

RICHTLIJN AFASIE

Samen gefundeerd werken aan herstel:
de richtlijn afasie toegepast in de praktijk

RICHTLIJN AFASIE 2025

Herziene richtlijn 2025 is leidend na publicatie op 1 juli 2025



DIAGNOSTIEK & BEHANDELING

BELANGRIJKSTE WIJZIGINGEN NIEUWE RICHTLIJN AFASIE  NIEUWE ONDERWERPEN Psychosociaal functioneren, Start en stopcriteria  FOCUSVERSCUIVING Biopsychosociaal model (ICF) als basis voor keuze diagnostische instrumenten en behandeling	MEETINSTRUMENTEN (UV 1) Combi stoornis + impact op het dagelijks participeren en communicatie in kaart brengen. Kijk voor een overzicht van de meetinstrumenten in de richtlijn. Rol logopedist  Opbouwen relatie en betrekken naasten  Diagnostiek en behandeling  Verwijzen naar afasieteam bij twijfel, gebrek aan juiste meetinstrumenten of onvoldoende kennis	FREQUENTIE, DUUR & INTENSITEIT (UV 2)  Min. 20 weken therapie  Behandel intensief (>3 uur per week), of doe het niet  Nieuwe aanbevelingen grote implicaties voor de praktijk, vanwege hoge behandelintensiteit. Vergt aanpassingen, gebruik van technologie. NIEUW: START & STOPCRITERIA (UV 3)  Binnen 1 maand starten  Samen met cliënt doelen evalueren en in samenspraak de behandeling beëindigen op basis van een evaluatie van het biopsychosociaal model (alle ICF onderdelen)	WOORDVINDING (UV 4)  Bijk. CIAT of MMAT: 3 uur/dag, 10 dagen  Therapie afstemmen op persoon COMMUNICATIE PARTNER TRAINING (UV 5)  In elke fase van herstel  PACT, CommuniCare en Training Con-tAct  Systeem = onderdeel therapie NIEUW: PSYCHOSOCIAAL FUNCTIONEREN (UV 7)  Interprofessionele samenwerking vereist. Verschillende methoden positief voor verbeteren psychosociaal welbevinden  Versterken autonomie cliëntgesprekken
--	--	---	---

Anke Harbers - ZorgAccent

Tonny Methorst - Hogeschool Utrecht

Femke Nouwens - Rijndam Revalidatie



INHOUD

- Ontwikkeling van de richtlijn
- Karel
- Aanbevelingen en praktische toepasbaarheid
 - Aanbeveling 1 en de toepassing op Karel
 - Aanbeveling 2 en de toepassing op Karel
 - Aanbeveling 3 en de toepassing op Karel
 - Aanbeveling 4 en de toepassing op Karel

TOELICHTING OP DE RICHTLIJN

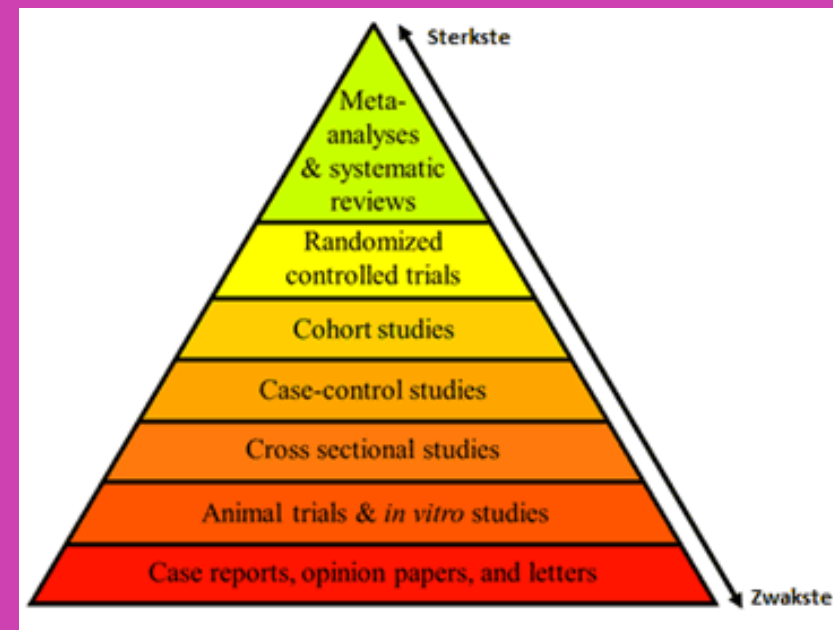
- Keuze voor een **Herziening** van richtlijn (opdracht NVLF)
- Een keuze voor uitgangsvragen
- 2022-2024 in opdracht van de NVLF
- Systematisch literatuuronderzoek in mei 2023 door Pallas (p95)

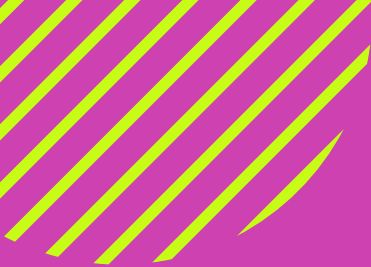


De richtlijn beoogt de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg door logopedisten aan volwassen personen met afasie ten gevolge van een beroerte en hun omgeving te verbeteren. Deze richtlijn doet duidelijke uitspraken over optimale logopedische zorg aan personen met afasie op het gebied van diagnostiek, behandeling, doorverwijzing en nazorg. Hierbij is gebruikgemaakt van de meest recente wetenschappelijke literatuur en inzichten binnen de beroepsgroep.

TOELICHTING OP DE RICHTLIJN

	inclusiecriteria	exclusiecriteria
P	volwassenen 18 jaar en ouder met afasie ten gevolge van een beroerte	▶ < 18 jaar ▶ afasie met een andere oorzaak dan een beroerte
I	interventies of handelingen die door logopedisten uit te voeren zijn	andere interventies of behandelingen
C	er zijn geen controlegroepen meegenomen in de uitgangsvragen, elke controlegroep mag mee	n.v.t.
O	uitkomstmaten zoals vastgesteld door de werkgroep, zie tabel hieronder	
studietype ¹	systematische literatuurreview meta-analyses RCT of studies met vergelijkende groepen	andere studies

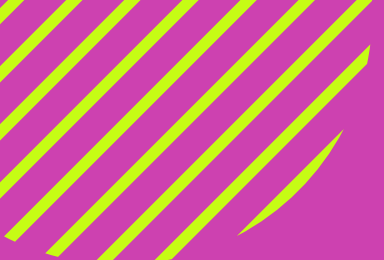




TOELICHTING OP DE RICHTLIJN

Sterkte van de aanbeveling	Formulering aanbeveling
Sterke aanbeveling (literatuur hoge evidentie)	De logopedist dient..
Redelijk sterke aanbeveling (literatuur lage evidentie)	De logopedist overweegt..
Zwakke aanbevelingen (geen effectonderzoek of systematisch literatuuronderzoek)	De werkgroep adviseert..

Tabel 1: Formulering van aanbevelingen in relatie tot de sterke van de aanbeveling.



WAAR VIND JE BELANGRIJKE INFORMATIE?

1. Aanbevelingen
2. Conclusies literatuuronderzoek
3. Samenvatting literatuuronderzoek
4. Van bewijs naar aanbeveling

Uitgangsvraag 2: Welke invloed hebben frequentie, duur en intensiteit van afasietherapie op het herstel van de afasie en het verbeteren van de communicatie?

Aanbeveling 1

Aanbeveling 2

Aanbeveling 3

Aanbeveling 4

2.1 Achtergrond

2.1.1 Algemeen

2.1.2 Waarom deze uitgangsvraag?

2.2 Methode

2.3 Resultaten systematisch literatuuronderzoek

Conclusies

Overwegingen

Aanbevelingen

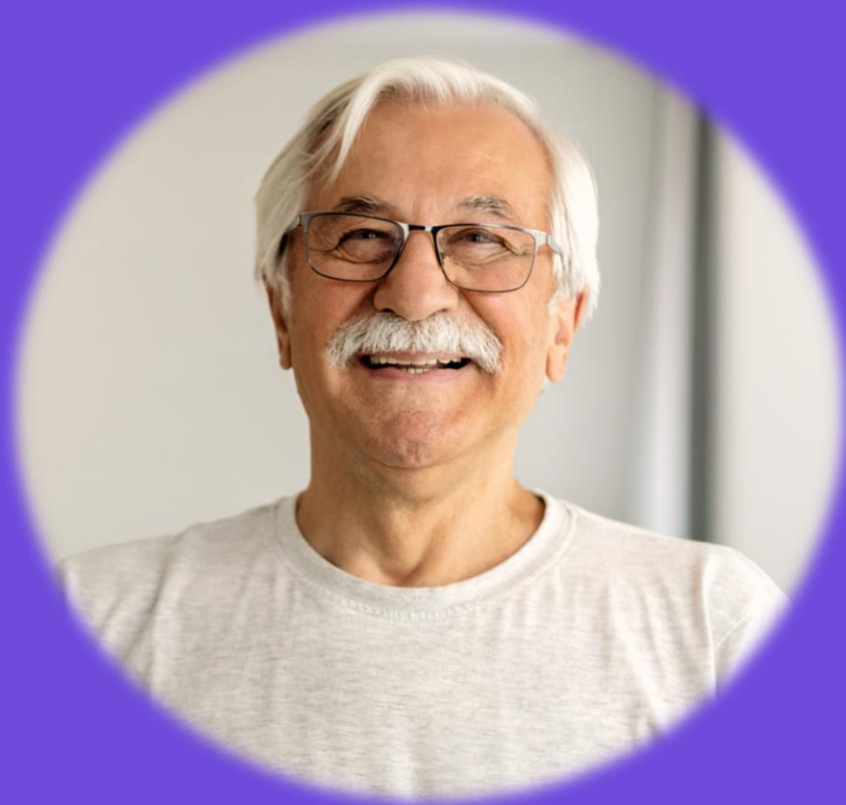
2.4 Van bewijs naar aanbeveling

2.4.1 Criteria

2.4.2 Rationale van de aanbevelingen

Referentielijst

KAREL



SPONTANE TAAL

Pat. kan vloeiend vertellen, maar valt regelmatig stil om even na te denken. Hij produceert grammaticaal correcte zinnen, bestaand uit semantisch en fonematisch jargon. Er worden fonematische parafasieën geproduceerd. Er zijn enkele woorden waarop de gesprekspartner kan inhaken en verduidelijking over kan vragen. Het lukt pat. vaak niet om verduidelijking te geven, waardoor er nagenoeg geen informatieoverdracht plaatsvindt. Alleen als er al een duidelijke context is, kan de gesprekspartner helpen met het overbrengen van informatie door gerichte vragen te stellen en keuzes te geven. Zonder hulp van de gesprekspartner komt geen informatieoverdracht tot stand.

Aphasia Severity Rating Scale: 1 (range 0-5)

(Goodglass&Kaplan, 1972)

TAALFUNCTIE CAT-NL (VISCH-BRINK, ET AL. 2014)

CAT-NL Subdomein	Ruwe Score	C-score	Afkapwaarde	Ernst
Begrip van gesproken taal	25	2	55	ernstig
Begrip van geschreven taal	18	2	52	ernstig
Nazeggen	39	4	48	matig-ernstig
Benoemen	1	2	58	ernstig
Lezen	45	5	62	matig-ernstig
Schrijven	22	3	70	ernstig

Observaties:

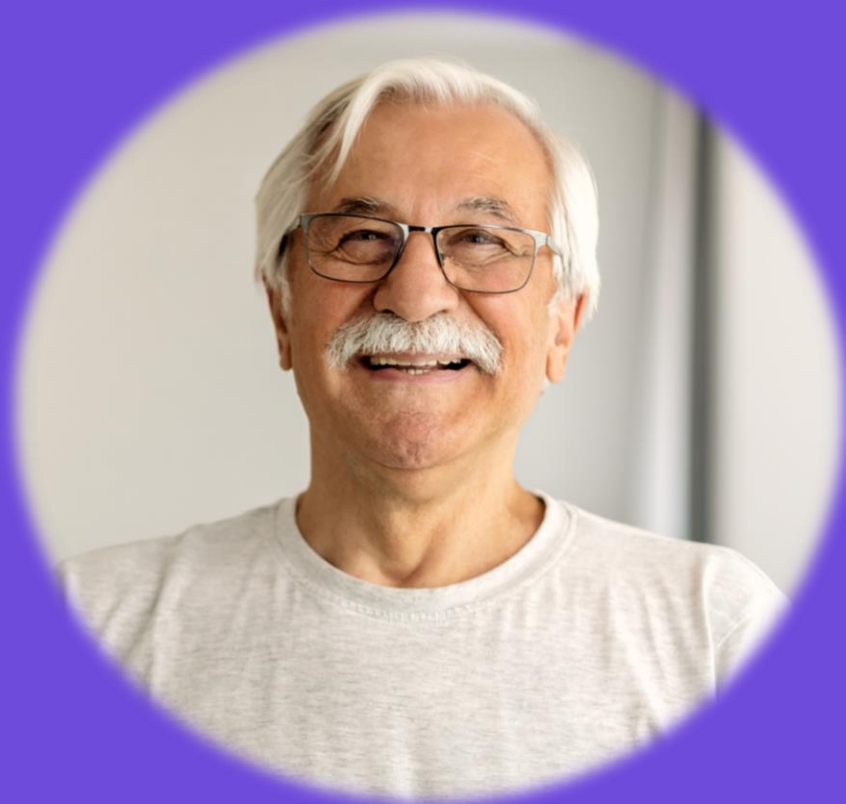
- Taalbegrip: veel nul-scores en puntenaftrek door tijd
- Schriftelijk taalbegrip: leest woorden correct voor
- Naspreken van woorden: niet afwijkend → fragment
- Lengte-effect bij Naspreken → fragment

CONCLUSIE

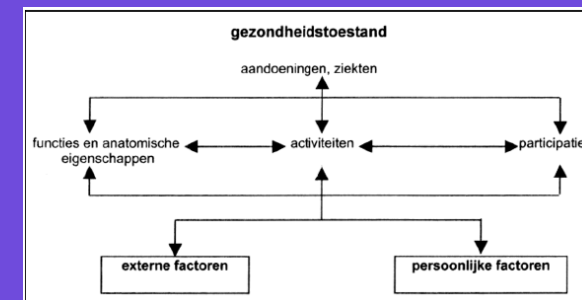
TAAILONDERZOEK

“Er is sprake van een ernstige vloeiende afasie met problemen in alle taalmodaliteiten. Zowel mondeling, als schriftelijk taalbegrip zijn ernstig verstoord. Een duidelijke context, een lage informatiedichtheid en een laag tempo van taalaanbod zijn essentieel voor optimaal begrip. De taalproductie bestaat voornamelijk uit jargon met soms een begrijpelijk woord er tussen. Hierop moet de gesprekspartner bewust zijn en aanhaken. Vaak zijn er verduidelijkende vragen nodig en kan pat. pas begrepen worden bij voldoende context. Pat. gebruikt geen alternatieve communicatiekanalen en is hiertoe moeilijk te stimuleren. Er is onvoldoende foutenbewustzijn, waardoor pat. zichzelf niet corrigeert. Pat. is volkomen afhankelijk van zijn gesprekspartner voor zijn communicatie.”

KAREL



Stel je voor: het is **half december 2024**.
We gaan de **behandeling van Karel** vormgeven.
Wat zou je nog meer willen weten?
Wat is essentieel voor jouw keuzes?

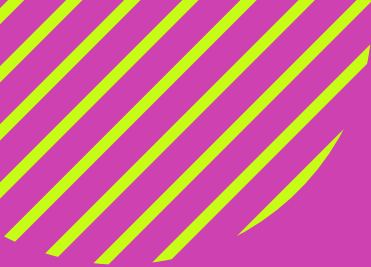




En wat zegt de richtlijn?

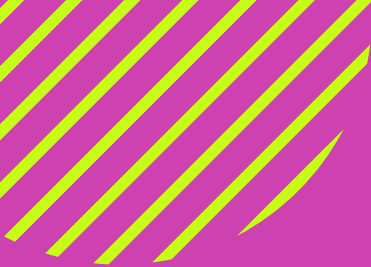
*Hoe vertaal je richtlijnaanbevelingen naar een **haalbaar** en **gedragen** behandelplan, passend bij **belastbaarheid en de wensen en behoeften** van de persoon met afasie?*





UITGANGSVRAAG 2

WELKE INVLOED **HEBBEN FREQUENTIE, DUUR EN INTENSITEIT** VAN AFASIETHERAPIE OP HET HERSTEL VAN DE AFASIE EN HET VERBETEREN VAN DE COMMUNICATIE?



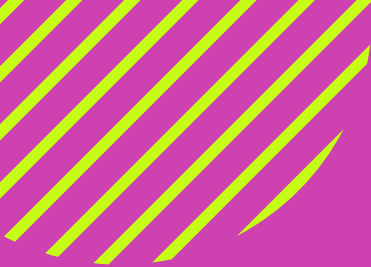
UITGANGSVRAAG 2

Intensiteit: uren logopedie per week

Frequentie: aantal dagen therapie per week

Duur: totaal aantal weken therapie

Dosering: totaal aantal uren logopedische therapie



AANBEVELING 1

Aanbeveling 1

De logopedist dient 4-5 dagen per week, met een intensiteit van 2 tot 4 uur per week en een totale dosering van ten minste 20-50 uren logopedische therapie te bieden om de *algehele taalvaardigheid* te verbeteren.

Is dit direct toepasbaar op Karel?

AANBEVELING 1 – TOEPASSING

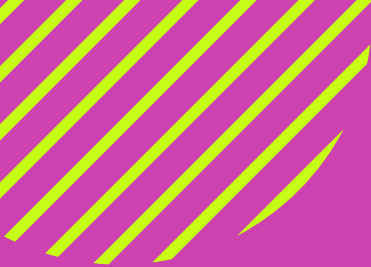
Aanbeveling 1

De logopedist dient 4-5 dagen per week, met een intensiteit van 2 tot 4 uur per week en een totale dosering van ten minste 20-50 uren logopedische therapie te bieden om de *algehele taalvaardigheid* te verbeteren.

2.4.2 Rationale van de aanbevelingen

Revalideren is een complex en veelzijdig proces dat verschilt per individu. Dit onderschrijft het belang van het gebruik van de aanbevelingen in deze uitgangsvraag als *richtlijn*, en het verder bepalen van optimale therapie-intensiteit en -frequentie op basis van de behoeften, persoonlijke kenmerken, belastbaarheid en comorbiditeit van de individuele patiënt.

In de geïncludeerde studies van Brady et al. ([2022](#)) werd een hoge therapie-intensiteit en -frequentie mede behaald door te oefenen thuis. De werkgroep beveelt aan om gebruik te maken van ontwikkelingen binnen de digitale zorg. Daarbij kan de logopedist gebruikmaken van digitale applicaties zoals [Logoclicks](#), [STAPP](#) en dergelijke. Daarnaast kan de intensiteit en frequentie van therapie verhoogd worden door het aanbieden van online logopedie, zodat het verhogen van therapie voor de cliënt ook haalbaar is en minder belasting vergt. Ook is het daarnaast belangrijk om, indien mogelijk, een naaste te coachen om als co-therapeut te faciliteren bij therapie-oefeningen. Ook al zijn er in de geïncludeerde studies geen conclusies getrokken over groepsbehandelingen, zou deze vorm van behandeling een mogelijkheid kunnen zijn om therapie-intensiteit en -frequentie te verhogen, met als groot voordeel lotgenotencontact voor de persoon met afasie.



AANBEVELING 1 – TOEPASSING

Aanbeveling 1

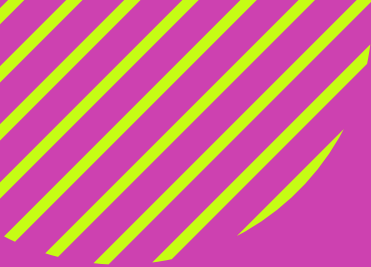
De logopedist dient 4-5 dagen per week, met een intensiteit van 2 tot 4 uur per week en een totale dosering van ten minste 20-50 uren logopedische therapie te bieden om de *algehele taalvaardigheid* te verbeteren.

Maar...

Wat nou als hij een lichte afasie zou hebben? Alleen woordvindingsproblemen?

Wat nou als hij goed/slecht belastbaar zou zijn?

Wat nou als hij al een jaar post onset zou zijn?



AANBEVELING 2

Aanbeveling 2

De logopedist dient 3 dagen per week hoog intensieve logopedische therapie te bieden (> 9 uur per week), met een totale dosering van ten minste 20-50 uren om *auditief taalbegrip* te verbeteren.

Is dit direct toepasbaar op Karel?

AANBEVELING 2 - TOEPASSING

Aanbeveling 2

De logopedist dient 3 dagen per week hoog intensieve logopedische therapie te bieden (> 9 uur per week), met een totale dosering van ten minste 20-50 uren om *auditief taalbegrip* te verbeteren.

Hoog intensieve logopedische therapie lijkt met name effectief voor het verbeteren van **auditief taalbegrip**. Voor het verbeteren van algehele taalvaardigheid, activiteiten, participatie en welzijn is zowel hoog intensieve (> 9 uur per week) als laag intensieve ($\leq$ 2 uur/week) logopedische therapie effectief.

Alle conclusies zijn verbonden aan de review en meta-analyse van Brady et al. (2022).

Beperkte verkenning van individuele factoren: hoewel sommige studies subgroepverschillen onderzochten, is er nog steeds behoefte aan meer onderzoek naar hoe individuele factoren (bijv. leeftijd, ernst van afasie, tijd na beroerte) de behandelresultaten beïnvloeden. Slechts één artikel rapporteerde dit uitgebreid.

AANBEVELING 2 - TOEPASSING

Aanbeveling 2

De logopedist dient 3 dagen per week hoog intensieve logopedische therapie te bieden (> 9 uur per week), met een totale dosering van ten minste 20-50 uren om *auditief taalbegrip* te verbeteren.

Daarom heeft de werkgroep besloten geen aanbevelingen te baseren op de effecten van leeftijd, geslacht, ernst van afasie en tijd postonset. Wel onderschrijven de conclusies hierover het belang van werken op maat; bijvoorbeeld een persoon met afasie die terug wil keren naar het werk kan andere wensen en behoeften hebben dan iemand die dat niet meer wil of kan. Of: een persoon met een ernstige afasie heeft mogelijk meer kans om vooruitgang te laten zien dan iemand met een mildere afasie (plafondeffect bij gebruikte meetinstrumenten). Dat wil niet zeggen dat de persoon met milde afasie geen vooruitgang meer kan ervaren na een periode van intensieve therapie.

Om de zorasector te versterken en voor te bereiden op toekomstige uitdagingen, zoals de verrijzing en het tekort aan zorgpersoneel, werden

AANBEVELING 2 - TOEPASSING

Aanbeveling 2

De logopedist dient 3 dagen per week hoog intensieve logopedische therapie te bieden (> 9 uur per week), met een totale dosering van ten minste 20-50 uren om *auditief taalbegrip* te verbeteren.

Daarom heeft de werkgroep besloten geen aanbevelingen te baseren op de effecten van leeftijd, geslacht, ernst van afasie en tijd postonset. Wel onderschrijven de conclusies hierover het belang van werken op maat; bijvoorbeeld een persoon met afasie die terug wil keren naar het werk kan andere wensen en behoeften hebben dan iemand die dat niet meer wil of kan. Of: een persoon met een ernstige afasie heeft mogelijk meer kans om vooruitgang te laten zien dan iemand met een mildere afasie (plafondeffect bij gebruikte meetinstrumenten). Dat wil niet zeggen dat de persoon met milde afasie geen vooruitgang meer kan ervaren na een periode van intensieve therapie.

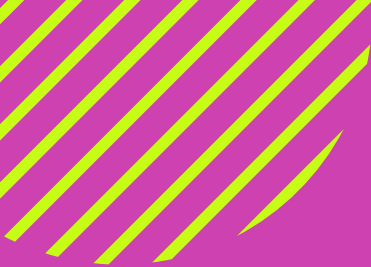
Om de zorsector te versterken en voor te bereiden op toekomstige uitdagingen, zoals de verrijzing en het tekort aan zorgpersoneel, werden

Maar...

Wat nou als hij een lichte afasie zou hebben? Alleen woordvindingsproblemen?

Wat nou als hij goed/slecht belastbaar zou zijn?

Wat nou als hij al een jaar post onset zou zijn?



AANBEVELING 3

Aanbeveling 3

De logopedist dient 4-5 dagen per week, met een intensiteit van 2 tot 4 uur per week en een totale dosering van minimaal 14-50 uren logopedische therapie te bieden om *functionele communicatie* te verbeteren.

Is dit direct toepasbaar op Karel?

AANBEVELING 3 – TOEPASSING

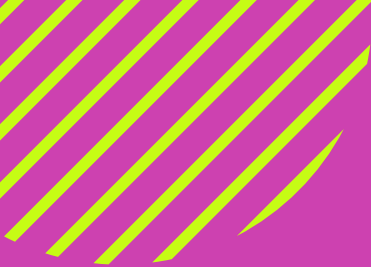
Aanbeveling 3

De logopedist dient 4-5 dagen per week, met een intensiteit van 2 tot 4 uur per week en een totale dosering van minimaal 14-50 uren logopedische therapie te bieden om *functionele communicatie* te verbeteren.

Dosering

Een dosering van meer dan 20-50 uur logopedie werd door de RELEASE-onderzoekers ([Brady et al., 2021](#); [Brady et al., 2022](#)) in verband gebracht met significante verbeteringen in de algehele taalvaardigheid (een toename van 18,37 punten op de Western Aphasia Battery-Aphasia Quotient) en auditief begrip (5,23 punten op de Aachen Aphasia Test-Token Test). De grootste verbeteringen in **functionele communicatie** werden waargenomen bij 14-20 uur therapie (0,94 punten op de Aachen Aphasia Test-Spontaneous Speech Communication), terwijl de meest significante verbeteringen in benoeming optraden bij maximaal 5 uur therapie (12,48 punten op de Boston Naming Test). Informatie over de deelnemers en de gebruikte interventies waren echter beperkt, wat de interpretatie van resultaten bemoeilijkte.

In de geïncludeerde studies van Brady et al. ([2022](#)) werd een hoge therapie-intensiteit en -frequentie mede behaald door te **oefenen thuis**. De werkgroep beveelt aan om gebruik te maken van ontwikkelingen binnen **de digitale zorg**. Daarbij kan de logopedist gebruikmaken van digitale applicaties zoals [Logoclicks](#), [STAPP](#) en dergelijke. Daarnaast kan de intensiteit en frequentie van therapie verhoogd worden door het aanbieden van online logopedie, zodat het verhogen van therapie voor de cliënt ook haalbaar is en minder belasting vergt. Ook is het daarnaast belangrijk om, indien mogelijk, een naaste te coachen om als **co-therapeut te faciliteren bij therapie-oefeningen**. Ook al zijn er in de geïncludeerde studies geen conclusies



AANBEVELING 3 - TOEPASSING

Aanbeveling 3

De logopedist dient 4-5 dagen per week, met een intensiteit van 2 tot 4 uur per week en een totale dosering van minimaal 14-50 uren logopedische therapie te bieden om *functionele communicatie* te verbeteren.

Maar...

Wat nou als hij een lichte afasie zou hebben? Alleen woordvindingsproblemen?

Wat nou als hij goed/slecht belastbaar zou zijn?

Wat nou als hij al een jaar post onset zou zijn?

UV 2 AANBEVELING 4

Aanbeveling 4

De logopedist dient ten minste 20 weken logopedische therapie te bieden om de *algehele taalvaardigheid*, *functionele communicatie*, *benoemen en auditief taalbegrip* te verbeteren.

Is dit direct toepasbaar op Karel?

UV 2 AANBEVELING 4

Aanbeveling 4

De logopedist dient ten minste 20 weken logopedische therapie te bieden om de *algehele taalvaardigheid*, *functionele communicatie*, *benoemen* en *auditief taalbegrip* te verbeteren.

Is dit direct toepasbaar op Karel?

Gemiddeld toonde langere therapieduur (meer dan 20 weken) grotere verbeteringen in taalvaardigheid, functionele communicatie en benoemen.

AANBEVELING 4 - TOEPASSING

Aanbeveling 4

De logopedist dient ten minste 20 weken logopedische therapie te bieden om de *algehele taalvaardigheid, functionele communicatie, benoemen en auditief taalbegrip* te verbeteren.

De werkgroep biedt graag verdere toelichting op aanbeveling 4. Stel de logopedist biedt 9 uur per week therapie voor auditief taalbegrip, met een totale dosering van 20-50 uur: dit zou betekenen dat de logopedist na 2,5 week al op de totaal aanbevolen dosering zit. Aanbeveling 4 laat echter zien dat de logopedist ten minste 20 weken therapie dient te bieden. Dat betekent dat de intensiteit en frequentie van de therapie in het begin van het behandeltraject hoger ligt. Later in behandeltraject kan de logopedist, samen met de persoon met afasie, besluiten om de frequentie en intensiteit te verlagen.

tijd postonset). De variatie tussen personen met afasie in persoonlijke kenmerken, comorbiditeit en belastbaarheid is groot en daarom zal de logopedist altijd samen met de persoon met afasie moeten afwegen welke dosering en intensiteit geschikt is. Het voldoende aanbieden van therapie zal resulteren in een grotere behandelwinst, waardoor de persoon met afasie meer mogelijkheden heeft om te functioneren in het dagelijks leven. De ongewenste effecten kunnen zijn dat de persoon met afasie

AANBEVELING 4 - TOEPASSING

Aanbeveling 4

De logopedist dient ten minste 20 weken logopedische therapie te bieden om de *algehele taalvaardigheid*, *functionele communicatie*, *benoemen en auditief taalbegrip* te verbeteren.

Maar...

Wat nou als hij een lichte afasie zou hebben? Alleen woordvindingsproblemen?

Wat nou als hij goed/slecht belastbaar zou zijn?

Wat nou als hij al een jaar post onset zou zijn?

**DUS: KIJK NIET
ALLEEN NAAR DE
AANBEVELINGEN,
MAAR KIJK
VERDER**





Bedankt voor jullie aandacht!