

CONCEPTUELE KADERS VOOR KLINISCH REDENEREN BIJ NEUROGENE COMMUNICATIESTOORNISSEN

Frank Paemeleire ^(1, 2, 3) en Marijke Van Rumst ^(1, 2, 3)

¹ Postgraduaat Neurogene Communicatiestoornissen

² Arteveldehogeschool, Gent

³ AZ Maria Middelaes, Gent

De wereld is volop in verandering en dat heeft ook zijn effect op het werk van neurologopedisten. Er is een overvloed aan informatie, maar de huidige evidentie is niet in staat om klinici pasklare antwoorden op hun individuele probleemstellingen te geven. Zelf klinisch redeneren is dan ook meer dan ooit belangrijk. In dit artikel geven we enkele conceptuele kaders die het klinisch redeneren kunnen ondersteunen. We bespreken achtereenvolgens: een biopsychosociale visie op functiëren, SMART en SMARTER doelbepaling, het belang van niet-talige cognitie, evidence-based handelen en value-based handelen. Deze kaders worden met voorbeelden geïllustreerd en voorzien van essentiële bronnen en praktische tools.

► Trefwoorden

Klinisch redeneren – afasie – dysartrie – spraakapraxie – cognitieve communicatiestoornissen

Inleiding

De wereld is onder invloed van *megatrends* de voorbije decennia drastisch veranderd. Megatrends zijn maatschappelijke evoluties die een grote invloed op het dagelijks leven van mensen over de hele wereld hebben. Denk bijvoorbeeld aan de verstedelijking, de obesitasepidemie en de klimaatverandering. Bepaalde megatrends hebben nu al een rechtstreekse invloed op de uitoefening van ons beroep. We geven vijf voorbeelden. (1) De beschikbare hoeveelheid (wetenschappelijke) informatie is enorm toegenomen. Hierdoor moeten ook neurologopedisten deze gegevens steeds vaker implementeren bij het nemen van klinische beslissingen. (2) Door de vergrijzing van de bevolking neemt het aantal zorgvragers met een neurogene communicatiestoornis (en comorbiditeit zoals dementie) duidelijk toe. (3) De wereldwijde economische crisis zorgt ervoor dat er ook in gezondheidszorg bespaard moeten worden en dat we “meer moeten doen met minder” (Swigert & Wright, 2020). (4) Onder invloed van migratie zien we een toename van meer- en anderstalige cliënten waardoor er nood is aan nieuw assessment- en therapiemateriaal. Neurologopedisten moeten ook hun culturele competenties verder ontwikkelen. (5) Technologische ontwikkelingen (zoals telehealth en allerhande apps) volgen elkaar snel op en creëren nieuwe mogelijkheden in de gezondheidszorg. Er wordt van neurologopedisten verwacht dat ze op de hoogte zijn van deze evoluties.

Kortom, het beroep van neurologopedist is anno 2023 erg complex en die complexiteit zal in de toekomst alleen maar toenemen. Neurologopedisten hebben ook een groot

aantal beroepsrollen te vervullen: ze zijn zowel professional, communicator, samenwerker, gezondheidscoach, ondernemer als innovator (Frank et al., 2015; www.opleidinglogopedie.nl). De uitermate boeiende job van neurologopedist vereist dan ook heel wat specifieke kennis en vaardigheden.

Centraal in onze beroepsuitoefening staat de vaardigheid om klinisch te redeneren. Klinisch redeneren verwijst naar “de meestal ongrijpbare en zelden geëxpliciteerde denkprocessen die leiden tot onze klinische beslissingen” (McAllister & Rose, 2008, p. 379). Deze denkprocessen zijn enerzijds gebaseerd op objectieve factoren (grote hoeveelheid benaderingsmethoden en beschikbare evidentie) en anderzijds op subjectieve, praktische en individuele factoren (buikgevoel, ervaring, persoonlijke mening en opvattingen, praktische haalbaarheid, wensen van de persoon). De veelheid aan factoren die een rol spelen bij het proces van klinisch redeneren heeft tot gevolg dat dé juiste aanpak bij een persoon met een neurogene communicatiestoornis niet bestaat. Een Ierse logopediste die deelnam aan een focusgroep formuleerde het als volgt: “We don’t have recipes, we just have loads of ingredients. We put them together in the way we want” (McCurtin & Carter, 2015, p. 1144).

Het ontbreken van standaard therapieplannen samen met onze snel veranderende wereld zorgt ervoor dat er meer dan ooit nood is aan conceptuele kaders om ons klinisch redeneren te ondersteunen. In de tekst die volgt bespreken we drie overkoepelende conceptuele kaders die breed inzetbaar zijn. We vatten ze iedere keer in de titel onder de vorm van een verzoek samen. De keuze voor deze conceptuele kaders is persoonlijk en pretendeert geenszins volledigheid. Beide auteurs hebben meer dan 25 jaar ervaring in de neurologopedie (acute fase, revalida-

tiefase en chronische fase) en in onderwijs (Professionele Bachelor in de logopedie, postgraduat en studiedagen). De conceptuele kaders werden zowel op vlak van wetenschappelijke onderbouwing, klinische toepasbaarheid als didactische relevantie afgewogen. Ze vormen ook al meerdere jaren de rode draad doorheen de tweejarige postgraduaatopleiding Neurogene Communicatiestoornissen (Arteveldehogeschool, Gent) en hebben ook daar hun bruikbaarheid bewezen. Uiteraard zullen bepaalde kaders in bepaalde situaties meer bruikbaar zijn dan in andere maar we zijn ervan overtuigd dat ze allen de moeite waard zijn om ten minste door iedere neurologopedist kritisch bekeken te worden.

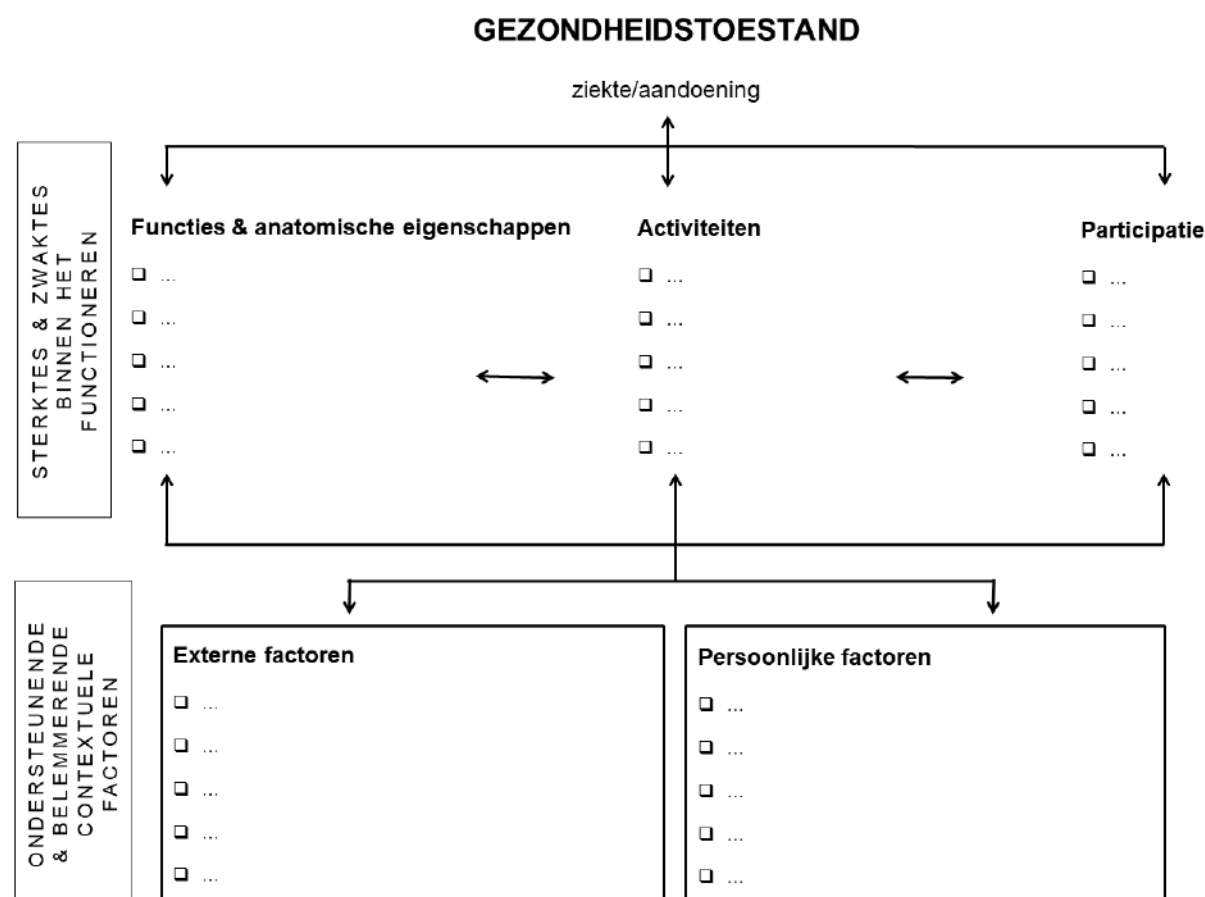
Hanteer een biopsychosociale visie en bepaal doelstellingen zowel smart als smarter ICF-denken

Neurogene communicatiestoornissen werden traditioneel bekeken vanuit een strikt biomedisch model. De focus in een dergelijke visie ligt op de stoornis van de persoon. De neurologopedist fungeert als een deskundige die de stoornis probeert te verminderen door de persoon therapie 'te geven'. Hoe beter de premorbide situatie uiteindelijk benaderd wordt, hoe geslaagder de therapie. De invloed

van psychologische en sociale factoren op het individuele functioneren spelen maar een beperkte rol. Biomedische modellen weerspiegelen een verouderde visie vermits neurogene communicatiestoornissen altijd complexe stoornissen zijn die een individueel verschillende impact hebben. Het zijn meestal ook chronische stoornissen die ondanks gespecialiseerde behandeling zelden of nooit volledig verdwijnen ("Touch the brain, never the same"). Met een eng stoornisgericht model geraken we hier met andere woorden niet ver.

In 2001 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De ICF is een biopsychosociaal classificatiesysteem waarmee alle mensen (dus ook gezonde) en hun functioneren in hun omgeving kunnen worden omschreven (Paemeleire et al., 2011a). Menselijk functioneren wordt binnen de ICF gezien als de uitkomst van een dynamische wisselwerking tussen (de stoornissen en beperkingen van) iemands functioneren en de unieke context (externe en persoonlijke factoren) waarin de persoon zich bevindt. In figuur 1 is het alom bekende ICF-model, dat de conceptuele ruggengraat van de ICF vormt, weergegeven.

Figuur 1. De Nederlandse versie van het ICF-model van de Wereldgezondheidsorganisatie (2001)



Als uitgebreid classificatiesysteem heeft de ICF in de Vlaamse zorgsector weinig structurele ingang gevonden. Het conceptuele kader had echter wel een zeer grote impact en werd in de neurologopedie al heel snel na zijn introductie omarmd. Het ICF-model illustreert schematisch de samenhang tussen vijf verschillende componenten (functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe en persoonlijke factoren) en kan worden gebruikt als een structuur voor het ordenen van de gevolgen van een chronische ziekte op vlak van al deze componenten. De persoon staat hierbij centraal (Yorkston et al., 2001). Het model draagt bij tot het inzicht dat een invaliditeitsproces complex, multidimensionaal en niet-lineair van aard is (Dykstra et al., 2007).

Een van de grootste verwezenlijkingen van de ICF is dat het klinici aangemoedigd heeft om assessment en behandeling meer holistisch te benaderen (Walshe et al., 2009). Deze holistische kijk betekent niet dat stoornisgericht behandelen niet of minder belangrijk is. Uiteraard proberen neurologopedisten indien er neurologische herstel mogelijkheden zijn om de stoornis te minimaliseren. Maar het ICF-model wijst ons erop dat dit maar één onderdeel van het assessment en de behandeling is en dat alle andere componenten even belangrijk zijn. Afhankelijk van de specifieke situatie, klachten of hulpvragen van het individu en zijn omgeving zal de ene component meer aandacht vereisen dan de andere. De behandeling kan zich richten op het functioneren van de persoon, maar ook op de context waarbinnen deze persoon functioneert. In Paemeleire et al. (2014) zijn bijvoorbeeld uitgewerkte voorbeelden te vinden van hoe de behandeling van de externe factoren bij personen met dysartrie er kan uitzien. De Paermentier et al. (2018) beschrijven de behandeling van de externe factoren bij een persoon met cognitieve communicatiestoornissen na een ernstig hersentrauma en De Haan-Neven et al. (2014; 2015) beschrijven hoe sociale participatietraining kan gerealiseerd worden bij een persoon met afasie. Door expliciet aandacht te geven aan alle ICF-componenten werken neurologopedisten actief mee aan het verbeteren van de levenskwaliteit van de cliënt (ASHA, 2007; Brocatus, 2012). Daarnaast verruimt een ICF-benadering de behandelfocus, zoals bij transdisciplinair werken.

In de klinische praktijk blijkt dit niet evident. Neurologopedisten voelen zich comfortabeler bij de rol van 'wetende expert'. Bij participatie- en contextgericht werken moet de minder afgebakende en minder gedefinieerde rol van 'meedenkende coach' opgenomen worden want elk individu en zijn context is uniek. Nochtans pleiten personen

met neurogene communicatiestoornissen er sterk voor aandacht te hebben voor hun specifieke leefwereld en context (Worrall, 2019). Talrijke recente publicaties van ervaringsdeskundigen illustreren dit (Claes & Liessens, 2021; Geerinck, 2019; Hekking, 2019). Maes en Tackaert (2022) maakten in het kader van hun bachelorproef voor de Arteveldehogeschool een mooi overzicht van dergelijke publicaties in de rubriek 'psycho-educatie materiaal' op onze portaalsite www.neurocom.be.

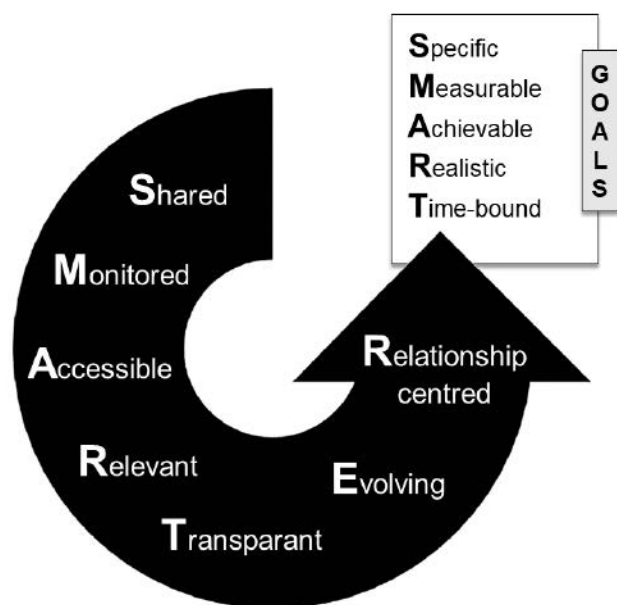
Doelbepaling

Handelen volgens het conceptuele kader van de ICF komt tevens tegemoet aan de huidige visies op gezondheidszorg. Het vraagt een actieve rol van de cliënt en zijn omgeving hetgeen de ontwikkeling van zelfmanagement en empowerment (het eigen zorgproces in handen nemen) ten goede komt en leidt tot een beter welbevinden (McClain, 2005). Doelgerichte zorg komt centraal te staan en er wordt een sfeer gecreëerd waarbij alle partijen samenwerken en de verantwoordelijkheid over de doelen delen. Ondanks deze positieve insteek blijkt het samenwerken met persoon en omgeving toch vaak een hekel punt. Uit een grootschalige Australische studie 'The goals in Aphasia Project' (Hersh et al., 2012) blijkt dat er een behoorlijke discrepantie bestaat tussen de tendens om personen met afasie te betrekken bij het bepalen van therapiedoelen en de realiteit van de praktijk waar dit eerder ongewoon is. Neurologopedisten hebben wel de intentie om personen met neurogene communicatiestoornissen en hun omgeving te laten deelnemen bij het bepalen van doelen maar ze gebruiken geen tools of methoden om deze intentie te realiseren. Vermoedelijk werkt ook hier de minder comfortabele rol van 'meedenkende coach' belemmerend. Om samen therapiedoelen te bepalen moet de behandelaar zich inwerken in de specifieke leefwereld van elk individu. Rosewilliam et al. (2011) bevestigen in hun review dat neurologopedisten bij het bepalen van therapiedoelen vaak enkel putten uit hun eigen deskundigheid en cliënten hierbij slechts in beperkte mate betrekken. Neurologopedisten formuleren met andere woorden hun doelen wel SMART maar overleggen deze niet met persoon en omgeving. Een SMART-doelstelling is richtinggevend (zie de Groot & Oosterwijk, 2017). SMART staat voor *Specific, Measurable, Achievable, Realistic en Time-bound*. Door doelen SMART te formuleren is de kans veel groter dat er in de praktijk iets van terecht komt vermits specifiek aangegeven wordt wat moet bereikt worden en hoe dit moet bereikt worden. Bovendien wordt aangegeven welke resultaten wanneer moeten behaald worden. Nadeel is dat SMART-doelen niet steeds tegemoetkomen aan de noden van de cliënt.

Om tegemoet te komen aan dit hiaat ontwikkelden Hersh et al. (2012) het 'SMARTER goal setting framework' dat in figuur 2 weergegeven wordt. Het kader geeft handvaten hoe het gemeenschappelijk doelen stellen concreet kan gerealiseerd worden, hoe de behandeling transparant kan gemaakt worden en hoe behandeldoelen met de persoon met een neurogene communicatiestoornis en zijn omgeving kunnen onderhandeld worden. Concreet betekent dit dat de persoon en/of zijn omgeving vragen zoals "Wat zijn precies de doelen van onze therapie?", "Hoe proberen we deze doelen te bereiken?", "Hoe meten we of een doel bereikt is?", "Wanneer beslissen we om een doel te veranderen?" en "Wanneer stoppen we onze therapie/begeleiding?" kan beantwoorden.

In wat volgt lichten we het letterwoord SMARTER toe. Voor een uitgewerkt voorbeeld verwijzen we naar het artikel van Nabuurs et al. (2018).

Figuur 2. SMART en SMARTER doelbepaling, gebaseerd op The SMARTER goal setting framework (Hersh et al., 2012).



Shared

Het principe van 'shared decision making' (samen beslissingen nemen) houdt in dat er voor alle componenten van de ICF onderhandeld wordt over de therapiedoelstellingen. Personen met afasie (Haley et al., 2019) maar ook personen met andere neurogene communicatiestoornissen vinden het fijn om betrokken te worden bij het opstellen van therapiedoelen. Uit een onderzoek van Worrall et al. (2011) blijkt dat de eigen doelen van personen met afasie zich voornamelijk situeren binnen de componenten activiteiten

en participatie. Toch ontstaat er ook soms weerstand bij het samen doelen bepalen. De vraag "Wat vind jij belangrijk om aan te werken?" kan resulteren in een reactie als "Dat zou jij moeten weten want jij bent de expert!" waarin het betrekken van de persoon en zijn omgeving ervaren wordt als een teken van incompetentie van de behandelaar. Door samen met de persoon en/of iemand uit de directe omgeving de ICF te personaliseren, kan de neurologopedist kernachtig de neurogene communicatiestoornis en de impact ervan op iemands participatie inzichtelijk maken en bevorderende en belemmerende persoonlijke en externe factoren weergeven. Het samen invullen en bespreken van een ICF-model zorgt ervoor dat persoon en omgeving inzicht krijgen in de meerwaarde van het samen bepalen van de therapie-inhoud. Met het ICF-model kunnen namelijk verwachtingen en noden heel concreet afgetoetst en besproken worden. In de leefwereld van de persoon duiken bevordert ook de vertrouwensband tussen therapeut en cliënt want 'de therapeut toont interesse in mijn leven en wil mij terug op de rails krijgen'.

Monitored

De term 'monitored' verwijst naar de noodzaak om therapiedoelen voortdurend kwalitatief en kwantitatief te evalueren en dit proces te delen met de persoon en diens omgeving. Een attitude van constant evalueren kan leiden tot subtiele therapieveranderingen. Het kan ook het gesprek openen over verbetering of gebrek aan verbetering dankzij/ondanks de therapie. Neurologopedisten focussen vaak op stoornisgerichte en kwantitatieve evaluaties zoals bijvoorbeeld de CAT-NL (Visch-Brink et al., 2014), de MoCa (Nasreddine, 2018) en het NDO-V (Knuijt et al., 2014). De voorbije jaren verschenen echter verschillende instrumenten die kwalitatief relevante informatie geven over activiteiten, participatie en contextfactoren waardoor ook op deze domeinen nieuwe geïndividualiseerde doelen kunnen ontstaan. We vermelden specifiek de Nederlandstalige versie van de 'Communicative Participation Item Bank' (Van Sluis et al., 2023), een Amerikaanse vragenlijst die peilt naar hoe een persoon met een communicatiestoornis zijn/haar communicatieve participatie zelf beoordeelt. Deze vragenlijst is vrij beschikbaar en faciliteert het samen doelen formuleren en evalueren op participatieniveau. Een volledig overzicht van beschikbare instrumenten, veelal gratis te downloaden, is te vinden in de rubriek assessment op onze portaalsite www.neurocom.be.

Accessible

Informatie moet *toegankelijk* en *begrijpelijk* zijn. Het is de voortdurende taak van zorgverleners om informatie voor de zorgvrager in begrijpelijke taal om te zetten. Ondanks duidelijke inspanningen van de behandelaar blijkt het toe-

gankelijk en begrijpelijk maken in de praktijk verrassend slecht te verlopen. Vandenbosch et al. (2016) duiden lage gezondheidsvaardigheden aan als één van de redenen voor communicatieve misverstanden. Uit hun studie blijkt dat 40% van de huidige maatschappij over onvoldoende gezondheidsvaardigheden beschikt. Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij gezondheidsgerelateerde beslissingen. Redenen van lage gezondheidsvaardigheden zijn onvoldoende scholing, lage cognitieve vaardigheden (bijvoorbeeld door normale veroudering, een mentale beperking of cognitieve problemen na een niet-aangeboren hersenletsel), beperkte beheersing van de Nederlandse taal, negatieve emoties (gevoelens zoals stress, onzekerheid bij bijvoorbeeld het krijgen van slecht nieuws zijn nefast voor het opnemen en verwerken van informatie) en de geletterdeisen van de zorgomgeving (hoogopgeleide zorgprofessionals, grote gebouwen, ingewikkelde structuren). Deze groep zal in de toekomst toenemen omdat er enerzijds steeds meer eisen worden gesteld aan de zorgvrager (bijvoorbeeld op vlak van zelfmanagement en digitalisering) en anderzijds de gemiddelde gezondheidsvaardigheden zullen afnemen onder invloed van vergrijzing en de toename van anderstaligen. Aandacht voor de gezondheidsvaardigheden van de persoon en zijn omgeving moet dan ook een basisattitude van iedere neurologopedist worden. Gelukkig worden er steeds meer tools ontwikkeld om personen met neurogene communicatiestoornissen en hun omgeving toegankelijker te screenen, te informeren en te behandelen. Coppens en Van Brussel (2020) ontwikkelden bijvoorbeeld recent een anamnesevragenlijst voor meertalige personen met afasie. We verwijzen ook naar de website 'Communicare informatiepunt voor naasten van mensen met afasie' (<https://www.kennisnetwerkcvva.nl>), de *Community Integration Questionnaire*, aangepast en vertaald voor mensen met afasie (CIQ-A, Dalemans, 2010) en de Afasievriendelijke versie van de USER-participatie (Groenenboom-De Jong et al., 2016).

Relevant

Om betekenisvolle doelen die persoonlijk *relevant* zijn te kunnen stellen, moeten we een zo volledig mogelijk zicht krijgen op de real-life context. Een huisbezoek, diepte-interview of vragenlijsten zoals bijvoorbeeld de Vragenlijst logopedie (Neuro-Logopedie Kring Nijmegen) of de Vragenlijst persoonlijke factoren uit GLOBAMIX deel 1 (Paemeleire & Moerkerke, 2020) zorgen er voor dat we zicht krijgen op de dagdagelijkse activiteiten, participatie en context van de persoon met neurogene communicatiestoornis. Ook hier weer zal het actief gebruiken van het ICF-model hiaten op elk domein visualiseren. Hierdoor

ontstaan vanzelf relevante therapie-inhouds die leiden tot doelgerichte zorg die gebaseerd is op de werkelijke noden van persoon en omgeving.

Transparent

Gustafsson & McLaughlin (2009) beschrijven dat personen met afasie niet steeds de link zien tussen de oefeningen of werkwijze in therapie en de doelstellingen die zij zelf willen bereiken. *Transparantie* verkrijgen we door constant deze link te verduidelijken. Zo kan bijvoorbeeld het creëren van achtergrondlawaaï tijdens therapie ergernis opwekken bij de cliënt terwijl het door de therapeut net aangewend wordt om de client minder snel afleidbaar te maken in het dagdagelijkse leven. Ook het eenvoudigweg overschrijven van bijvoorbeeld korte krantenkoppen kan als zinloos ervaren worden terwijl de therapeut deze methodiek kan inzetten om semantische en fonologische processen te stimuleren op het moment dat er nog te weinig restmogelijkheden zijn om zelfstandig op een andere manier te werken. Transparant zijn vergt sterke vaardigheden op vlak van klinisch redeneren. We vermeldden eerder al dat dé juiste aanpak bij een persoon met een neurogene communicatiestoornis niet bestaat. De neurologopedist moet ten allen tijde in staat zijn om overlegde therapiedoelen en -keuzes op een begrijpelijke manier te verantwoorden, duiden en illustreren.

Evolving

Therapiedoelen zijn *'evolving'*, ze veranderen voortdurend onder andere door herstel, tijd post onset, vertrouwd worden met leven met de neurogene communicatiestoornis en het ontstaan van nieuwe activiteiten of participatie. Personen met neurogene communicatiestoornissen en/of neurologopedisten kunnen verschillende prioriteiten ervaren op verschillende momenten. De logopedist kan bijvoorbeeld een persoon met een acuut ontstane dysartrie en hemiparese inplannen voor intensieve therapie om de spraakverstaanbaarheid te optimaliseren terwijl de persoon zelf liever energie wil stoppen in kinesitherapie zodat hij "zo snel mogelijk weer lange wandelingen kan maken". We moeten ons er tevens van bewust zijn dat de therapierichting steeds kan veranderen, op wiens vraag ook. Concreet denken we bijvoorbeeld aan een persoon met een neurogene communicatiestoornis wiens context het niet toelaat om intensief stoornisgericht te werken door verwerkingsproblemen of een drukke thuissituatie terwijl de therapeut vanuit zijn kennis en vanuit zijn klinische expertise weet dat intensief stoornisgericht werken net op dat moment het meeste resultaat zal geven. Therapiedoelstellingen moeten onderhandeld worden, compromissen gesmeed.

Relationship-centred

Het al dan niet slagen van therapie en/of begeleiding wordt sterk beïnvloed door de *therapeutische relatie*. Volgens de nog steeds vaak geciteerde definitie van Bordin (1979) is de kwaliteit van de persoonlijke band tussen cliënt en therapeut een belangrijk aspect in deze relatie. De therapeut handelt respectvol en professioneel vanuit een onvoorwaardelijke acceptatie van de persoon. Hij focust eerder op welke persoon de aandoening heeft en niet op welke aandoening de persoon heeft. Therapeut en cliënt moeten connectie voelen en op dezelfde golflengte zitten zodat een klimaat ontstaat waarin optimaal kan samengewerkt worden. Deze visie op de therapeut-client relatie in combinatie met het ICF-denken veranderde de voorbije jaren ook ons taalgebruik. We spreken niet meer van afasie- of dysartriepatiënten of afatici maar over personen met afasie, met dysartrie, met spraakapraxie of met een neurogene communicatiestoornis. De persoon staat met andere woorden centraal en wordt niet meer gereduceerd tot zijn/haar stoornis of tot passieve zorgontvanger. De neurologopedist komt, door de intensieve relatie met de persoon met neurogene communicatiestoornis en zijn omgeving, vaak in de rol van communicatiecoach terecht. Paemeleire et al. (2011b) beschrijven de verschillende coachingstappen en de kenmerken van een goede communicatiecoach. De communicatiecoach is een actieve luisteraar met inzicht in de meest voorkomende psychosociale effecten van een communicatiestoornis. Hij is empatisch, beheerst communicatievaardigheden, heeft kennis om goed te informeren en gelooft in de mogelijkheid van de persoon om te groeien. Worrall et al. (2010) benoemen het meelopen en een actieve rol spelen in het traject van de persoon en zijn omgeving als 'a life coaching approach'.

Naast de handvaten die aangereikt worden met het *SMARTER goal setting framework* beschrijven Plant et al. (2016) zes faciliterende factoren om het gemeenschappelijk bepalen van revalidatiedoelen succesvol te laten verlopen: (1) een regelmatige en actieve communicatie met cliënt en familie van bij de start van het revalidatieproces, (2) maatwerk bij het bepalen van de doelen, (3) zelfzekere en aanmoedigende behandelaars, (4) educatie van cliënten en hun omgeving, (5) dit proces ondersteunen met aangepast educatiemateriaal en (6) het beschikken over voldoende middelen om het begeleidingstraject te realiseren. In het review-artikel worden ook vier belemmerende factoren aangehaald: (1) een mismatch tussen de verwachtingen en het perspectief van de cliënt en de therapeut, (2) gebrek aan *support* van de behandelaars, (3) stoornissen en beperkingen gerelateerd aan het niet-aangeboren hersenletsel

(NAH) en (4) onvoldoende tijd en niet goed functionerende behandelcentra.

Concluderend kunnen we stellen dat een biopsychosociale visie hanteren en doelstellingen zowel SMART als SMARTER formuleren tot meer doelgerichte zorg leidt. Kebede (2016) raadt ons aan om iedere cliënt eerder te vragen "What matters to you" dan "What's the matter?". Met deze attitude vermijden we problemen met het starten én stoppen van therapie/begeleiding. Hersh (2003) beschrijft vijf soorten strategieën die neurologopedisten in de praktijk gebruiken om therapie te stoppen: (1) wachten en zien (een afwachtende houding aannemen zonder overleg), (2) onderhandeling (doelen bespreken en blijvend evalueren), (3) voorbereiding (bv. de persoon wijzen op vooruitgang met objectieve testresultaten om een stop in de nabije toekomst op een indirecte manier aan te brengen), (4) separatie (bv. "We stoppen/pauzeren maar je mag altijd terugkomen" of "Ik moet tijd maken voor andere cliënten") en (5) vervanging (bijvoorbeeld doorverwijzen naar patiëntenverenigingen of een buddy zoeken om "verder te oefenen"). De strategie van 'onderhandeling' sluit bij uitstek het meest aan bij ons ICF- en SMART en SMARTER pleidooi.

Tot slot bespreken we nog twee misverstanden omtrent het biopsychosociaal model en het onderhandelen van therapiedoelen. Ten eerste kan het biopsychosociaal denken en het samen bepalen van therapiedoelen, in tegenstelling tot wat velen denken, vrijwel onmiddellijk na de diagnose aangewend worden. Het is dus ook van toepassing op gehospitaliseerde cliënten en personen die behandeld worden in een revalidatiecentrum. Te vaak zien we dat er vooral bij deze groep weinig tot geen overleg is omtrent de inhoud van de therapie en dat therapiedoelen te weinig afgestemd zijn op de specifieke leefwereld. Een tweede misverstand is dat SMARTER en holistisch werken meer tijd kost en resulteert in 'nog meer werk' voor de neurologopedist. En dit terwijl er momenteel in onze maatschappij net veel aandacht gaat naar persoonlijke zelfzorg en het vermijden van burn-out (o.a. Dewulf, 2016; Geraerts, 2015; Kartsen, 2015). Intensief samenwerken leidt er net toe dat werk en verantwoordelijkheden kunnen gedeeld worden. De persoon met neurogene communicatiestoornis wordt onafhankelijker, proxy's treden op als co-therapeut en/of buddy. Een co-therapeut of buddy helpt de persoon bij het aanpakken van therapiedoelen en wordt hierin ondersteund door de neurologopedist die de inhoud, het resultaat en het proces van de interventies bewaakt. Samenwerken zorgt voor toenemend zelfvertrouwen bij alle betrokken partijen en creëert tegelijkertijd ruimte voor persoonlijke groei. Ook dit loont de moeite, want niet de communicatieve moge-

lijkheden bepalen het algemeen welbevinden maar wel persoonlijke groei, positieve relaties met anderen, onafhankelijkheid en zelfacceptatie (Dalemans et al., 2010).

Houd continu rekening met de niet-talige cognitie van de persoon

Intacte niet-talige cognitie is noodzakelijk voor normale communicatie (Hopper & Bayles, 2008). Vroeger werden zowel in onderwijs als in de klinische praktijk de vakgebieden van de neurologopedie en de neuropsychologie artificieel gescheiden. Taal- en spraakstoornissen werden beschouwd als het exclusieve domein van neurologopedisten en stoornissen op vlak van onder andere aandacht, geheugen, executieve en visuospatiële functies werden gezien als het domein van neuropsychologen en ergotherapeuten. Initieel was ook de literatuur, het assessment- en het therapiemateriaal strikt gescheiden. Ylvisaker et al. (2008) wijzen er terecht op dat door de interactie en overlap tussen de talige en niet-talige cognitieve domeinen het samenwerken van verschillende disciplines bij deze populatie zowel op vlak van assessment als behandeling noodzakelijk is. In wat volgt illustreren we dat voortschrijdend inzicht duidelijk maakte dat niet-talige cognitie onlosmakelijk verbonden is met het werkveld van de neurologopedist.

Niet-talige cognitie bij personen met NAH

Talige en niet-talige cognitieve functies zijn conceptueel niet zo duidelijk van elkaar te onderscheiden. Een woordselectie-anomie bijvoorbeeld kan gezien worden als een geheugenstoornis waarbij de oproeping moeilijk verloopt. Hardin & Ramsberger (2011) spreken over een 'inherente verstremgeling' van talige en niet-talige cognitie. Om taal goed te verwerken, moet een taalgebruiker bijvoorbeeld over een goed werkend auditief werkgeheugen beschikken.

Daarnaast wordt bij de logopedische revalidatie de niet-talige cognitie heel erg aangesproken. Er wordt bijvoorbeeld compensatiegedrag getraind zoals een omschrijving geven van een woord dat de persoon niet kan oproepen (afasie), het spreektempo verlagen (spraakapraxie) of de eerste letter van ieder gesproken woord aanduiden op een letterkaart (dysartrie). Leren compenseren doet heel veel beroep op niet-talige cognitieve vaardigheden zoals leervermogen en executieve functies.

Personen met neurogene taal- of spraakstoornissen hebben vaak ook niet-talige cognitieve stoornissen (comorbiditeit). In de studie van El Hachoui et al. (2014) bijvoorbeeld had na 3 maanden 88% van de personen naast de afasie een stoornis in tenminste één niet-talig cognitief domein, na 1 jaar was dat nog 80%. Veel communicatiesymptomen

van personen met (ernstige) afasie (perseveraties, moeite met switchen tussen communicatiekanalen, niet kunnen gebruiken van communicatiehulpmiddelen, ...) kunnen eerder verklaard worden door executieve functiestoornissen dan door de afasie op zich (Ramsberger, 2005; Paemeleire, 2010; Paemeleire et al., 2009; Paemeleire et al., 2017; Paemeleire & Moerkerke, 2020). Niet-talige cognitieve stoornissen werden ook gevonden bij populaties waar men vroeger van aannam dat er geen cognitieve stoornissen waren. In de studie van Bersano et al. (2020) bijvoorbeeld had 30-50 % van de personen met ALS op het moment van de diagnose een niet-talige cognitieve stoornis.

Ten slotte is er ook steeds meer aandacht voor de zogenaamde 'cognitieve communicatiestoornissen' (CCS), dat zijn neurogene communicatiestoornissen die het gevolg zijn van cognitieve stoornissen (Larkins, 2007). Niettegenstaande CCS niet onder de huidige nomenclatuur vallen, is er internationaal consensus dat neurologopedisten ook hier een specifieke meerwaarde kunnen betekenen.

Taken van de neurologopedist

Rekening houdend met bovenstaande inzichten, zien we met betrekking tot niet-talige cognitie een viertal taken weggelegd voor neurologopedisten (Paemeleire, 2014).

Ten eerste moeten neurologopedisten een degelijke basiskennis over niet-talige cognitieve functies hebben. Tegenwoordig zijn er heel wat toegankelijke handboeken die hiervoor gebruikt kunnen worden. We denken onder andere aan 'Hersenstof: een gedragsneurologische en neuropsychologische integratie' (Lafosse, 2022), 'Breinzicht: toegepaste neuropsychologie bij niet-aangeboren hersenletsel' (Lambrecht & Hermans, 2019) en 'Klinische neuropsychologie' (Kessels et al., 2022). Een Engelstalig boek dat een state-of-the-art overzicht geeft van het assessment en de behandeling van neuropsychologische stoornissen is van de hand van Wilson et al. (2017). Sig VZW ten slotte organiseert regelmatig laagdrempelige bijscholingen over dit onderwerp (www.sig-net.be).

Ten tweede moeten neurologopedisten zicht hebben op de invloed van niet-talige cognitieve stoornissen op taal en communicatie van personen met een NAH. Deze informatie bevindt zich voornamelijk in klinische artikels (zie onder andere Paemeleire, 2006 en Paemeleire, 2010 voor de invloed van executieve functies op taal en communicatie). In deze context wordt het concept 'cognitive level' (cognitieve niveau) vaak gebruikt. Er zijn meerdere systemen in omloop om personen in te delen wat betreft niet-talig cognitief niveau. Een van de meest bekende sys-

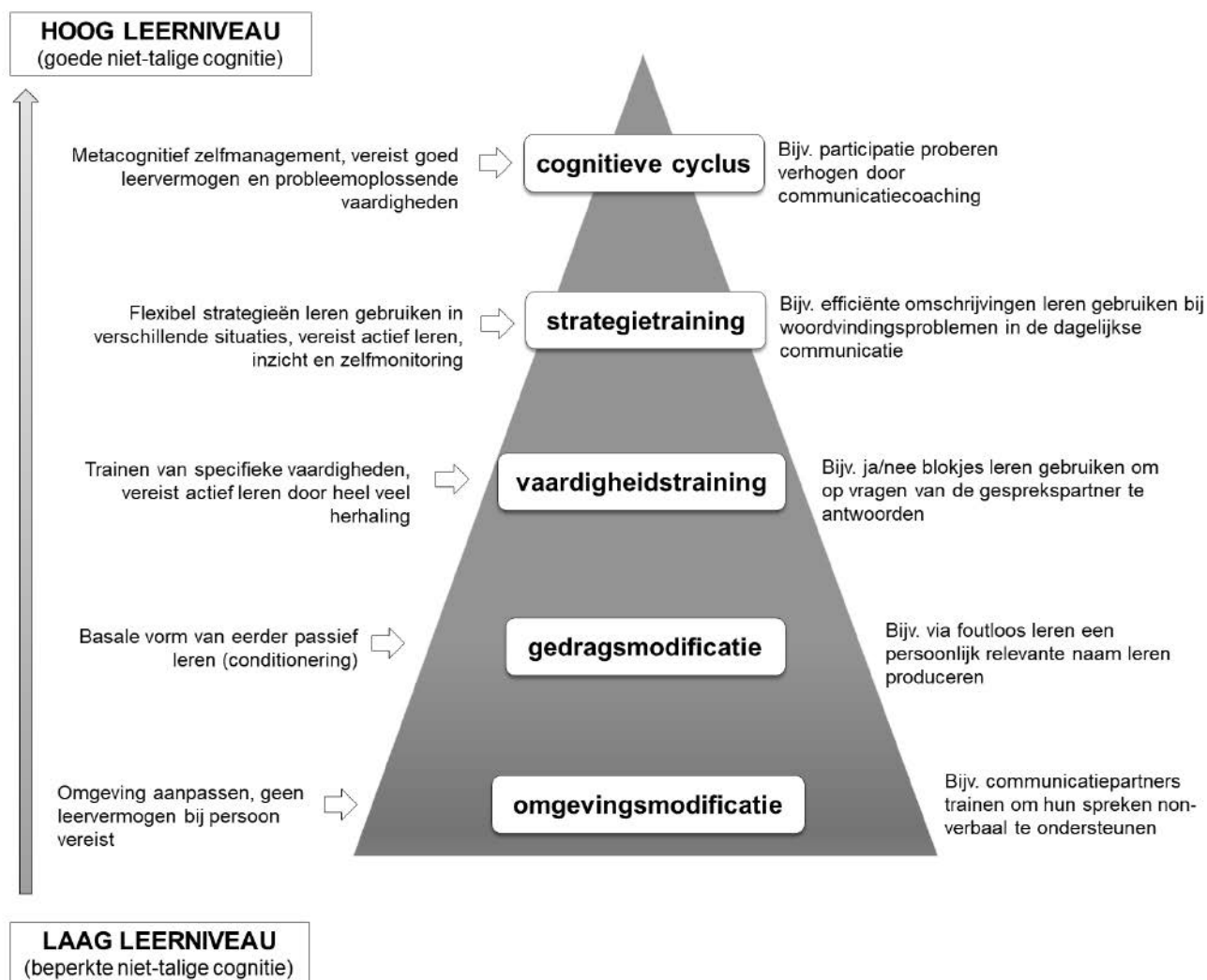
temen is het Cognitive Disabilities reconsidered-Model (CDM-r) (Allen, 1992; Levy & Burns, 2005). Het CDM-r is een conceptueel model dat ontwikkeld werd vanuit de ergotherapie bij personen met dementie maar dat later ook breder én multidisciplinair werd ingezet in de revalidatie. Het CDM-r deelt het cognitieve functioneren van de persoon met NAH op in zes niveaus. Door een persoon met NAH in het hiërarchische model te situeren krijgt het volledige behandelteam zicht op zijn/haar leermogelijkheden waardoor een gepast zorg- en behandeladvies opgesteld kan worden (Piersol, 2013). Voor een concrete toepassing van het model bij de logopedische behandeling van een persoon met dysartrie en ernstige cognitieve stoornissen, verwijzen we naar het artikel van Dewitte et al. (2017).

Ten derde moeten neurologopedisten specifieke screeningsinstrumenten betrouwbaar kunnen afnemen. De neurologopedist moet bij de start van iedere behandeling op de hoogte zijn van de niet-talige cognitieve mogelijkheden van de persoon zodat de therapiedoelstellingen op een aangepast leerniveau geformuleerd worden. Indien dit niet het geval is, zal de therapie niet effectief zijn wat leidt tot frustratie bij de behandelaar, de omgeving en de persoon (Paemeleire, 2014). Informatie over het niet-talige cognitieve functioneren kunnen we verzamelen aan de hand van multidisciplinaire gegevens (waaronder een neuropsychologisch of ergotherapeutisch onderzoek), eigen observatie, homo- en hetero-anamnese en het zelf afnemen van gestandaardiseerde screeningsinstrumenten. Als korte cognitieve screeningstest kunnen neurologopedisten de Montreal Cognitive Assessment (MoCA, versie 8) gebruiken (www.mocacognition.com). Voor een meer uitgebreide en sensitieve testing kan gekozen worden voor de gratis verkrijgbare ScreeningTest voor Cognitie en Communicatie (STCC) (Paemeleire, 2013 & 2019). De resultaten op de STCC kunnen vergeleken worden met de resultaten van 314 gezonde Vlaamse proefpersonen tussen 18 en 89 jaar (Paemeleire, 2014; Paemeleire et al.,

2015). Een gratis vragenlijst voor het in kaart brengen van de subjectieve klachten op vlak van cognitie en communicatie is de vragenlijst 'Zelfevaluatie voor Aandacht- en Geheugen functioneren' (ZAG) (Paemeleire, 2007). De ZAG werd intussen herwerkt tot de Zelfevaluatie van Cognitie en Communicatie (ZECO) (Paemeleire, in ontwikkeling) die eind 2023 onder een *Creative Commons* licentie gratis beschikbaar zal zijn. Er worden momenteel samen met studenten logopedie van de Arteveldehogeschool Vlaamse normgegevens verzameld.

Ten vierde moeten neurologopedisten de gegevens in verband met het cognitieve functioneren en het leervermogen in het bijzonder gebruiken bij het opstellen van de logopedische therapiedoelstellingen. "Revalideren is leren" (Kessels et al., 2012) is een terecht gebruikte slogan in de klinische praktijk. Revalidatie bestaat vaak uit iets opnieuw aanleren (bijv. normale grammaticale structuren bij een persoon met Broca-afasie), iets nieuws leren (bijv. laag en luid spreken bij een persoon met hypokinetische dysartrie) of iets afleren (bijv. vermijden om te spreken in lange, complexe zinnen bij een persoon met conductieafasie). Logopedische doelstellingen worden volgens ons te vaak op een te hoog leerniveau geformuleerd terwijl er niet altijd bepaald werd of de persoon überhaupt over de vereiste cognitieve functies beschikt om deze doelstelling te bereiken (Paemeleire, 2007). Wanneer we op een te hoog cognitief niveau oefenen dan zal dit bij alle betrokken partijen (persoon, omgeving en hulpverleners) frustratie geven. Neurologopedisten moeten dus hun behandeldoelstellingen steeds door een cognitieve bril bekijken. Figuur 3 toont de verschillende interventieniveaus, hiërarchisch geordend volgens leerniveau (gebaseerd op Schutz & Wanlass in Paemeleire, 2014) en hier voorzien van een voorbeeld uit de afasietherapie. Het model kan een leidraad zijn bij het klinisch redeneren over het leerniveau van een therapeutische interventie bij een persoon met een neurogene communicatiestoornis.

Figuur 3. Therapeutische interventies hiërarchisch geordend volgens leerniveau en geïllustreerd aan de hand van voorbeelden uit de afasietherapie (gebaseerd op Schutz & Wanlass in Paemeleire, 2014)

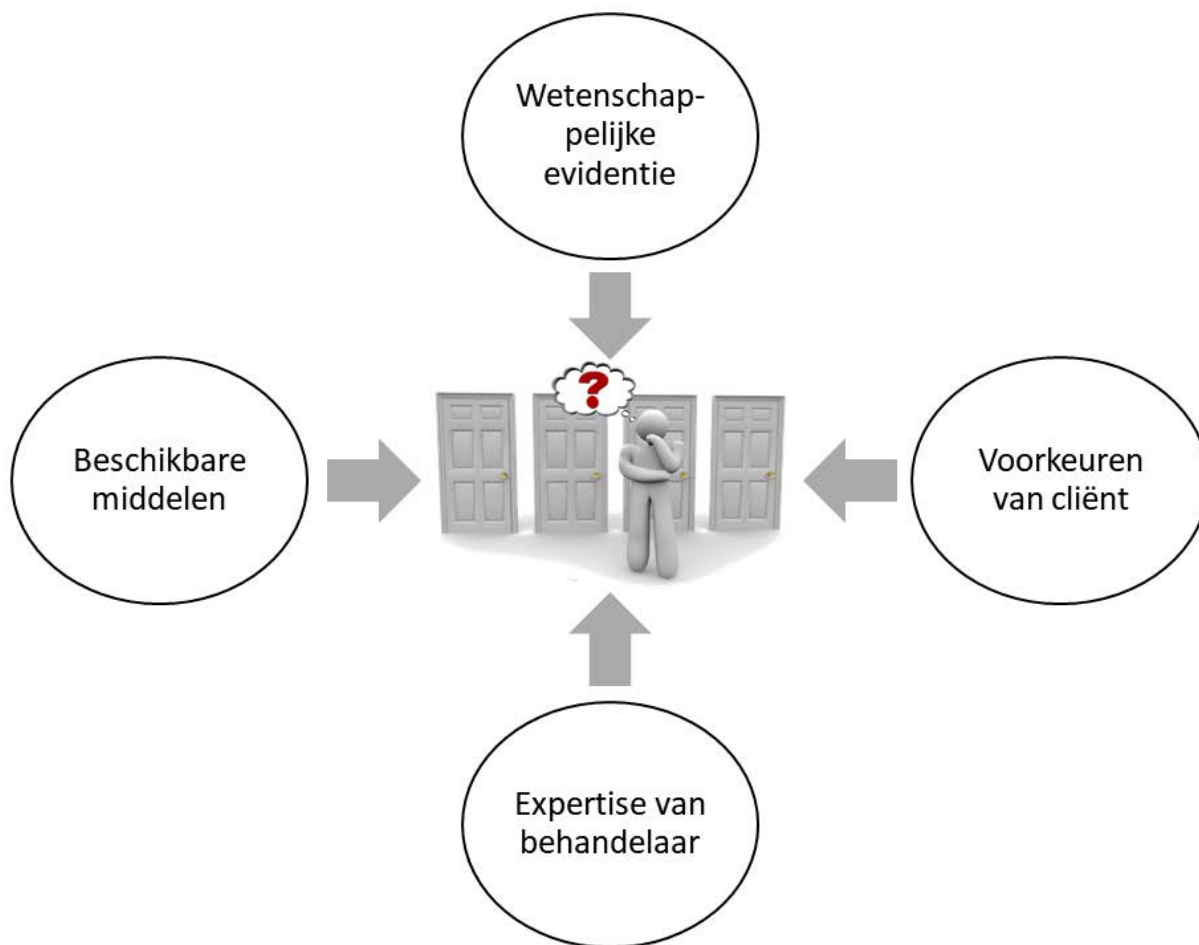


Handel evidence-based én value-based Componenten van evidence-based handelen

De Amerikaans-Canadese arts David Sackett wordt gezien als de pionier van *evidence-based handelen* (EBH), een beweging die in de jaren 80 van de vorige eeuw ingang vond (Sackett et al., 1996). Er doen helaas nog steeds heel wat misverstanden over EBH de ronde. Vaak hebben die te maken met een gebrekkige kennis van wat het begrip inhoudt, wat op zich dan weer verklaard kan worden door het feit dat de term EBH niet breed genoeg is. EBH betekent niet: "Je mag alleen maar doen wat wetenschappelijk bewezen is" of "Ik moet slaafs de klinische richtlijn volgen". EBH is in essentie een heel geïndividualiseerd

klinisch proces (Justice, 2008). Het betekent dat je bij het maken van klinische beslissingen over/met een persoon met een neurogene communicatiestoornis altijd rekening houdt met vier bronnen (zie figuur 4): (1) de beschikbare wetenschappelijk evidentie, (2) de voorkeuren en wensen van de persoon waarover/waarmee de beslissing wordt genomen, (3) de persoonlijke expertise van de neurologopedist (die een uniek profiel van klinische ervaring en specifieke competenties heeft) en (4) de beschikbare middelen (tijd, materiaal, terugbetaling, ...). Een echte evidence-based beslissing kan dus maar genomen worden als de neurologopedist over informatie van deze vier componenten beschikt. We lichten de vier bronnen kort toe.

Figuur 4. De vier onderdelen van evidence-based handelen



Er ontbreekt nog heel veel evidentie in de neurologopedie maar het is belangrijk dat we de wetenschappelijke evidentie die nu wel al voorhanden is integreren in onze klinische besluitvorming. Dat is zinvol omdat evidentie wel degelijk de klinische praktijk verandert. We weten bijvoorbeeld vanuit de literatuur dat intensieve therapie vereist is wanneer we de neurofysiologische basis van stoornissen willen beïnvloeden (Enderby, 2012). Dit intensiteitsprincipe vinden we terug in dysartriebehandelmethode die motorisch leren willen uitlokken zoals de Lee Silverman Voice Treatment (LSVT LOUD) (Bryans et al., 2021), de Pitch Limiting Voice Treatment (PLVT) (de Swart et al., 2003), Be Clear (Park et al., 2016) en SPEAK OUT! (Levitt & Walker-Batson, 2018). Ook de voorkeuren van een persoon met een neurogene communicatiestoornis worden in het proces van een evidence-based beslissing meegenomen. De wetenschappelijke evidentie uit de richtlijn 'Logopedie en Parkinson' (Kalf & van Zundert, 2018) bijvoorbeeld beveelt aan "om de patiënt gedurende de behandelperiode te laten oefenen met de hulp van een door de logopedist geïnstrueerde co-therapeut" (aanbeveling 14c, pag. 15). Sommige personen met de ziekte van Parkinson willen echter niet

dat de omgeving bij de behandeling wordt betrokken. Ook de expertise van de behandelaar is belangrijk: niet iedere neurologopedist beschikt bijvoorbeeld over de vereiste certificering om de PLVT toe te mogen toepassen. Op basis van jouw eigen klinische ervaring kan je ook aanpassingen aan de PLVT doen zoals het toevoegen van wekelijkse groepsessies of de deelname aan een Parkinsonkoor. De beschikbare middelen zijn de laatste factor waarmee we rekening moeten houden. De LSVT LOUD methode bestaat uit vier aaneensluitende weken met vier sessies van één uur therapie. Deze behandelmethode is uitgebreid wetenschappelijk onderzocht en de evidentie voor zijn effectiviteit is goed in verhouding tot andere stoornisgerichte behandelmethoden voor neurogene spraakstoornissen (Duffy, 2020). Het huidige terugbetalingssysteem laat echter geen sessies van 1 uur toe bij personen met dysartrie waardoor dit behandelprotocol in Vlaanderen dus helaas niet uitgevoerd kan worden.

Wie zich wil bijscholen in de basisprincipes van evidence-based handelen, kan gratis gebruik maken van onze twee websites met online webinars: 'Inleiding op evidence-

based handelen' (<http://evidence-basedhandelen.weebly.com>) en 'evidence-based handelen: toepassingen' (<http://evidence-basedhandelentoepassingen.weebly.com>).

Efficiënt evidentie verzamelen

Gebrek aan tijd wordt door logopedisten in diverse studies aangegeven als de meest belemmerende factor om wetenschappelijke informatie mee te nemen in het klinische redeneerproces (O'Connor & Pettigrew, 2009; Zipoli & Kennedy, 2005).

Een efficiënte manier om de link te leggen tussen evidentie en klinische praktijk zijn richtlijnen. De hoeveelheid specifieke Nederlandstalige richtlijnen is momenteel echter nog beperkt. Wij verwijzen voor een overzicht naar onze derde website 'evidence-based logopedie' (<http://evidence-basedlogopedie.weebly.com>). Daar is per stoornisgebied een overzicht te vinden van interessante tijdschriften, trefwoorden (Nederlands én Engels), richtlijnen, protocollen, systematic reviews en Critically Appraised Topics (CATs). CATs zijn korte, begrijpelijke samenvattingen van de beschikbare wetenschappelijke evidentie bij een specifieke klinische vraag. Ook dit is een tijdsefficiënte manier voor logopedisten om mee te blijven met de meest recente wetenschappelijke inzichten (White et al., 2017). Een Nederlandstalig voorbeeld is de gratis beschikbare CAT van Versteegde et al. (2016) die de vraag "Wat is het effect van logopedische behandeling bij afasie?" beantwoordt.

Een andere toegankelijke manier om de link te maken tussen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk zijn onderbouwde handboeken. Het *best practice* voorbeeld hiervan is het boek 'Motor Speech Disorders' van Duffy (2020). In dit handboek wordt een impressionante hoeveelheid wetenschappelijke evidentie bevattelijk gepresenteerd. Bij het boek hoort ook een toegangscode voor een online platform met talloze video-illustraties. Intussen zijn er voor alle belangrijkste neurogene communicatiestoornissen wetenschappelijk onderbouwde handboeken met focus op behandeling beschikbaar: afasie (Hallowell, 2016; Papathanasiou & Coppens, 2021), dysartrie (Yorkston et al., 2010; Yorkston et al., 2013), spraakapraxie (Paemeleire, 2012), CCS bij personen met dementie (Bayles et al., 2018), CCS bij personen met hersentrauma (McDonald et al., 2014; Ostergren, 2017) en CCS bij personen met rechterhemisfeerschade (Blake, 2018).

Een nadeel van handboeken is dat ze statisch zijn en de nieuwste evidentie niet bevatten. Gelukkig zijn er een aantal organisaties die voor ons de vinger aan de pols houden

en wetenschappelijke evidentie selecteren, kritisch beoordelen en samenvatten. Een eerste voorbeeld zijn de 'Evidence maps' van de Amerikaanse beroepsvereniging ASHA (<https://apps.asha.org/EvidenceMaps>). Voor alle neurogene communicatiestoornissen en voor de voornaamste neurologische ziektebeelden en doelgroepen zijn korte samenvattingen te vinden van richtlijnen en systematic reviews. Een tweede website is het Australische speechBITE (<https://speechbite.com>). SpeechBITE is een overzichtelijk databank met abstracts van alleen hoogwetenschappelijke artikels over de behandeling van logopedische stoornissen.

Een interessante nieuwe ontwikkeling zijn podcasts over neurogene communicatiestoornissen. Sommige podcasts zijn bedoeld voor een breed publiek en nemen hierbij vaak de beleving van de persoon als uitgangspunt (zie onder andere de reeks 'Hersenhelden' van het Amsterdam UMC op Spotify & Apple Podcasts). Andere podcasts zijn gericht op professionelen en bestaan meestal uit langdurige interviews met experts uit het werkveld of de onderzoekswereld (zie onder andere de podcasts van de Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences op www.ancds.org/public-podcasts). Tijdens het academiejaar 2023-2024 zullen studenten van de Arteveldehogeschool in het kader van hun Bachelorproef een overzicht maken van kwaliteitsvolle podcasts over neurogene communicatiestoornissen. De lijst wordt in juni 2024 gepubliceerd op onze portaalsite www.neurocom.be.

Op weg naar value-based handelen

Evidence-based handelen was één van de succesverhalen van de jaren 90 van de vorige eeuw (Trinder, 2000). Later kwam er echter kritiek op hoe EBH in de praktijk toegepast werd (Elman, 2006; Greenhalgh et al., 2014; Rosenbek, 2016). Enkele voorbeelden zijn: de te grote aandacht voor randomised clinical trials (RCTs) ten nadele van andere vormen van onderzoek, de beperking van de professionele autonomie door opgelegde richtlijnen, de manier waarop EBH soms gebruikt wordt om te besparen en het publiceren van onderzoek dat niet aansluit bij de klinische realiteit. Uit onderzoek bleek dat logopedisten in de praktijk hun klinisch redeneren veel meer laten leiden door de eigen ervaring (99,6%) en de meningen van collega's (78,7%) dan door evidence-based informatiebronnen (17,7%) (Zipoli & Kennedy, 2005).

Er is de laatste jaren veel aandacht voor het zogenaamde *value-based handelen*. Rao (2015) stelt dat *value* (letterlijk te vertalen als 'waarde') in de gezondheidszorg gemeten kan worden door de *outcome* die bereikt werd en niet door de hoeveelheid diensten die werden geleverd. *Outcome* kan

gedefinieerd worden als de resultaten of zichtbare effecten van interventies (Enderby et al., 2006). Bij value-based handelen vraagt men zich af wat de specifieke meerwaarde geweest is van een bepaalde (neurologopedische) interventie. Effectiviteit en efficiëntie zijn de basisprincipes van een *value-based* systeem (Swigert & Wright, 2020).

Twee strategieën zijn essentieel voor effectieve neurologopedie: het eerder besproken evidence-based handelen én het meten van de *outcome* van de diensten die geleverd werden (Swigert & Wright, 2020). Therapie is niet alleen effectief wanneer onze klinische testgegevens dat aangeven maar ook wanneer de persoon die de therapie gekregen heeft dit vindt. Recent werkte Worrall (2019) het conceptuele kader 'The seven habits of highly effective aphasia therapists' uit. In dit artikel, dat een synthese is van 16 jaar onderzoek, omschrijft ze zeven gewoontes die volgens personen met afasie ons tot goede neurologopedisten maken.

Efficiëntie is het tweede principe van value-based handelen en kan gedefinieerd worden als de beste outcome aan de laagste kost. Meer betekent met andere woorden niet altijd beter. Wat assessment bijvoorbeeld betreft is het goed een uitgebreid protocol te hebben (zie bijv. Paemeleire, 2016 voor dysartrie) maar het is evenzeer belangrijk er in bepaalde situaties van af te kunnen wijken. Soms kan uitgebreide testing namelijk erg frustrerend zijn en weinig informatie voor de verdere behandeling opleveren (Paemeleire & Moerkerke, 2019). *Nice to know* is namelijk iets anders dan *need to know*. Dit betekent ook dat logopedisten de behandeling stoppen wanneer de persoon geen vooruitgang meer maakt, dat ze geen oefeningen samen doen die de persoon eigenlijk zelf kan doen en dat bij personen voor wie dit kan de focus op zelfmanagement ligt (Swigert & Wright, 2020).

Value-based neurologopedie is nog onontgonnen gebied en er is nood aan de ontwikkeling van goede meetinstrumenten die dit in kaart kunnen brengen (Porter, 2010). We verwachten dat er de komende jaren meer aandacht zal gaan naar het ontwikkelen van de zogenaamde *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) (zie voor een overzicht Golper & Frattali, 2012 en de Riesthal & Ross, 2015). Kwaliteit in de zorg is steeds meer gebaseerd op de behoeften van de patiënt (patient centered outcome) (Rubrech & de Lange, 2010). Bij PROMs wordt niet alleen de outcome maar ook het hele proces van de dienst die verleend werd door de persoon beoordeeld. Een gratis beschikbaar, Nederlandstalig instrument is alvast de afasievriendelijke versie van de Consumer-Quality Index (Bos et al., 2015). Het concept dat de interventies die we doen altijd een betekenisvolle

impact moeten hebben op het functioneren en welzijn van een persoon is iets wat we zeker kunnen meenemen naar de dagelijkse praktijk.

Conclusie

De toekomst brengt nieuwe mogelijkheden maar ook grote uitdagingen voor neurologopedisten mee. Wetenschap en het daarop gebaseerde onderwijs zijn niet in staat om klinici pasklare antwoorden te geven op individuele probleemstellingen uit de praktijk. Wat we wel kunnen doen is een conceptuele gereedschapskist voorzien waarmee neurologopedisten tijdens het klinisch redeneren aan de slag kunnen gaan. In dit artikel werden drie conceptuele kaders toegelicht die hierbij gebruikt kunnen worden.

We zoomen op het einde van dit beschouwend artikel nog even verder uit. De overvloed aan informatie, uitdagingen en verwachtingen die we in dit artikel beschreven hebben, bewijst dat de druk op neurologopedisten groot is. Persoonlijke zelfzorg, professioneel timemanagement en verbondenheid met collega's zijn volgens ons onontbeerlijk om dit fantastische beroep een hele carrière lang te kunnen uitoefenen.

Referentielijst

- Allen, C. K. (1992). Cognitive disabilities. In N. Katz (Ed.), *Cognitive rehabilitation: Models for intervention in occupational therapy* (pp. 1-21). Andover.
- Bayles, K., McCullough, K., & Tomoeda, C. K. (2018). *Cognitive-communication disorders of MCI and dementia: Definition, assessment, and clinical management*. Plural Publishing.
- Bersano, E., Sarnelli, M. F., Solara, V., Iazzolino, B., Peotta, L., De Marchi, F., ... & Mazzini, L. (2020).
- Decline of cognitive and behavioral functions in amyotrophic lateral sclerosis: a longitudinal study. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 21(5-6), 373-379
- Blake, M. L. (2018). *The Right Hemisphere and Disorders of Cognition and Communication: Theory and Clinical Practice*. Plural Publishing.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 16, 252-260.
- Bos, N., Triemstra, M., Ruijter, L., Wieggers, T., & Plass, A. M. (2015). *Afasiezorg in beeld: ontwikkeling van de CQ-index Afasie*. NIVEL.
- Brocatius, N., (2012). Het biopsychosociale model: implementatie in de klinische praktijk van een CAR d.m.v. ICF. *Signaal*, 78, 6-15.
- Brouwers-Nabuurs, S., de Haan-Neve, V., & Paemeleire, F. (2018). SMARTER doelbepaling bij een participatiegerichte afasiebehandeling in de chronische fase. *Nederlands tijdschrift voor Logopedie*, 5, 18-26.
- Bryans, L. A., Palmer, A. D., Anderson, S., Schindler, J., & Graville, D. J. (2021). The impact of Lee Silverman Voice Treatment (LSVT LOUD®) on voice, communication, and participation: Findings from a prospective, longitudinal study. *Journal of communication disorders*, 89, 106031.

- Claes, M., & Liessens, D. (2021). *Altijd onderweg: verder met een hersenletsel*. Sig vzw.
- Coppens, S., & Van Brussel, L. (2020). Polyglotte afasie deel 3: een bruikbare anamnesevragenlijst bij meertaligheid na CVA. *Logopedie*, 33(4), 116-126.
- Dalemans, R. (2010). Community Integration Questionnaire (CIQ-A) aangepast en vereenvoudigd voor mensen met afasie [thesis]. Gevonden op 16 maart 2022 via <https://hbo-kennisbank.nl>
- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of communication disorders*, 45(5), 537-50.
- De Groot, I., & Oosterwijk, M. (2017). *S.M.A.R.T. in de logopedie: doelen stellen in de praktijk*. Koninklijke van Gorcum.
- De Haan-Neven, V., Dalemans, R. & Van Rumst, M. (2015). Sociale participatietraining bij afasie. Een praktijkvoorbeeld. *Logopedie*, 87(6), 24-31.
- De Haan-Neven, V., Dalemans, R. & Van Rumst, M. (2014). 'Weer dirigent zijn van mijn eigen levenslied'. Coaching van een persoon met chronische afasie in zijn sociale participatie: een gevalbespreking. *Logopedie*, maart - april, 35-48.
- De Paermentier, R., Paemeleire, F., & Van Rumst, M. (2018). Zorgverleners beter leren communiceren met personen met een ernstig hersentrauma: een pilotstudie met het programma TBI Express. *Signaal*, 103, 4-24.
- de Riesthal, M., & Ross, K. B. (2015). Patient reported outcome measures in neurologic communication disorders: An update. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 25(3), 114-120.
- De Swart, B. J., Willemse, S. C., Maassen, B. A. M., & Horstink, M. W. I. M. (2003). Improvement of voicing in patients with Parkinson's disease by speech therapy. *Neurology*, 60(3), 498-500.
- Desnerck, G. (2005). Individuele en sociale modellen in verband met handicap: Een integratieve visie. *Signaal*, 52, 18-34.
- Dewitte, Z., Paemeleire, F., & Op de Beeck, B. (2017). Spraakverstaanbaarheidstraining bij een persoon met dysarthrie en ernstige cognitieve stoornissen. Toepassingen van het CDM-r model. *Signaal*, 26(1), 30-50.
- Dewulf, L. (2016). Stop burn-out. Wat als je batterijen leeglopen: praktische tips en technieken om burn-out te herkennen, te vermijden, te bestrijden. Lannoo Campus.
- Duffy, J. R. (2020). *Motor Speech Disorders. Substrates, Differential Diagnosis, and Management (Fourth Edition)*. Elsevier.
- Dykstra, A. D., Hakel, M. E., & Adams, S. G. (2007). Application of the ICF in reduced speech intelligibility in dysarthria. *Seminars in Speech and Language*, 28(4), 301-311.
- El Hachoui, H., Visch-Brink, E. G., Lingsma, H. F., van de Sandt-Koenderman, M. W., Dippel, D. W., Koudstaal, P. J., & Middelkoop, H. A. (2014). Nonlinguistic cognitive impairment in poststroke aphasia: a prospective study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 28(3), 273-281.
- Elman, R. J. (2006). Evidence-based practice: What evidence is missing?. *Aphasiology*, 20(02-04), 103-109.
- Enderby, P., John, A., & Petheram, B. (2006). *Therapy Outcome Measures for rehabilitation professionals*. John Wiley & Sons.
- Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J., & Boucher, A. (2015). CanMEDS 2015. Physician Competency Framework Series I. Gevonden op 22 december 2022 via <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
- Geraerts, E. (2015). *Mentaal kapitaal. Versterk je mentale veerkracht en vermijd burn-out*. Uitgeverij Lannoo.
- Geerinck, S. (2019). Tussen hoop en hersenletsel: een zoektocht naar identiteit, herstel en zorgvuldig optimisme van een verkeersslachtoffer. Garant uitgevers.
- Golper, L. & Frattali, C. (2012). *Outcomes in Speech-Language Pathology*. Thieme.
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis?. *BMJ*, 348:g3725, 1-7.
- Groenenboom-De Jong, W., Paemeleire, F., & Post, M. (2016). Afasievriendelijk meten van revalidatieresultaten. *Nederlands tijdschrift voor Logopedie*, 88, 6-12.
- Gustafsson, L., & Mc Laughlin, K. (2009). An exploration of clients' goals during inpatient and outpatient stroke rehabilitation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(6), 427-437.
- Haley, K. L., Cunningham, K.T., Barry, J. & de Riesthal, M. (2019). Collaborative Goals for Communicative Life Participation in Aphasia: The FOURC Model. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(1), 1-13.
- Hallowell, B. (2016). *Aphasia and Other Acquired Neurogenic Language Disorders. A Guide for Clinical Excellence*. Plural Publishing.
- Hardin, K. Y., & Ramsberger, G. (2011). Treatment of attention to improve conversational success in aphasia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 21(2), 72-77.
- Hekking, K. (2019). *In gesprek met een spraakgebrek*. Igmet.
- Hersh, D., Worrall, L., Howe, T., Sherratt, S., & Davidson, B. (2012). SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26(2), 220-233
- Hersh, D. (2003). "Weaning" clients from aphasia therapy: Speech pathologists' strategies for discharge. *Aphasiology*, 17(11), 1007-1029.
- Hopper, T., & Bayles, K.A. (2008). Management of Neurogenic Communication Disorders Associated with Dementia. In R. Chapey (Ed.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (pp 988-1008). Lippincott Williams & Wilkins.
- Justice, L. (2008). Evidence-Based Terminology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17(4), 324-325.
- Kalf, H., & van Zundert, S. (red) (2017). *Logopedie bij de ziekte van Parkinson, een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Gevonden op 16 maart 2023 via www.nvlf.nl.
- Kartsen, C. (2015). *Uit je burn-out. Een 30 dagen programma*. Kosmos Uitgevers.
- Kebede, S. (2016). Ask patients "What matters to you?" rather than "What's the matter?". *BMJ*, 354.
- Kessels, R., Eling, P., Ponds, R., Spikman, J., & Van Zandvoort, M. (2012). *Klinische neuropsychologie*. Uitgeverij Boom.
- Lafosse, C. (2022). *Hersenstof: een gedragsneurologische en neuropsychologische integratie*. Acco.

- Lambrecht, W., & Hermans, N. (2019). *Breinzicht: toegepaste neuropsychologie bij niet-aangeboren hersenletsel* (3^{de} druk). Academia Press.
- Larkins, B. (2007). The application of the ICF in Cognitive-communication disorders following traumatic brain injury. *Seminars in Speech and Language, 28*(4), 334-342.
- Levitt, J., & Walker-Batson, D. (2018). The effects of the "speak with intent" instructions for individuals with Parkinson's disease. *Journal of Communication Disorders Assistive Technology, 1*, 1-15.
- Levy, L. L., & Burns, T. (2005). Cognitive disabilities reconsidered. Rehabilitation of older adults with dementia. In N. Katz (Ed.), *Cognition, occupation, and participation across the life span: Neuroscience, neurorehabilitation, and models of intervention in occupational therapy* (pp. 347-388). AOTA Press.
- Maes, A., & Tackaert, B. (2022). *Nederlandstalig materiaal voor psycho-educatie van de omgeving van volwassenen met neurogene Communicatiestoornissen* [bachelorproef]. Gent: Arteveldehogeschool.
- McAllister, L., & Rose, M. (2008). Speech-language pathology students: learning clinical reasoning. In J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus, & N. Christensen (Eds.), *Clinical reasoning in the health professions* (pp. 397-404). Elsevier Health Sciences.
- McClain, C. (2005). Collaborative rehabilitation goal setting. *Topics in Stroke Rehabilitation, 12*(4), 56-60.
- McCurtin, A., & Carter, B. (2015). 'We don't have recipes; we just have loads of ingredients': explanations of evidence and clinical decision making by speech and language therapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 21*(6), 1142-1150.
- McDonald, S., Togher, L., & Code, C. (2014). *Social and communication disorders following traumatic brain injury* (2nd edition). Psychology press.
- Moerkerke, L., Paemeleire, F., & Robert, E. (2017). Boston assessment of severe aphasia (BASA): een meerwaarde bij het onderzoek van personen met globale afasie? *Logopedie, 30*(3), 19-31.
- Nabuurs, S., de Haan-Neven, V., Paemeleire, F. (2018). SMARTER doelbepaling bij een participatie gerichte afasiebehandeling in de chronische fase: een gevalsbespreking. *Nederlands Tijdschrift voor Logopedie, 90*(5), 18-26.
- O'Connor, S. & Pettigrew, C. (2009) The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence-based practice by speech & language therapists. *International Journal of Language & Communication Disorders, 44*(6), 1018-1035.
- Ostergren, J. A. (2017). *Cognitive Rehabilitation Therapy for Traumatic Brain Injury: A Guide for Speech-Language Pathologists*. Plural Publishing.
- Paemeleire, F. (2006). Communicatiestoornissen na prefrontale letsels. *Logopedie en Foniatrie, 78*, 362-370.
- Paemeleire, F. (2007). Behandeling van articulatie bij dysartrie: klassieke valkuilen en praktische suggesties. *Logopedie, 20*(3), 44-51.
- Paemeleire, F. (2010). Personen met afasie én executieve functiestoornissen: implicaties voor diagnostiek en behandeling. *Logopedie, 23*(3), 23-34.
- Paemeleire, F. (2012). *Handboek spraakpraxie bij volwassenen*. Uitgeverij Garant.
- Paemeleire, F. (2014). De ScreeningTest voor Cognitie en Communicatie (STCC): een nieuw instrument voor volwassenen met NAH. *Logopedie, 27*(2), 51-65.
- Paemeleire, F. (2016). Protocol voor logopedisch assessment bij volwassenen met verworven dysartrie. *Logopedie, 29*(4), 47-62.
- Paemeleire, F., Daeyaert, L., & Lambrecht, W. (2015). De ScreeningTest voor Cognitie en Communicatie (STCC): focus op de woordvloeiendheidstaken. *Logopedie, 28*(3), 37-48.
- Paemeleire, F., Desmet, L., Savonet, A., & Van Beneden, G. (2014). Focus op de externe factoren van de ICF bij de behandeling van volwassenen met dysartrie. *Signaal, 87*, 4-18.
- Paemeleire, F. (2016). Protocol voor logopedisch assessment bij volwassenen met verworven dysartrie. *Logopedie, 29*(4), 47-62.
- Paemeleire, F., & Moerkerke, L. (2019). Dynamisch assessment bij personen met ernstige afasie. *Logopedie, 32*(4), 5-17.
- Paemeleire, F., & Moerkerke, L. (2020). *LOBAMIX deel 1: dynamisch assessment van personen met ernstige afasie*. Sig VZW.
- Paemeleire, F., Desmet, L., Savonet, A., & Van Beneden, G. (2011a). Coaching bij volwassenen met dysartrie: Concrete methodieken uit DYSAMIX. *Signaal, 76*, 16-40.
- Paemeleire, F., Desmet, L., Savonet, A., & Van Beneden, G. (2011b). *DYSAMIX: werkboek dysartrie bij volwassenen deel 1*. Sig vzw.
- Park, S., Theodoros, D., Finch, E., & Cardell, E. (2016). Be clear: A new intensive speech treatment for adults with nonprogressive dysarthria. *American Journal of Speech-Language Pathology, 25*(1), 97-110.
- Papathanasiou, I., & Coppens, P. (2021). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders (3rd Edition)*. Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Piersol, C. V. (2013). *Examining caregiver appraisal of functional capacity in family members with dementia* [Doctoraatthesis]. Geraadpleegd op 18 januari 2023 via <https://scholarscompass.vcu.edu/etd/3131/>
- Plant, S. E., Tyson, S. F., Kirk, S., & Parsons, J. (2016). What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation, 30*(9), 921-930.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine, 363*(26), 2477-2481.
- Ramsberger, G. (2005). Achieving conversational success in aphasia by focusing on non-linguistic cognitive skills: A potentially promising new approach. *Aphasiology, 19*(10/11), 1066-1073.
- Rao, P. R. (2015). Outcomes and quality: Key characteristics of a successful SLP value journey. Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders, 25(3), 94-106.
- Rosenbek, J. C. (2016). Tyranny of the randomised clinical trial. *International Journal of Speech-Language Pathology, 18*(3), 241-249.
- Rosewilliam, S., Roskell, C., & Pandyan, A. (2011). A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation, 25*(6), 501-514.
- Rubrech, J., & de Lange, G. S. (2010). *Kwaliteit verbeteren in de zorg*. Pearson Education.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71-72.

- Swigert, N. B., & Wright, A. (2020). Value-based health care: Adjusting speech-language pathology practice to fit the model. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(6), 1598-1602.
- Trinder, L. (2000). *Evidence-based practice: a critical appraisal*. Wiley-Blackwell.
- Vandenbosch, J., Van den Broucke, S., Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., & Callens, M. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *Journal of epidemiology and community health*, 70(10), 1032-8.
- Van Sluis, K.E., van der Molen, L., Van den Steen, L., Passchier, E., Stuiver, M., van Son, R. J. J. H., & van Nuffelen, G. (2023). Dutch translation and validation of the Communicative Participation Item Bank (CPIB)—short form. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 58(1), 124-137.
- Versteegde, L., Sluijmers, J., Zoutenbier, I., Singer, I., & Gerrits, E. (2016). Critically Appraised Topic (CAT) ten behoeve van de effectiviteit van de behandeling van afasie. Rapport voor NVLF van Lectoraat Logopedie Hogeschool Utrecht. Gevonden op 22 maart 2023 via www.nvlf.nl
- Walshe, M., Peach, R. K., & Miller, N. (2009). Dysarthria impact profile: development of a scale to measure psychosocial effects. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(5), 693-715.
- White, S., Raghavendra, P., & McAllister, S. (2017). Letting the CAT out of the bag: Contribution of critically appraised topics to evidence-based practice. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 11, 27-37.
- World Health Organization (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*.
- WHO.
- Wilson, B. A., Winegardner, J., van Heugten, C. M., & Ownsworth, T. (Eds.). (2017). *Neuropsychological rehabilitation: The international handbook*. Psychology Press.
- Worrall, L. (2019). The seven habits of highly effective aphasia therapists: The perspective of people living with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(5), 438-447.
- Worrall, L., Sheratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309-322.
- Worrall, L., Brown, K., Cruice, M., Davidson, B., Hersh, D., Howe, T., & Sherratt, S. (2010). The evidence for a life-coaching approach to aphasia. *Aphasiology*, 24(4), 497-514.
- Ylvisaker, M., Szekeres, S. F., & Feeney, T. (2008) *Communication Disorders Associated with Traumatic Brain Injury*. In R. Chapey (Ed), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders (Fifth Edition)* (p. 879-954). Lippincott Williams & Wilkins.
- Yorkston, K. M., Klasner, E. R., & Swanson, K. M. (2001). *Communication in Context: A Qualitative Study of the Experiences of Individuals With Multiple Sclerosis*. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 10(2), 126-137.
- Yorkston, K. M., Beukelman, D. R., Strand, E. A., & Hakel, M. (2010). *Management of Motor Speech Disorders in Children and Adults (Third Edition)*. Pro Ed.
- Yorkston, K. M., Miller, R. M., Strand, E. A., & Britton, D. (2013). *Management of Speech and Swallowing in Degenerative Diseases (Third Edition)*. Pro Ed.
- Zipoli, R. P. & Kennedy, M. (2005) Evidence-based practice among speech-language pathologists: attitudes, utilisation and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14, 208-220.
- De USER-participatie, de Vragenlijst logopedie Neuro-Logopedie Kring Nijmegen en alle artikels waar de auteurs aan meewerkten zijn gratis te downloaden via www.neurocom.be.

Correspondentieadres

Frank Paemeleire & Marijke Van Rumst
Postgraduaat Neurogene Communicatiestoornissen
Arteveldehogeschool
Voetweg 66
9000 Gent
Frank.paemeleire@arteveldehs.be