

Uitgangsvragen en aanbevelingen

behorende bij de richtlijn Diagnostiek en Behandeling van afasie bij volwassenen.

De aanbevelingen dienen te worden gelezen in relatie tot de tekst in de desbetreffende hoofdstukken.

Uitgangsvraag 1. Welke meetinstrumenten kunnen worden gebruikt om de aard en de ernst van de afasie vast te stellen in de verschillende fasen van herstel?

Aanbeveling:

1. De logopedist neemt bij het vermoeden van een afasie de ScreeLing af, bij voorkeur binnen een week na de beroerte.
2. De logopedist bepaalt bij elk meetmoment de ernst van de afasie (met behulp van tabel 1.2 op pagina 29 in de richtlijn).
3. De logopedist kiest, uitgaande van de ernst van de afasie, een basisset meetinstrumenten ten behoeve van de diagnostiek van de afasie en voor evaluatie van de therapie (met behulp van tabel 1.1 op pagina 26 in de richtlijn).
4. De logopedist neemt bij voorkeur de CAT-NL af aangevuld met de (verkorte) Token Test, in plaats van de AAT.
5. De logopedist voorkomt onnodig (her)testen.
6. De logopedist verwijst naar een afasieteam indien het aan kennis of ervaring ontbreekt om testresultaten uit te werken, te interpreteren, dan wel te vertalen naar een op maat geformuleerd behandelplan.

Uitgangsvraag 2. Welke factoren bij personen met afasie hebben een voorspellende waarde voor het linguïstisch herstel op langere termijn?

Aanbeveling:

7. De logopedist kan het prognostisch model van El Hachioui et al. (2013), waarbij de Fonologie score van de ScreeLing in de eerste week na de beroerte wordt gecombineerd met de leeftijd, het opleidingsniveau, de Barthel index score en het type beroerte, gebruiken voor een voorspelling van herstel van de afasie op één jaar na de beroerte (zie paragraaf 2.3.4).
8. De logopedist kan met de betrokken arts en andere leden van het multidisciplinaire team overleggen wat de prognose van het herstel van de afasie is en kan bespreken wie welke informatie over de prognose geeft aan de persoon met afasie en de direct betrokkenen.
9. De logopedist kan de initiële ernst van de beroerte (gemeten met de complete NIHSS) in combinatie met de ernst van de afasie in de acute fase (gemeten met de Token Test of ScreeLing) gebruiken om een voorzichtige voorspelling te doen over het herstel. Hierbij geldt: hoe ernstiger de beroerte en de afasie bij ziekenhuisopname, des te ongunstiger de prognose.
10. De logopedist dient in de prognose van het herstel van de afasie ruimte te bieden voor hoop en positiviteit opdat de persoon met afasie en direct betrokkenen motivatie voor herstel en revalidatie ontwikkelen en behouden.

Uitgangsvraag 3. Welke invloed hebben duur en intensiteit van afasietherapie op het herstel van de afasie?

Aanbeveling:

11. De logopedist streeft ernaar zo snel mogelijk na het ontstaan van de afasie te starten met logopedische therapie.
12. De logopedist dient de persoon met afasie tenminste twee uur per week directe individuele therapie aan te bieden.

13. De logopedist streeft ernaar meer dan twee uur per week therapie aan te bieden, indien meer therapie wordt getolereerd, hetzij in directe vorm, hetzij via zelfstandige oefeningen met een co-therapeut, computerprogramma en/of in groepsverband.
14. De logopedist overlegt met de persoon met afasie over frequentie en lengte van de behandelingen.
15. De logopedist streeft ernaar tenminste gedurende de revalidatiefase (tot zes maanden na de beroerte) individuele therapie aan te bieden.
16. De logopedist biedt in de chronische fase mogelijkheden voor korte intensieve behandelingen aan personen met afasie met een concrete hulpvraag.

Uitgangsvraag 4. Wat is voor logopedisten de beste manier om rekening te houden met niet-talige cognitieve stoornissen bij personen met afasie?

Aanbeveling:

17. De logopedist dient bij (het vermoeden van) het bestaan van niet-talige cognitieve stoornissen bij personen met afasie samenwerking te zoeken met een neuropsycholoog dan wel ergotherapeut ten behoeve van diagnostiek en therapie.
18. De logopedist kan een observatie-instrument gebruiken om de aanwezigheid van met afasie geassocieerde niet-talige cognitieve stoornissen te beoordelen.
19. De logopedist kan voor uitgebreide multidisciplinaire diagnostiek en behandeladvies een beroep doen op een afasieteam.

Uitgangsvraag 5. Welke woordvindingstherapieën zijn effectief in de behandeling van woordvindingsstoornissen bij mensen met afasie?

Deel 5A. Welke woordvindingstherapieën en elementen van woordvindingstherapie zijn effectief in de behandeling van woordvindingsstoornissen bij patiënten met afasie?

Aanbeveling:

20. De logopedist gebruikt een cognitief linguïstisch model om de stoornissen die ten grondslag liggen aan de woordvindingsstoornis in kaart te brengen. PALPA (Bastiaanse, Bosje, & Visch-Brink, 1995) is hiervoor een geschikt instrument.
21. De logopedist kiest voor stimulatietherapie zolang er nog neurologisch herstel te verwachten is.
22. De logopedist kiest voor faciliterende of compenserende strategietraining wanneer er geen neurologisch herstel meer te verwachten is.
23. De logopedist streeft bij faciliterende en/of compenserende strategietraining ernaar dat de persoon met afasie het nieuw aangeleerde gedrag zelfstandig kan toepassen zodat de algehele zelfstandigheid en autonomie van de persoon met afasie toeneemt.
24. De logopedist houdt rekening met elementen van woordvindingstherapie die invloed hebben op de effectiviteit ervan, zoals de complexiteit van woorden, woordsoort, omvang van een behandelset, aantal herhalingen en wijze van aanbieden van stimuli (zie 5A.3.1).

Deel 5B. Welke therapieën binnen woordvindingstherapie versus andere therapieën binnen woordvindingstherapie zijn effectief in de behandeling van mensen met afasie?

Aanbeveling:

25. De logopedist maakt geen onderscheid, bij een persoon met afasie met een gecombineerde semantische en fonologische stoornis, tussen semantische therapie dan wel fonologische therapie, aangezien beide effect hebben op de verbale communicatievaardigheden.
26. De logopedist kiest bij een persoon met afasie die overwegend semantische stoornissen heeft, voor een semantische behandeling en bij een persoon met afasie die overwegend fonologische stoornissen heeft, voor een fonologische behandeling, vanwege het therapiespecifieke effect op taalfunctie.

Uitgangsvraag 6. Is Constraint-Induced Aphasia Therapy effectiever dan reguliere taaltherapie bij de behandeling van mensen met afasie?

Aanbeveling:

27. De logopedist verkiest in de acute fase reguliere individuele taaltherapie boven CIAT ongeacht de aard en de ernst van de afasie.
28. De logopedist betreft, voor van alle personen met afasie in de revalidatiefase, in de keuze voor reguliere taaltherapie dan wel CIAT, de voorkeuren van de persoon met afasie en de mogelijkheden om te voldoen aan de voorwaarden voor CIAT. De logopedist betreft in de keuze de overweging dat er geen verschil in effect is tussen beide methoden, op voorwaarde dat de intensiteit van de reguliere therapie even hoog is als de intensiteit van CIAT, dus twee tot vier uur per dag gedurende 2 twee weken.
29. De logopedist overweegt om in de chronische fase reguliere taaltherapie dan wel CIAT aan te bieden aan een persoon met afasie. De logopedist betreft in deze keuze de aard en de ernst van de afasie, de voorkeur van de persoon met afasie en of CIAT in de instelling aangeboden kan worden.

Uitgangsvraag 7. Welke interventies, gericht op de communicatie van de gesprekspartner van de persoon met afasie, hebben een positief effect op de persoon met afasie?

Aanbeveling:

30. De logopedist richt de behandeling in de acute fase zo snel mogelijk op het herstellen van de communicatie tussen de persoon met afasie en de partner/naasten en tussen de persoon met afasie en zorgverleners/vrijwilligers in zijn omgeving.
31. De logopedist gebruikt Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA™; Kagan et al., 2001) bij het trainen van de communicatieve vaardigheden van zorgverleners en vrijwilligers die werkzaam zijn in een zorgorganisatie waar personen met afasie zijn.
32. De logopedist kan de communicatievaardigheden van de direct betrokken conversatiepartner van de persoon met afasie gestructureerd trainen met de Partners van Afasiepatiënten Conversatie Training (PACT; Wielaert & Wilkinson, 2012).

Uitgangsvraag 8. Wat is de beste manier om de persoon met afasie en de direct betrokkenen voor te lichten over afasie en de gevolgen ervan?

Aanbeveling:

33. De logopedist informeert de persoon met afasie én direct betrokkenen over de aandoening, prognose, behandelmogelijkheden en behandelplan, afgestemd op individuele behoefte, mondeling en daarbij op de juiste wijze schriftelijk ondersteund. Suggesties zijn te vinden in bijlage 8A.
34. De logopedist herhaalt informatie regelmatig: te beginnen in de acute fase en in ieder geval bij het starten in elke volgende fase van het afasie-zorgpad waarbij nieuwe en verdiepende informatie kan worden toegevoegd. Dit geldt zowel voor de persoon met afasie als voor de direct betrokkenen.
35. De logopedist informeert bij de direct betrokkenen vanaf de acute fase tot in de chronische fase naar eigen wensen en behoeften wat betreft informatie en ondersteuning in relatie tot de persoon met afasie. Speciale aandacht dient uit te gaan naar jonge kinderen en adolescenten van persoon met afasie. Suggesties zijn te vinden in bijlage 8A.
36. De logopedist past gedrukt voorlichtingsmateriaal aan voor de persoon met afasie. De aanbevelingen uit de aanpassingsleutel in bijlage 8B kunnen hiervoor worden gebruikt.

Uitgangsvraag 9. Wat is de beste manier waarop logopedisten hun handelen kunnen aanpassen aan twee- of meertaligheid bij personen met afasie?

Aanbeveling:

37. De logopedist dient bij tweetalige personen met afasie de premorbide taalvaardigheden in beide talen en de wensen voor de toekomst wat betreft het gebruik van beide talen, uitgebreid te inventariseren.
38. De logopedist diagnosticeert stoornissen en beperkingen in beide talen op functie-, activiteiten- en participatieniveau, bij voorkeur aan de hand van gestandaardiseerde en gevalideerde diagnostische instrumenten.
39. De logopedist overweegt samen te werken met gespecialiseerde tolken tijdens anamnese en onderzoek bij tweetalige personen met afasie.
40. De logopedist streeft ernaar dat therapie wordt gegeven in beide talen van de tweetalige persoon met afasie, afgestemd op voorkeuren en wensen van de persoon met afasie en zijn omgeving en passend bij de mogelijkheden van de logopedist en de organisatie