantal revalidatiecentra afasieteams (Ruiter, 2006). Dit zijn interdisciplinaire teams, waarvan de onderzoeken van de deelnemende disciplines geheel in het teken staan van de afasiebehandeling. Afasieteams bestaan bij voorkeur uit een logopedist, klinisch linguïst, neuropsycholoog en een revalidatiearts of neuroloog. Hulp in de diagnostiek en besluitvorming (stappen 2 en 3 van de standaarden revalidatie) door afasieteams zijn ook voor externe partijen toegankelijk.

5. Restricties van de NAIS

De NAIS is een beschrijving van het professioneel handelen van de logopedist in de afasietherapie. Er is geen systematisch literatuuronderzoek gedaan en de NAIS is dan ook geen evidence-based richtlijn.

Ook de belangrijke inbreng van andere disciplines in de diagnostiek en de multidisciplinaire behandeling waarbinnen de afasiebehandeling valt, blijven in deze beschrijving onderbelicht. Basis van de NAIS is de consensus over het professioneel handelen door de leden van de NVAT anno 2012. Hierbij is getracht de standpunten met de meest recente wetenschappelijke publicaties te onderbouwen en te illustreren. Deze versie van de NAIS is een beschrijving naar

de huidige ontwikkelingen en aannames op het gebied van de afasievalidatie. Dit is een dynamisch proces wat zal moeten worden aangepast en aangevuld in de komende jaren. Logopedisten en afasietherapeuten van de NVAT en andere deskundigen op het gebied van afasie verenigd binnen het AfasieNet (kennisnetwerk voor afasietherapie; www.AfasieNet.com) kunnen hier hun bijdrage aan leveren.

6. Referenties

- Bakheit, A.M.O., Shaw, S., Barrett, L., Wood, J., Carrington, S., Griffiths, S., Searle, K. & Koutsie, F.A. (2007). A prospective, randomized parallel controlled study of the effect of intensive Speech and Language Therapy in early recovery from poststroke aphasia. *Clinical Rehabilitation*. 21 (10), 885-894.
- Bastiaanse, R. (2010). *Auditief Taalbegripsprogramma (ATP)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bastiaanse, R. (2011). *Afasie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bastiaanse, R., Bosje, M., & Visch-Brink, E. G. (1995). *Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia: The Dutch Version*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Ass.
- Bastiaanse, R., Hurkmans, J. & Links, P. (2006). The training of verb production in Broca's aphasia: a multiple baseline across-behaviours study. *Aphasiology*. 20, 298-311.
- Bastiaanse, R., Jonkers, R., Quak, Ch. & Varela Put, M (1996) *Werkwoordproductie op woord- en zinsniveau*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bastiaanse, R., Maas, E. & Rispens, J. (2000). *Werkwoorden en Zinnen Test*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bastiaanse, R. & Zwaga, M. (2010). Training van het auditieve woordbegrip bij ernstige afasie. De effecten van het Auditieve Taalbegripsprogramma voor zelfstandige naamwoorden (ATP-N) en werkwoorden (ATP-V). *Logopedie en Foniatrie*, (6), 196-201.
- Beeke, S., Maxim, J., Best, W., & Cooper, F. (2011). Redesigning therapy for agrammatism: Initial findings from the ongoing evaluation of a conversation-based intervention study. *Journal of Neurolinguistics*, 24(2), 222-236.
- Berg, A.M. van den, Reijden, R. van der, Verbeek, J., Wit, M. de, Fransen, L. & Veldkamp, M. (2012). Constraint Induced Aphasia Therapy (CIAT) in de revalidatiefase. *Logopedie & Foniatrie*, (2), 56-61.
- Bergh, C.C.M. van den & Keulen, A. van, (2011). *Voorlichtingskaarten. Voorlichtingsondersteunende kaarten voor patiënten met communicatie- en geheugenstoornissen*. Arnhem: SAN/VU medisch centrum.
- Bergh-Raat, C. van den & Keulen, A. (2012). Voorlichtingskaarten. *Logopedie & Foniatrie*, 4, 124-129.
- Berns, P.E.G. (2002). Pragmatische aspecten van afasietherapie. In: H.F.M. Peters & R. Bastiaanse (Eds) *Handboek Stem- Spraak- taalpatologie*. Houten: Bohn stafleu van Loghum.

- Berns, Ph., Brondijk, G. & Wielaert, S. (2008). Grondslagen van de logopedie. In: A. Meulenberg-Brouwer, H. van der Pol-Top & C. Kuiper (Red) *Dialoog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma.
- Berns, P.E.G. & Wielaert, S. (2003). Theoretische achtergronden van afasietherapie; opvattingen en kenmerken. In: .Wielaert & P.E.G. Berns (Eds) *Status Afasietherapie. Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt
- Bhogal, S.K., Teasell, R. & Speechley, M. (2003) Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*. 34(4), 987-993.
- Blackstone, S.W. & Hunt Berg, M. (2003). Social networks: a communication inventory for individuals with complex communication needs and their communication partners. Monterey: Augmentative Communication Inc.
- Blomert, L., Koster, C. & Kean, M-L. (1995). *Amsterdam-Nijmegen test voor Alledaagse Taalvaardigheden*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Booth, S. & Perkins, L. (1999). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia: a case study. *Aphasiology*, 13, 283-303.
- Bradley, E.H., Bogardus, S.T.J., Tinetti, M.E. & Inouye, S.K. (1999). Goal-setting in clinical medicine. *Social Science and Medicine*, 49, 267-278.
- Byng, S. (1995). What is aphasia therapy? In: C. Code & D. Muller (Eds). *Treatment of Aphasia: from theory to practice*. London: Whurr.
- Byng, S. & Black, M. (1995). What makes a therapy? Some parameters of therapeutic intervention in aphasia. *European Journal of Disorders of Communication*, 30, 303-316.
- Byng, S. & Duchan, J. (2005). Social model philosophies and principles: their implications to therapies for aphasia. *Aphasiology*, 19(10-11), 906-922.
- Cicerone, K., Langenbahn, D., Braden, C., Malec, J., Kalmar, K., Fraas, M., et al. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 92(4), 519-530.
- Code, C. (2001). Multifactorial processes in recovery from aphasia: developing the foundations for a multileveled framework. *Brain and Language*. 77, 25-44.
- Code, C. (2012). Apportioning time for aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26(5), 729-735.
- Cox, E., Hemert, A. van & Vloed, J. van de (2011). *Standaarden Revalidatie*. Woerden: NVLF. www.nvlf.nl, Geraadpleegd 30 april 2012.
- Commissie CVA-revalidatie (2001). *Revalidatie na een beroerte. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.

- Cruice, M., Worrall, L. & Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20 (12), 1210–1225.
- Cunningham, R., & Ward, C. (2003). Evaluation of a training programme to facilitate conversation between people with aphasia and their partners. *Aphasiology*, 17(8), 687-707.
- Dalemans, R.J.P., De Witte, L.P., Beurskens, A.J.H.M., van den Heuvel, W.J.A. & Wade, D.T. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation*. 32(20), 1678-1685.
- Dalemans, R.J.P., Overländer, S. & Knors, A. (2011). Family Needs Questionnaire. Vertaling naar het Nederlands, onderzoek naar de begrijpelijkheid en betrouwbaarheid. *Logopedie & Foniatrie*, (3),82-86.
- Davis, A.G. & Wilcox, M.J. (1981). Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment In: R. Chapey (Ed). *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Davis, A. G. & Wilcox, M.J. (1985). *Adult aphasia rehabilitation: applied pragmatics*. San Diego CA: College Hill press.
- Deelman, B., Koning-Haanstra, M., Liebrand & van den Burg. (1981) *SAN afasietest*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Doesborgh, S., Sandt-Koenderman, M. v. d., Dippel, D., Harskamp, F. v., Koudstaal, P., & Visch-Brink, E. (2003). Linguistic deficits in acute aphasia. *Journal of Neurology*, 250(8), 977-982.
- Doesborgh, S., Sandt-Koenderman, M. v. d., Dippel, D., Harskamp, F. v., Koudstaal, P., & Visch-Brink, E. (2004). Effects of semantic treatment on verbal communication and linguistic processing in aphasia after stroke: a randomized controlled trial. *Stroke*. 35, 141-146.
- Ellis, A. & Young, A. (1988). *Human Cognitive neuropsychology*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Feiken, J., Hofstede, G. & Jonkers, R. (2008). De diagnostiek van verbale Apraxie. *Logopedie en Foniatrie*. 7/8, 228-234.
- Feiken, J. & Jonkers, R. (2012). *Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak (DIAS)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Feiken, J., Jonkers, R., Lettinga, A. & Stuive, I. (2012) Het DIAS: Diagnostisch Instrument voor Apraxie van de Spraak. *Logopedie & Foniatrie*, 4,112-118.
- Ferguson, A. (1999). Learning in aphasia therapy: it's not so much what you do, but how you do it! *Aphasiology*, 13,125-132.

- Fillingham, J., Sage, K. & Lambon Ralph, M. (2005). Further explorations and an overview of errorless and errorful therapy for aphasic wordfinding difficulties: the number of naming attempts during therapy affects outcome. *Aphasiology*, 19 (7), 597-614.
- Fox, S. Armstrong, E. & Boles, L. (2009). Conversational treatment in mild aphasia: a case study. *Aphasiology*, 23(7-8). 951-964.
- Gaag A., v.d., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V., Laing, S. & Mowles, C. (2005). Therapy and support services for people with long term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow up study. *Clinical Rehabilitation*, 19; 372
- Garrett, D., & Cowdell, F. Information needs of patients and carers following stroke. *Nursing Older People*, 17(6), 14-16.
- Garrett, K.L. & Beukelman, D.R. (1992). Augmentative communication approaches for persons with severe aphasia. In: Yorkston, K. (Ed.) *Augmentative communication in the medical setting*. Tucson, AZ: Communication Skill Builders.
- Gialanella, B., Bertolinelli, M., Lissi, M. & Prometti, P. (2011). Predicting outcome after stroke: the role of aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33, 122-129.
- Goos, H., Heesbeen, I. & Sevat, R. (1999) Trainingscentrum voor mensen met afasie. *Logopedie en Foniatrie*, 71 (12), 254-260.
- Graetz, P., De Bleser, R., & Willmes, K. (1991). *Akense Afasie Test: Nederlandstalige versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Harskamp, F. van, Visch-Brink, E.G., (1991) Goal recognition in aphasia. *Aphasiology*. 5 (6), 529-539.
- Heerkens, Y. & de Beer, J. (2007). International Classification of Functioning Disability and health. Gebruik van ICF in de logopedie. *Logopedie en Foniatrie*, 4, 112-119.
- Heerkens, Y., Huinck, W. & de Beer, J. (2008). Logopedie en het menselijk functioneren (ICF). In: A. Meulenberg-Brouwer, H. van der Pol-Top & C. Kuiper (Red) *Dialog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma.
- Heesbeen, I.M.E. & Sevat, R.G. (2001). *BEBA: Birkhovense Evaluatieschaal Behandeldoelen Afasie*. Amersfoort; Zorgaccent Amersfoort.
- Heesbeen, I.M.E. & Loon-Vervoorn, A. van (2001) Boston Benoemtaak. In: Heesbeen, I.M.E. *Diagnostiek en herstelmeting van taalproblemen na niet-aangeboren hersenletsel*. Proefschrift Universiteit van Utrecht. Veenendaal: Universal Press.
- Hemsley, G. & Code, C. (1996). Interactions between recovery in aphasia, emotional and psychosocial factors in subjects with aphasia, their significant others and speech pathologists. *Disability and Rehabilitation*, 18(11), 567-584.

- Hersh, D., Worrall, L., Howe, T., Sherratt, S. & Davidson, B. (2012) SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26(2), 220-233.
- Hillis, A.E. (1998). Treatment of naming disorders: new issues regarding old therapies. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 4, 648-660.
- Hinckley, J.J. (2005). The piano lesson: an autoethnography about changing paradigms in aphasia practice. *Aphasiology*, 19(8), 765-779.
- Hinckley, J., Patterson, J.P. & Carr, T. (2001). Differential effects of context-based and skill-based treatment approaches: preliminary findings. *Aphasiology*, 15(5), 463-476.
- Hopper, T. & Holland, A. (1998) A situation-specific training for adults with aphasia: an example. *Aphasiology*, 10, 933-944.
- Hopper, T., Holland, A. & Rewega, M. (2002) Conversational coaching: treatment outcomes and future directions. *Aphasiology*, 16, 745-761.
- Horner, J., Loverso, F.L. & Gonzalez Rothi, L. (1994). Models of aphasia treatment. In: R. Chapey (Ed.) *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore: William & Wilkins.
- Horton, S. & Byng, S. (2000). Examining interaction in language therapy. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(3), 355-375
- Horton, S. (2006). A framework for the description and analysis of therapy for language impairment in aphasia. *Aphasiology*, 20(6), 528-564.
- Houweling, L., Neijenhuis, K. & Lipke-Steenbeek, W. (2008). Log(oped)isch redeneren, evidence-based practice en reflecteren. In: A. Meulenberg-Brouwer, H van der Pol-Top & C. Kuipers,(Red). *Dialog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma.
- Hurkmans, J., Zielman, T. & de Bruijn, M. (2008). Speech-Music Therapy for Aphasia (SMTA). Een therapieprogramma voor afasie en verbale apraxie. *Logopedie en Foniatrie*, 80(11), 352-356.
- Hurkmans, J., de Bruijn, M., Boonstra, A.M., Jonkers, R., Bastiaanse, R., Arendzen, H. & Reinders-Messelink, H.A. (2012). Music in the treatment of neurological language and speech disorders: a systematic review. *Aphasiology*, 26 (1), 1-19
- Hux, K, Manasse, N., Weiss, A. & Beukelman D. (2001) Augmentative and Alternative Communication for persons with aphasia. In: R.Chapey (Ed) *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Janssen, G. (2003). "Het lijkt wel een quiz". Toepassing van een vereenvoudigde vorm van conversatie analyse in de begeleiding van een partner van een cliënt met afasie. In:

- Wielert, S. & Berns, Ph.(red). *Status afasietherapie. Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt.
- De Jong-Hagelstein, M., van de Sandt-Koenderman, W.M.E., Prins, N.D., Dippel, D.W.J., Koudstaal, P.J. & Visch-Brink, E.G. (2011). Efficacy of early cognitive-linguistic treatment in aphasia after stroke: a randomised controlled trial (RATS-2). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 82, 399-404.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults in aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12, 816-829.
- Kagan, A., Black, S.E., Duchan, J.F., Simmons-Mackie, N., & Square, P. (2001) Training volunteers as conversation partners using "supported conversation for adults with aphasia" (SCA); a controlled trial. *Language and Hearing Research*, 44, 624-637.
- Kagan, A. & Le Blanc, K. (2002). Motivating for infrastructure change : towards a communicatively accessible, participation-based stroke care system for all those affected by aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 35, 153-169.
- Kagan, A. & Simmons-Mackie, N. (2007) Beginning with the end. Outcome driven assessment and intervention with life participation in mind. *Topics in Language Disorders*. 27(4), 309-317.
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., & McEwen, S. (2008). Counting what counts: a framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. *Aphasiology*, 22(3), 258-280.
- Kalf, H. & Beer, J.de (2004). *Evidence based logopedie. Logopedisch handelen gebaseerd op wetenschappelijke evidentie*. Houten: BSL
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M. & Donaldson, N. (2004). Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, (328), 1099-1103.
- Kelly, H., Brady, M.C. & Enderby, P. (2010) Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Systematic Review*. 12,(5),CD000425.
<http://www.thecochranelibrary.com>. Geraadpleegd 30 april 2012.
- Kuipers, H.M. (2007). *Methodisch handelen in de logopedie*. Assen: Van Gorcum.
- Kuiper, C., Verhoef, J., de Louw, D. & Cox, K. (2004) *Evidence based practice voor paramedici. Methodiek en implementatie*. Utrecht: Lemma.
- Kwakkel, G., van Peppen, R., Wagenaar, R.C., Wood Dauphinee, S, Richards, C., Ashburn, A. et al., (2004). Effects of augmented exercise therapy time after stroke: a meta analysis. *Stroke*, 35(11), 2529-2539.
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. (2009). *Richtlijn beroerte*. Utrecht: CBO.

- Lambon Ralph, M. A., Snell, C., Fillingham, J. K., Conroy, P., & Sage, K. (2010). Predicting the outcome of anomia therapy for people with aphasia post CVA: both language and cognitive status are key predictors. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(2), 289-305.
- Lazar, R.M., Minzer, B., Antoniello, D., Festa, J.R., Krakauer, J.W. & Marshall, R.S. (2010). Improvement in aphasia scores after stroke is well predicted by initial severity. *Stroke*, 41, 1485-1488.
- Leach, E., Cornwell, P, Fleming, J. & Haines, T. (2010) Patient-centred goal setting in a sub acute rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation*, 32(2), 159-172.
- Le Dorze, G., Julien, M., Génèreux, S., Larfeuil, C., Navennec, C., Laporte, D. & Champagne, C. (2000). The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long-term care and their caregivers. *Aphasiology*. 14(1), 17-51.
- Lugt-van Wiechen, K.v.d. & Verschoor, J. (1987) Een voor het Nederlands taalgebied uitgewerkt programma voor afasietherapie, gebaseerd op de *Melodic Intonation Therapy*. Rotterdam: Stichting Afasie Rotterdam.
- Lui, M., Ross, F. & Thompson, D. (2005). Supporting family caregivers in stroke care. A review of the evidence for problem solving. *Stroke*, (36), 2514-2522.
- Loon-Vervoorn, A. van (2005). De Boston Benoemingstaak, een test voor woordvinding bij afasie, 4^e herziene druk. Utrecht.
- Mariën, P., Hyo Jung de Smet & Visch-Brink, E.G. (2008) *Comprehensive Aphasia Test-NL, pilotversie*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Coutinho.
- Meinzer, M., Rodriguez, A.D. & Gonzalez-Rothi, L.J. (2012). First decade of research on constraint-induced treatment approaches for aphasia rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93, (1), S35-S45.
- Meulen, I. van der, Gelder-Houthuizen, J. V., Wiegers, J., Wielaert, S., & Sandt-Koenderman, M. v. d. (2008). *Scenariotest. Verbale en non-verbale communicatie bij afasie*: Houten: BSL.
- Meulen, I. van der, Sandt-Koenderman, W.M.E. van de & Ribbers, G.M. (2012). Melodic Intonation Therapy: present controversies an dfuture opportunities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93, (1), S46-S52.
- Meulenberg-Brouwer, A., van der Pol-Top, H. & Kuiper, C. (2008). Wat zit er in de kast Modellen gebruikt in de logopedie. In: A. Meulenberg-Brouwer, H van der Pol-Top & C. Kuipers,(Red). *Dialog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Lemma.
- Mourik, M. v., Verschaeve, M., Boon, P., Paquier, P., & Harskamp, F. v. (1992). Cognition in global aphasia: indicators for therapy. *Aphasiology*, 6(5), 491-499.

- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (1996). *Standaarden voor logopedisten*. Gouda: NVLF
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (2003). Beroepsprofiel: Woerden: NVLF
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (2009). *ICF voor de logopedie*. Woerden: NVLF
- O'Halloran, R., Worrall, L. & Hickson, L. (2011) Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. *International Journal of Language and Communication Disorders*. 46(1), 30-47.
- Oskamp J. & Weber, D. (2005) *Neurolinguïstische afasietherapie. Verbaal semantische stoornissen*. Nederlandse vertaling. Hofheim: NAT-Verlag
- Oskamp J. & Weber, D. (2005) *Neurolinguïstische afasietherapie. Visueel semantische stoornissen*. Nederlandse vertaling. Hofheim: NAT-Verlag
- Paul, N. & Sanders, G. (2010). Applying an ecological framework to education needs of communication partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 24(9),1095-1112.
- Pound, C., Parr, S., Lindsay, J. & Woolf, C. (2000). Beyond aphasia. Therapies for living with communication disabilities. Oxon: Winslow Press.
- Pulvermuller, F., Neiniger, B., Elbert, T., Mohr, B., Rockstroh, B, Koebbel, P, et al., (2001). Constraint-induced therapy for chronic aphasia after stroke. *Stroke*, 32, 1621-1626.
- Purdy, M. & Koch, A. (2006). Prediction of strategy usage by adults with aphasia. *Aphasiology*, 20,(2-4), 337-348.
- Pijfers, L., de Vries, L. & Messing-Peterson, H. (1985). Het Utrechts Communicatie Onderzoek (UCO). Utrecht: Stichting Afasie Utrecht.
- Rijn, M.van, Booy, L. & Visch-Brink, E.G. (2000). *FIKS, een fonologische therapieprogramma*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Rijn, M. van., Visch-Brink, E. & Harskamp, F. van (2002). FIKS, een fonologisch therapieprogramma voor afatische patiënten. *Logopedie en Foniatrie*, 74(11), 300-306.
- Robey, R.R. (1998) A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 41, 172-187.
- Rodgers, H., Atkinson, C., Bond, S., Suddes, M., Dobson, R. & Curless, R. (1999). Randomized controlled trial of a comprehensive stroke education program for patients and caregivers. *Stroke*, (30),2585-2591.

- Rohde, L. (2003). "Ik moet hebben sigaretten". Beschrijving van een functionele therapie. In: Wielaert, S. & Berns, Ph.(red). *Status afasietherapie. Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt.
- Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) (2005). *Clinical guidelines*. Oxon: Speechmark.
- Ruiter, M. (2006). Afasieteam: Interdisciplinaire diagnostiek en advies. *Logopedie en Foniatrie*. 78, 388-390.
- Ruiter, M., Kolk, H. & Holtus, P. (2003). Compensatoire strategietraining voor chronisch agrammatisme na een beroerte: bevindingen van een pilot onderzoek. *Stem- Spraak- Taalpathologie*. 11(3), 192-199.
- Ruiter, M., Kolk, H. & Rietveld, T. (2010). Speaking in ellipses: The effect of a compensatory style of speech on functional communication in chronic agrammatism. *Neuropsychological Rehabilitation*. 20 (3), 423-458.
- Salter, K., Teasell, R., Bhogal, S., Zettler & Foley. (2011). Evidence-based review of stroke rehabilitation: Module 14: Aphasia. Available at: http://www.ebrsr.com/uploads/Module-14_Aphasia.pdf. Geraadpleegd 30 april 2012
- Sandt-Koenderman, W.M.E. van de & Visch-Brink, E.G. (2001). Multidisciplinaire aspecten van afasiediagnostiek. In: Peters, Dr.H.F.M e.a. (Red). *Handboek Stem-Spraak-taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Sandt-Koenderman, M. v.d., van Harskamp, F., Duivenvoorden, H., Remerie, S., van der Voort-Klees, Y., Wielaert, S., et al. (2008). MAAS (Multi-axial Aphasia System): realistic goal setting in aphasia rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* December, 31(4), 314-320.
- Sandt-Koenderman, W. M. E. v.d., Wiegers, J., Wielaert, S. M., Duivenvoorden, H. J., & Ribbers, G. M. (2007). High-tech AAC and severe aphasia: Candidacy for TouchSpeak (TS). *Aphasiology*, 21(5), 459-474.
- Schlenck, C, Schlenck, K.J. & Springer, L. (1995). Die Behandlung des schweren Agrammatismus, Reduzierte-Syntax-Therapie (REST). Stuttgart: Thieme.
- Sevat, R.G. & Heesbeen, I.M.E. (2000) Nazorg: ervaringen uit een praktijkgerichte behandeling. In: H.F.M. Peters & R. Bastiaanse (Eds.) *Handboek Stem-Spraak- Taalpathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Sevat, R.G., & Heesbeen, I.M.E. (2001). *Handleiding BIPAC: Behoeft Inventarisatie en Probleem Analyse van Communicatieve Activiteiten*. Amersfoort: Verpleeg/ en reactiveringscentrum Birkhoven.
- Sevat, R. & Heesbeen, I. (2003). Van therapiesituatie naar praktijksituatie: werkwijze in het trainingscentrum voor mensen met afasie. In: Wielaert, S. & Berns, Ph.(red). *Status afasietherapie. Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt.

- Siegert, R. & Taylor, W. (2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 26(1), 1-8.
- Simmons-Mackie, N. (2001). Social approaches to aphasia intervention. In R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., O'Neill Christie, C., Huijbrechts, M., Mcewen, S. & Willems, J. (2007). Communicative access and decision making for persons with aphasia: Implementing sustainable healthcare systems change. *Aphasiology*. 21 (1) 39-66
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. R. (2010). Communication Partner Training in Aphasia: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(12), 1814-1837.
- Smith, J., Forster, A. & Young, J. (2009). Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers. *Clinical rehabilitation*, (2), 195-206.
- Taylor Sarno, M. (1969). *The Functional Communication Profile (FCP)*. Manual of directions. New York: new York University Medical Center.
- Thompson, C., & Worrall, L. (2008). Approaches to aphasia treatment. In N. Martin, C. Thompson & L. Worrall (Eds.), *Aphasia rehabilitation. The impairment and its consequences*. San Diego: Plural Publishing.
- Vereniging voor Klinische Linguïstiek (in voorbereiding). Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van afasie. VKL, interne nota.
- Verschaeve, M. (1998). Het gespreksboek als ondersteunend communicatiemiddel. *Logopedie en Foniatrie*, 11, 81-85.
- Verschaeve, M., Duinker-Kloeke, G., Muller-Pieterse, I. & Regoort, A. (1998). *Gespreksboek*, 2^e herziene druk. Westervoort: Stichting Afasie Nederland.
- Verschaeve, M. & Wielaert, S. (1994). Ondersteunde communicatie bij afasie. *Logopedie en Foniatrie*, 5, 151-153.
- Vickers, C.P. (2010). Social networks after the onset of aphasia: The impact of aphasia group attendance. *Aphasiology*, 24 (6-8), 902-913.
- Visch-Brink, E.G. (1997). Reply: let's do semantics. Wanted: an experienced therapist. *Aphasiology*, 11, 1106-1115.
- Visch-Brink, E., Harskamp, F.v., Amerongen, N.v., Wielaert, S. & Sandt-Koenderman, W.M.E.v. d. (1993). A multidisciplinary approach to aphasia therapy. In: Holland. A. & Forbes, M. (Eds). *Aphasia treatment: world perspectives*. San Diego: Singular Publishing Group.

- Visch-Brink, E.G. & Bajema, I.M. (2001). *BOX, een semantisch therapieprogramma*. Lisse: swets & Zeitlinger.
- Visch-Brink, E.G. & Wielaert, S. (2005). Stoornisgerichte en/of functionele therapie voor gestoorde functies bij een verworven afasie? *Stem- Spraak- en Taalpathologie*. 13(3), 153-172.
- Visch-Brink, E.G., Denes, C. & Stronks, D. (2005). *De Semantische Associatie Test*. Amsterdam: Harcourt Assessment.
- Visch-Brink, E. G., Sandt-Koenderman, W. M. E. v. d. & El Hachioui, H. (2010). *ScreeLing*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Visser-Meily, A. & Heugten, C. van, (2004). *Zorg voor mantelzorg: richtlijnen en aanbevelingen voor de begeleiding van naasten van getroffen door een beroerte*. Den Haag: Nederlands Hartstichting.
- Visser-Meily, A., Heugten, C.v., Post, M., Schepers, V. & Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient education and counselling*, (56), 257-267.
- Visser-Meily, A., Post, M., Port, I.v.d., Maas, C., Forsberg-Warleby, G. & Lindeman, E. (2009). Psychosocial functioning of spouses with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years post stroke. *Stroke*, (4), 1399-1404.
- Vries, L.A. de, Stoutjesdijk, O., Barf, H. & Stumpel, H. (2001). *Het Taalzakboek, herziene uitgave*. Amsterdam: Pearson.
- Wade, D. (2009) Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical rehabilitation*. 23(4), 291-295.
- Whyte, J. & Hart, T. (2003). It's more than a black box; it's a Russian doll. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(8), 639-652.
- Wiegers, J. & Sandt-Koenderman, W.M.E. v.d. (2002). Ik heb afasie. Ik kan niet praten. Ik gebruik nu een computer om mee te praten. *Logopedie en Foniatrie*, 6, 180-185.
- Wiegers, J. & Sibon, M. (2003). Communicatietraining: de regie aan de cliënt. In: Wielaert, S. & Berns, Ph.(red). *Status afasietherapie. Gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt.
- Wielaert, S. & Visch-Brink, E.G. (1990). *Communicatie Profiel*. Rotterdam: Stichting afasie Rotterdam
- Wielaert, S., Wiegers, J. & Sandt-Koenderman, M.v.d. (2005). Graag weer praten. Hoe bepalen is de hulpvraag? *Logopedie en Foniatrie*. 77(1), 16-21.
- Wielaert, S., & Wilkinson, R. (2012). *Partners van Afasiëpatiënten Conversatie Training (PACT)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Wilkinson, R. (2010). Interaction focused intervention: a conversation analytic approach to aphasia therapy.
Journal of interactional research in communication disorders, 1(1),45-68.
- Wilkinson, R., Bryan, K., Lock, S. & Sage, K. (2010). Implementing and evaluating aphasia therapy targeted at couples' conversations: a single case study. *Aphasiology*, 24(6-8), 869-886.
- Wilkinson, R. & Wielaert, S. (2012). Rehabilitation targeted at everyday communication: can we change the talk of people with aphasia and their significant others within conversation?
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93,(1),S70-S76.
- World Health Organization (WHO). (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO
- Worrall, L. (1999). *Functional Communication Therapy Planner (FCTP)*. Oxon: Wilmslow press.
- Worrall, L. (2006), Professionalism and functional outcomes. *Journal of Communication Disorders*, 39, 320-327.
- Worrall, L., Sheratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D. et al. (2011). What people with aphasia want: their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309-322.
- Youmans, G., Holland, A., Munoz, M.L. & Bourgeois, M. (2005). Script training and automaticity in two individuals with aphasia. *Aphasiology*, 19, (3/4/5), 435-450.
- Zwaga, M, van der Scheer, F. & Boxum, E. (2011) ASTA: Analyse voor Spontane Taal bij Afasie. De inzet van spontane-taalanalyse in de afasiebehandeling. *Logopedie en Foniatrie*, 9, 256-262.