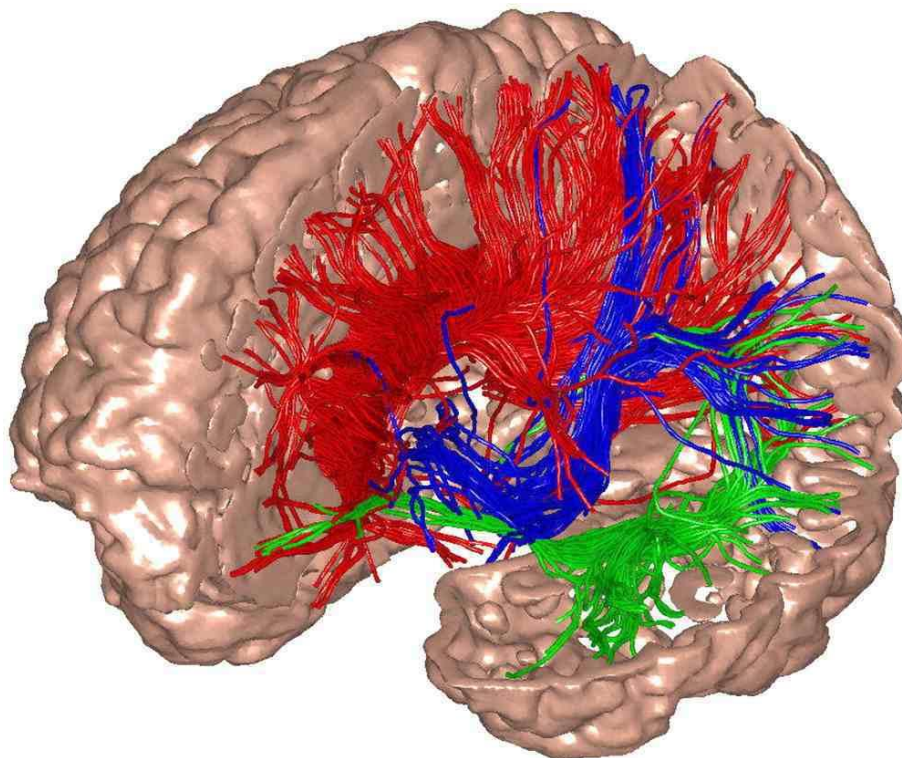


De logopedische behandeling van cognitieve communicatiestoornissen bij personen met niet-aangeboren hersenletsel zonder afasie



1

Bachelorthesis
Janny Bos
Studentnummer: 327723
LODB16DT
Wordcount: 5509



Academie voor Gezondheidsstudies, opleiding
Logopedie
1^e beoordelaar: Mevrouw L. Atsma
2^e beoordelaar: Mevrouw M. Paulmann
Datum: 12-06-2018

Samenvatting

Introductie In 2016 hadden circa 2.000.000 personen niet-aangeboren hersenletsel (NAH) ten gevolge van een beroerte, een trauma of een neurodegeneratieve ziekte. Een mogelijk gevolg is het krijgen van een cognitieve communicatiestoornis (CCS). Dit is een stoornis in de communicatie die veroorzaakt wordt door een stoornis in cognitieve processen. Vaak zijn daarbij problemen te zien in het taalgebruik, de pragmatiek. Ook de prosodie kan zijn aangedaan. Dit geldt zowel voor productie als begrip. Screening en diagnostiek van CCS is mogelijk. Hoewel het bestaan van CCS wordt onderkend is er weinig bekend over behandelmogelijkheden door logopedisten. In dit onderzoek is de logopedische behandeling van personen met CCS in kaart gebracht. Dit is gedaan met de vraag *'hoe behandelen logopedisten personen met cognitieve communicatiestoornissen?'*. Doel is inzicht te verkrijgen in de huidige manier van behandelen.

Methode Vier logopedisten werden geïnterviewd. Twee logopedisten werkten in verpleeghuizen en twee in revalidatiecentra. Het onderzoek werd gedaan via semigestructureerde interviews met behulp van een topiclijst. De bevroagde onderwerpen waren: diagnostiek, behandelgoal/hulpvraag, behandeling, behandel-frequentie en -duur en samenwerking. De gegevens zijn getranscribeerd en geanalyseerd door middel van open codering.

Resultaten Logopedisten behandelen CCS met bestaand logopedisch materiaal. Er wordt zowel op functie-, activiteiten- als op participatieniveau behandeld. De wijze van diagnostiek, de behandelfrequentie en de frequentie van overleg met andere disciplines is niet in alle instellingen gelijk. De logopedisten geven aan behoefte te hebben aan meer logopedisch behandelmateriaal voor personen met CCS. De logopedisten geven tevens aan dat er vooral behoefte is aan kennis over de invloed van de cognitieve problemen op de communicatie en op welke wijze zij hier in de behandeling rekening mee kunnen houden. Bewustmaking van de aanwezige problemen bij personen met CCS is nodig, omdat cliënten niet altijd voldoende inzicht hebben in hun stoornis. Logopedisten geven aan informatie uit het neuropsychologische onderzoek nodig te hebben en dat met name de samenwerking met de psycholoog belangrijk is.

Discussie Het krijgen van handvatten voor het gebruik van behandelmateriaal bij de behandeling van personen met CCS is de wens van logopedisten. Ondersteuning van de psycholoog is daarvoor noodzakelijk. Uniformiteit in behandeling zou kunnen worden verkregen door aanbevelingen te doen over de wijze van diagnostiek, interdisciplinaire samenwerking, behandelduur en frequentie.

Kernwoorden: CCS logopedie behandeling

Abstract

Introduction In 2016 in the Netherlands, approximately 2,000,000 people had acquired brain injury (ABI) because of a stroke, trauma or neurodegenerative disease. A possible consequence of ABI is getting a cognitive-communication disorder (CCD). This is a disorder in the communication caused by a disorder of cognitive processes. Problems can often be seen in language use, pragmatics. Prosody can also be affected. This applies to both production and understanding. Screening and diagnostics of CCD is possible in the Netherlands. Although the existence of CCD is recognized, little is known about treatment by speech therapists. In this study, the current speech therapy treatment of persons with CCD was investigated with the question *'how do speech therapists treat persons with a cognitive-communication disorder?'* The aim is to gain insight into the current way of treatment.

Method Four speech therapists were interviewed. Two speech therapists worked in nursing homes and two in rehabilitation centers. The research involved semi-structured interviews with the help of a topic list. These topics were: diagnosis, treatment goal / treatment request, intervention, treatment frequency and duration, and co-operation. The data has been transcribed and analyzed by means of open coding.

Results Speech therapists treat CCD with existing speech therapy material. It is dealt with at function, activity and participation level. The method of diagnosis, the frequency of treatment and the frequency of consultation with other disciplines varies in the institutions. The speech therapists indicate that they need more speech therapy material for people with CCD. The speech therapists also indicate that there is particularly need for information about the influence of the cognitive problems on communication and how they can take this into account in the intervention. Awareness raising of the existing problems in persons with CCD is necessary because clients do not always have sufficient insight in their disorder. Speech therapists indicate that they need information from neuropsychological research and that co-operation with the psychologist in particular is important.

Discussion Getting handles for the use of treatment material in the treatment of people with a CCD is the wish of speech therapists. Support from the psychologist is necessary for this. Uniformity in treatment could be obtained by making recommendations about the method of diagnosis, interdisciplinary co-operation, treatment duration and frequency.

Keywords: CCD speech therapy treatment

Introductie

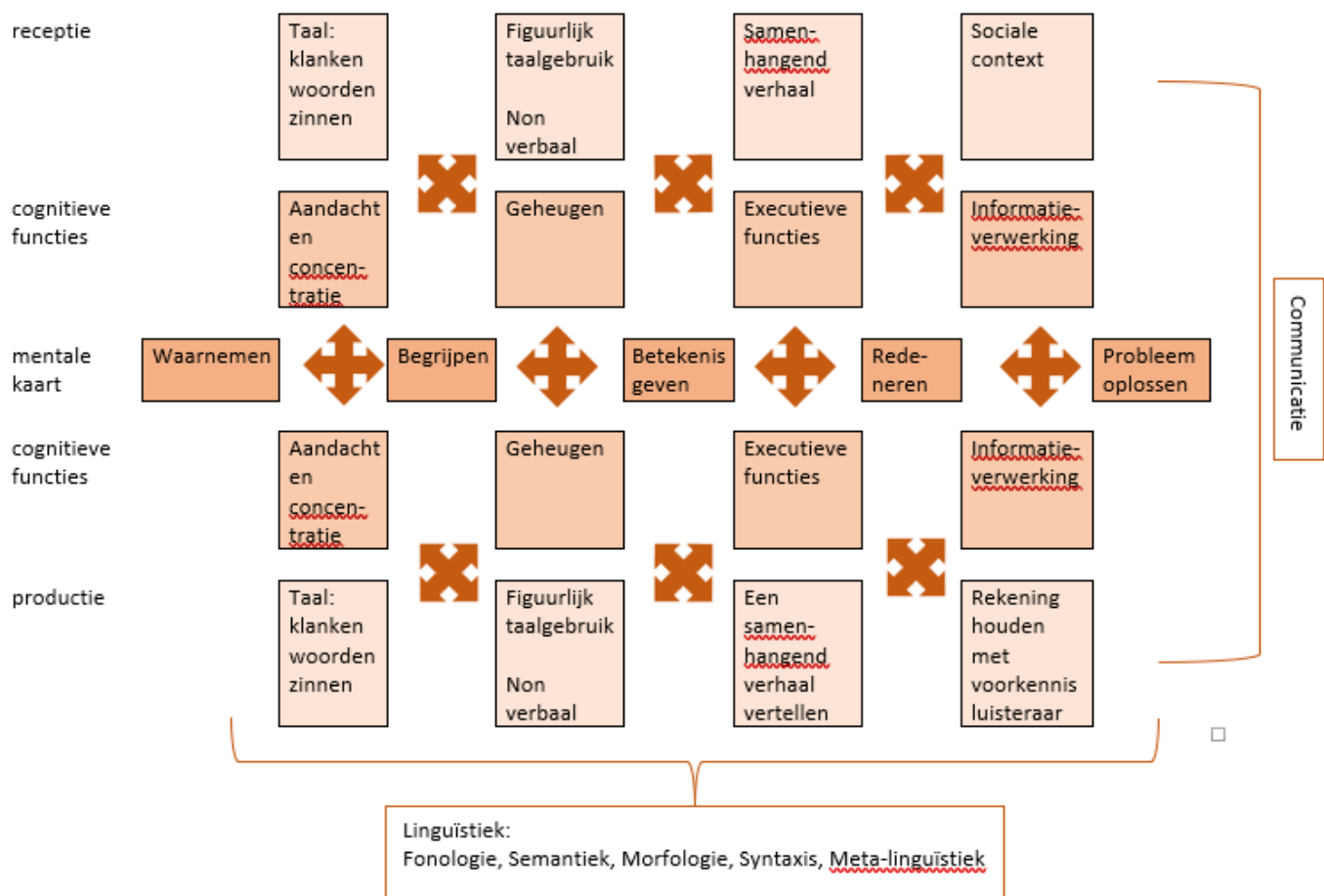
Een hersenaandoening komt bij een op de vier Nederlanders voor (RIVM, 2017). Van de personen met een hersenaandoening hadden in 2016 circa 2.000.000 personen niet-aangeboren hersenletsel (NAH) ten gevolge van een beroerte, een trauma of een neurodegeneratieve ziekte (RIVM, 2017). Door de toenemende vergrijzing zal naar verwachting het aantal personen met NAH stijgen. Eén van de mogelijke gevolgen van NAH is het krijgen van een cognitieve communicatiestoornis (CCS). Een CCS is een stoornis in de communicatie, ten gevolge van een cognitieve stoornis. Dit is iets anders dan een afasie, waarbij er sprake is van een verworven taalstoornis en derhalve de taal de primaire stoornis is (Bastiaanse, 2011). Dat onderscheid is belangrijk voor diagnostiek en behandeling.

Het begrip CCS is relatief nieuw en werd in 2005 geïntroduceerd door de American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Voor die tijd werden verschillende termen gebruikt. Een veelgebruikte term was 'rechterhemisfeerletsel'. Volgens de definitie van de ASHA gaat het bij CCS om: "Problemen met betrekking tot elk aspect van de communicatie, dat wordt getroffen door verstoring van de cognitie. Communicatie kan verbaal of non-verbaal zijn, waarbij luisteren, spreken, gebaren, lezen en schrijven in alle domeinen van de taal (fonologie, morfologie, syntaxis, semantiek en pragmatiek) worden inbegrepen" (American Speech-Language-Hearing Association, 2005 pag. 1).

Bij CCS worden de begrippen cognitie en communicatie onderscheiden. Paemeleire (2014) geeft aan dat er in de literatuur geen eenduidige definitie van het begrip cognitie is. Hij onderscheidt cognitie (executieve functies: ruimtelijke cognitie, geheugen, gnosie en praxis, aandacht) en sociale cognitie (gedrag en emotie). Om te komen tot communicatie onderscheidt hij eveneens taal (expressie en perceptie van gesproken en geschreven taal) en spraak (plannen, programmeren en

uitvoeren) (Paemeleire, 2014). Cognitie is de verzamelnaam van hogere mentale processen, een vakgebied uit de neuropsychologie. Bij deze processen wordt de informatie die iemand ontvangt van de omgeving waargenomen, van betekenis voorzien, opgeslagen, opgehaald, gebruikt en gecommuniceerd met anderen (Bernstein, Penner, & Clarke-Stewart, 2003). Het gaat hierbij dus om cognitieve processen die van invloed zijn op de receptie en productie van informatie (zie figuur 1). Dit wordt door Bernstein et al. (2003) weergegeven als de mentale kaart, die de basis vormt voor het denken van de mens. Het stelt mensen in staat om de omgeving en de informatie uit die omgeving te duiden. De hogere mentale processen zijn de basis om te kunnen begrijpen, redeneren, problemen op te lossen en om beslissingen te kunnen nemen. Bernstein et al. (2003) beschrijft taal als de oppervlakkige structuur van klanken, woorden en zinnen. Het betreft de fonologie, semantiek, syntaxis en morfologie. Bernstein et al. (2003) veronderstellen een onderliggende diepere structuur tussen de linguïstische aspecten en cognitieve functies. Deze diepere structuur bevat de kennis die ieder individu heeft van de context waarin de informatie wordt gegeven en kennis van de wereld om zich heen. Het integreren van deze kennis met de ontvangen informatie stelt de mens in staat deze informatie te begrijpen, zelfs als bepaalde elementen worden weggelaten. Een Nederlands spreekwoord luidt: 'een goed verstaander heeft maar een half woord nodig'. De mentale kaart stelt de mens in staat betekenis te geven aan informatie terwijl niet alle informatie concreet is gegeven.

Wanneer een of meerdere van de cognitieve functies zijn aangedaan kan dit leiden tot CCS. Een onderscheid ten opzichte van primair talige stoornissen zoals afasie, is dat de oorzaak van de communicatiestoornis ligt in een cognitieve stoornis (Paemeleire, 2014). Bij CCS gaat het om problemen in de pragmatiek (Hüsers & Jonkers, 2017). De pragmatiek richt zich op het taalgebruik in de sociale context en het begrijpen van het verband tussen verbale en non-verbale informatie (Goorhuis & Schaerlaekens, 2000). Uit onderzoek van Ha, Kim en Pyun (2015) is naar voren gekomen dat het bij CCS onder andere gaat om narratieve vaardigheden, een onderdeel van de pragmatiek. Narratieve vaardigheden betreffen het vertellen van een chronologisch, samenhangend verhaal, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen hoofd- en bijzaken (Schaerlaekens, 2016). Om dat te kunnen, moet de persoon zich kunnen verplaatsen in het standpunt van de luisteraar (Schaerlaekens, 2016). Planning, organisatie, aandacht en concentratie zijn cognitieve functies die nodig zijn voor een samenhangend verhaal en derhalve van invloed zijn op de pragmatiek. Personen met CCS kunnen volgens Ha et al. (2015) daarnaast moeite hebben met het begrijpen van figuurlijk taalgebruik (spreekwoorden en grappen), met het begrijpen van het grotere geheel en het maken van gevolgtrekkingen uit de taal of de context. Dit beïnvloedt de pragmatische vaardigheden van personen met CCS (Ha, Kim, & Pyun, 2015). Personen met CCS kunnen naast problemen met taalgebruik ook problemen hebben met mimiek, intonatie en melodie, waardoor de communicatie vlak en met weinig emotie lijkt. Dit levert misverstanden op voor de omgeving, omdat de persoon met CCS een boodschap anders bedoelt dan aan hem te zien is (Dyokova, Glozman, Titova, Kriushev, & Gamaleya, 2010). Ook kan de prosodie en mimiek van anderen niet altijd juist worden geïnterpreteerd.



Figuur 1. Eigen weergave mentale kaart, cognitie en linguïstiek

Personen met communicatiestoornissen worden verwezen naar de logopedist. De logopedist onderzoekt of het gaat om CCS. In 2013 is in België de Screening Test voor Cognitie en Communicatie (STTC) ontwikkeld (Paemeleire, 2014). De werkgroep cognitieve communicatiestoornissen van Stichting AfasieNet heeft, op basis van het STCC van Paemeleire, een Nederlandse versie ontwikkeld voor het screenen op de aanwezigheid van CCS (Werkgroep CCS AfasieNet, 2016). Dit betreft een gestandaardiseerde en genormeerde screening voor personen met NAH zonder afasie.

Er is onderzoek gedaan naar diagnostiek van CCS door Hüsers en Jonkers (2017). Hüsers en Jonkers gebruiken de Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheden (ANTAT) (Blomert, Koster, & Kean, 1995). De test maakt gebruik van alledaagse scenario's en leek de onderzoekers om die reden geschikt om als gouden standaard te nemen. Deze test is gericht op de articulatie en de taalvorm en taalinhoud. Om de test geschikt te maken voor diagnostiek van CCS zijn dertien nieuwe maten toegevoegd die gericht zijn op het taalgebruik. De toegevoegde maten hebben betrekking op verbale uitingen, zoals onder andere het aantal woorden dat iemand nodig heeft om de boodschap over te brengen, de samenhang en de intonatie. Daarnaast werden non-verbale maten toegevoegd zoals onder andere oogcontact en mimiek. En tot slot werden sociaal-pragmatische vaardigheden gemeten zoals onder andere het begrip van de sociale context (Hüsers & Jonkers, 2017). Uit onderzoek blijkt dat met deze aanpassingen de ANTAT geschikt is voor de diagnostiek van CCS. De diagnostiek met de ANTAT levert informatie op over de beperkingen, en de nog aanwezige mogelijkheden in de communicatie van de persoon met NAH (Hüsers & Jonkers, 2017). Daarmee is

deze diagnostiek een bruikbare aanvulling op het eerder genoemde screeningsinstrument en geeft het logopedisten aanknopingspunten voor behandeling, omdat duidelijk is op welke maten de persoon met een CCS is uitgevallen. Hüsters en Jonkers (2017) benadrukken dat bij de behandeling van personen met CCS een multidisciplinaire aanpak nodig is, omdat er sprake is van een hoge mate van neuropsychologische verschijnselen bij personen met CCS. Met neuropsychologische verschijnselen worden problemen met cognitie en sociale cognitie bedoeld. Hierbij valt te denken aan problemen met gedrag en emotie, geheugen, ruimtelijke cognitie, waarneming, aandacht en executieve functies (Deelman, Eling, Haan, & Zomeren, 2008).

Uit een *systematic review* is gebleken dat personen met CCS ten gevolge van rechterhemisfeerletsel onvoldoende worden verwezen naar de logopedist. Indien er wel wordt verwezen richt de behandeling zich voornamelijk op andere stoornissen dan op de communicatiestoornis (Blake, Frymark, & Venedictov, 2013). Blake et al. (2013) vonden positieve resultaten op het gebied van logopedische behandeling waar de behandeling zich richtte op de communicatie. Nader onderzoek is echter nodig. Dat personen met CCS niet altijd worden doorverwezen voor behandeling blijkt tevens uit het onderzoek van Hewetson, Cornwell en Shum (2017). Uit hun onderzoek blijkt dat personen met CCS minder vaak doorverwezen worden voor behandeling dan personen met afasie. De oorzaak hiervan is dat de CCS niet onderkend wordt als een logopedische stoornis of als minder ernstig wordt ingeschat dan een afasie (Hewetson, Cornwell, & Shum, 2017).

Personen met NAH met een communicatiestoornis gaan, afhankelijk van hun leerbaarheid, naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis (Stichting Transmurale Zorg, 2018), waar nadere diagnostiek en behandeling plaatsvindt. Er zijn verschillende definities over leerbaarheid in relatie tot personen met NAH. Leerbaarheid wordt vooral gezien als het vermogen van een persoon met NAH om nieuwe strategieën te leren en om deze in verschillende situaties te kunnen toepassen (Boosman, Heugten, & Visser, 2015). Voor het meten van leerbaarheid worden voornamelijk cognitieve testen gebruikt (Boosman, Heugten, & Visser, 2015). De informatie uit deze testen is van belang voor de logopedist, omdat het aangeeft in hoeverre de persoon met CCS zelfstandig nieuwe strategieën kan aanleren (Revalidatie Nederland, 2016). Over de wijze van behandeling van personen met CCS is geen informatie te vinden in de Richtlijn Beroerte (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2008), in de Richtlijn Afasie (Berns, et al., 2015) en in de Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel (Consortium Cognitieve Revalidatie, 2007), omdat CCS hierin niet worden besproken.

In het boek van Schouwen (2018) over cognitieve revalidatietherapie is specifiek aandacht voor de logopedische diagnostiek. Het boek geeft daarnaast ook informatie over cognitieve processen en de stappen in cognitieve revalidatie. Afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt wordt een combinatie van vier trainingen geadviseerd. Daarin gaat het om procestraining, strategietraining, functionele activiteitentraining en psycho-educatie. Procestraining betreft het oefenen van een cognitief proces, bijvoorbeeld het maken van een redeneeropdracht. Bij strategietraining wordt een compensatietechniek aangeleerd. Onder functionele activiteitentraining valt het toepassen van de aangeleerde compensatietechnieken in alledaagse situaties. Psycho-educatie tot slot gaat over het

geven voor voorlichting en uitleg (Schouwen, 2018). CCS is een cognitieve aandoening en daarmee is dit boek een waardevolle informatiebron voor de logopedist bij de behandeling van CCS.

Samenvattend kan worden gesteld dat CCS door logopedisten kan worden gescreend met de AfasieNet-CCS en gediagnosticeerd met de ANTAT. In de literatuur is weinig geschreven over de logopedische behandeling van CCS. Er is eveneens weinig behandelmateriaal voorhanden (AfasieNet, 2018). Voor de behandeling van CCS is het belangrijk te weten welke cognitieve processen zijn aangedaan en wat de invloed hiervan is op de communicatie en de leerbaarheid. Kennis van cognitieve processen is het vakgebied van de psycholoog en niet primair van de logopedist. Dit gegeven, in combinatie met de geringe informatie over logopedische behandeling, heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag: *“Hoe behandelen logopedisten personen met cognitieve communicatiestoornissen?”*

Methode

Onderzoeksontwerp

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werd gekozen voor kwalitatief onderzoek. Door middel van het houden van semigestructureerde interviews werd informatie verzameld. Een semigestructureerd interview geeft enerzijds richting aan het interview door het hanteren van vooraf geformuleerde vragen en geeft anderzijds de ruimte aan de geïnterviewde om informatie te verstrekken waar niet specifiek naar is gevraagd (Mortelmans, 2013). Dit voorkomt eenzijdige sturing door de onderzoeker en kan tot nieuwe inzichten leiden, die van belang zijn voor de uitkomst van dit onderzoek.

Tabel 1. Topiclijst interview logopedisten

Topic	Vraag	Motivatie
Diagnose	Hoe is de diagnose tot stand gekomen? Doorvragen op instrument, betrokkenheid logopedist en andere disciplines	Een instrument zoals beschreven in de literatuur of anderzijds. Aanzet voor volgende vraag.
Behandeldoel/ hulpvraag	Welke behandeldoelen kunnen zijn geformuleerd. Hoe komt de hulpvraag tot stand? Doorvragen op het waarom van de behandeldoelen.	Behandeldoelen op functieniveau of vanuit een geïntegreerde visie (AfasieNet, 2018) (Hüsters & Jonkers, 2017)
Behandeling	Hoe ziet een behandelplan eruit Welke methoden/materialen worden gebruikt? Doorvragen op wensen van de logopedist ten aanzien van materiaal	Doel van dit onderzoek. In kaart brengen hoe logopedisten in de praktijk behandelen, in verband met het ontbreken van behandel suggesties en materiaal (AfasieNet, 2018)
Behandelduur/- frequentie	Hoe vaak wordt een persoon met CCS behandeld (duur per keer, aantal keren per week)? Hoe lang duurt gemiddeld een behandelperiode?	Uit onderzoek blijkt dat personen met CCS minder vaak voor therapie worden verwezen en niet dezelfde hoeveelheid therapie krijgen dan personen met afasie (Hewetson, Cornwell, & Shum, 2017). (Blake, Frymark, & Venedictov, 2013)
Multi/interdisciplinaire samenwerking	Hoe wordt samengewerkt met andere disciplines en welke disciplines zijn dat?	Vanuit onderzoek (Werkgroep CCS AfasieNet, 2016) (Hüsters & Jonkers, 2017)

Voor de vragen werd gebruik gemaakt van een topic-lijst om bij ieder interview dezelfde onderwerpen te bevragen. Een topiclijst vergroot de objectiviteit van het onderzoek (Verhoeven, 2014). Op basis van de in de inleiding beschreven informatie zijn deze topics geformuleerd. In tabel 1 zijn de topics weergegeven en is per topic gemotiveerd waarom voor deze topic is gekozen.

Deelnemers

Logopedisten die werken met personen met CCS werden uitgenodigd voor dit onderzoek. In de uitnodiging werd aangegeven dat het moest gaan om personen met CCS ten gevolge van NAH zonder afasie. De uitnodiging werd per mail gezonden naar revalidatiecentra en verpleeghuizen. Doel was om uit zowel verpleeghuizen, als revalidatiecentra twee respondenten te interviewen. Er werd gekozen voor revalidatiecentra en verpleeghuizen, omdat de verwachting was dat in deze instellingen logopedisten aanwezig zijn die ervaring hebben met de behandeling van personen met CCS. Omdat personen met NAH op basis van hun leerbaarheid worden verwezen naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis leken deze instellingen het meest geschikt. Het aantal jaren werkervaring was geen inclusie criterium omdat er onderzocht werd hoe de huidige wijze van behandelen vorm kreeg. Logopedisten die geen ervaring hadden met het behandelen van personen met CCS werden geëxcludeerd. Deelname was vrijwillig en ook tijdens de deelname kon een deelnemer beslissen om zonder opgave van reden de medewerking aan het onderzoek te beëindigen. Vier logopedisten hebben hun medewerking verleend. Dit betrof twee logopedisten uit twee verschillende revalidatiecentra en twee logopedisten uit twee verschillende verpleeghuizen. De verkregen informatie werd anoniem verwerkt. Voorafgaand aan de interviews tekenden de deelnemers een toestemmingverklaring voor het maken en gebruiken van geluidsopnamen van de interviews. De geluidsopnamen werden na het transcriberen van de geluidsdrager verwijderd.

Meetinstrument en dataverzameling

De data werden verkregen door middel van een semigestructureerd, face-to-face interview. Het interview werd gehouden in een afgezonderde ruimte op de werklocatie van de respondenten. Er werd gekozen voor de werklocatie in verband met de beschikbare tijd van de respondenten. Het interview werd opgenomen op een geluidsdrager. Hiervoor werd gekozen omdat het opnemen van een interview de objectiviteit vergroot (Verhoeven, 2014). Alle informatie werd getranscribeerd via het computerprogramma Word 2016. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten werd gebruik gemaakt van *peer-feedback* en werden de transcripties voor een '*member-checking*' naar de geïnterviewden gemaild (Baarda, 2014).

Data-analyse

De interviews werden geanalyseerd met behulp van het Atlas.ti. De informatie werd geordend in fragmenten op basis van de vijf genoemde topics. Ieder fragment werd geanalyseerd door codes te koppelen aan een, voor dit onderzoek relevant, woord, zinsdeel of zin. De codes werden tijdens de analyse bepaald, omdat er veel verschillende informatie in de interviews werd gegeven. In verband met de kort reactietijd die de respondenten hadden op de transcripties, werd gestart met analyseren voordat alle respondenten hadden gereageerd. De respondenten bleken uiteindelijk geen aanvullingen of opmerkingen te hebben.

Ethiek

De respondenten werden niet onderworpen aan handelingen en hen werden tevens geen gedragswijzen opgelegd. Om die reden was er geen sprake van een verplichting inzake de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Anonimiteit werd gewaarborgd doordat de namen van de respondenten, de instellingen waar ze werken en de vestigingsplaatsen werden geanonimiseerd in de transcripties. De geluidsopnamen van de interviews werden na analyse veiliggesteld op een externe harde schijf bij de onderzoeker. Na afronding van het onderzoek werden alle geluidsopnamen verwijderd.

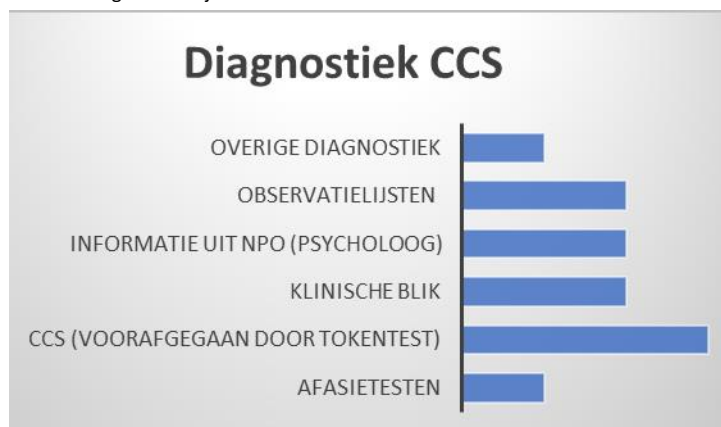
Resultaten

Door het afnemen van interviews is informatie verzameld over de logopedische behandeling van personen met CCS. Uit deze interviews is naar voren gekomen dat voor deze behandeling kennis nodig is over de invloed van de cognitie op de communicatie. Welke cognitieve processen zijn verstoord en wat betekent dat voor het opstellen van een behandelplan en de behandeling zelf. Volgens respondenten heeft de logopedist hiervoor ondersteuning nodig van een psycholoog. *“De psycholoog is ondersteunend aan, omdat deze inzicht kan geven hoe het is met de cognitieve en executieve processen. Waardoor jij (=de paramedicus, j.b.) je behandeling kan laten slagen”*, aldus een respondent. De resultaten, verkregen uit de interviews, zijn per topic weergegeven.

Diagnostiek

De diagnostiek van de communicatieve problemen bij personen met een vermoeden van CCS wordt in alle vier instellingen gedaan door logopedisten. Daarbij wordt aangemerkt dat aanvullende informatie van de psycholoog, bij voorkeur vanuit een neuropsychologisch onderzoek (NPO), nodig is over de verstoorde cognitieve processen.

Tabel 2: Diagnostiek bij CCS



Het in de inleiding beschreven screeningsinstrument, de AfasieNet-CCS, wordt in drie instellingen afgenomen. Deze screening wordt voorafgegaan door de Tokentest (De Renzi & Faglioni, 1978) om afasie uit te sluiten, zoals wordt geadviseerd (Werkgroep CCS AfasieNet, 2016). De praktische bruikbaarheid van de AfasieNet-CCS als

screeningsinstrument werd genoemd. *“Compact en het geeft een goed beeld en wat we vooral mooi vinden is dat de meeste testen ook te scoren zijn, de onderdelen”*, aldus één van de respondenten. In twee instellingen worden de, bij dit screeningsinstrument behorende, vragenlijsten structureel gebruikt. Het betreft een vragenlijst voor de persoon met CCS en een vragenlijst voor de partner. De inhoud van de vragenlijsten is gelijk. De twee respondenten vinden de vragenlijsten waardevol voor het verkrijgen van inzicht in de problemen en het helpen bepalen van de hulpvraag. Eén respondent geeft aan: *“Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik die vragenlijsten niet altijd doe”*, omdat voor deze

respondent de hulpvraag van de cliënt centraal staat en er vooral informatie verkregen wordt uit de eigen observaties: *“De uitslag van de CCS, samen met je observaties. Want ik blijf erbij dat met name bij deze cliënten je absoluut observaties moet doen.”* Door de persoon met CCS te observeren tijdens communicatieve situaties wordt inzicht verkregen in het taalgebruik. De klinische blik geeft informatie over de functionele problemen die de CCS oplevert. Het belang van de eigen klinische blik wordt door een respondent als volgt verwoord: *“Ik vind dat je niet alleen met een vragenlijst of een test iets kunt. Dit is je handvat en je leidraad. Maar je moet niet je klinische blik vergeten. Die is net zo belangrijk.”* Er is gevraagd of de respondenten ervaring hebben met de diagnostiek van CCS met de ANTAT. Dit bleek niet het geval. Een volledig overzicht van de diagnostiek is te vinden in tabel 2.

Niet in alle instellingen is de kennis over CCS gelijk. *“Het is ook iets wat vooral de laatste jaren steeds meer een hot item, zeg maar, is. Dat ik de studie deed is dit niet aan de orde geweest”,* aldus een respondent. *“We krijgen hier niet echt de tijd om ons echt te profileren daarin en dan versloffen dingen weer”,* vertelt de respondent over de mogelijkheid om CCS op de kaart te zetten in de instelling.

Behandeldoel en hulpvraag

De respondenten geven aan dat het inzicht bij personen met CCS in eerste instantie vaak ontbreekt. Dat maakt het voor logopedisten lastig om de hulpvraag van de cliënt vast te stellen. De persoon met CCS dient autonoom de keuze te maken voor behandeling. De rol van de logopedist is de persoon met CCS te informeren, omdat een autonome keuze altijd een geïnformeerde keuze is (Meulenbergh, Pol, & Kuiper, 2011). De hulpvraag komt mede tot stand komt met behulp van de omgeving volgens een respondent: *“Met behulp van vragenlijsten (van de AfasieNet-CCS) en onze klinische blik, en de blik van de partner, kom je toch wel een heel eind.”* Vandaaruit stelt de logopedist samen met de cliënt behandeldoelen op.

Om inzicht te krijgen in het soort problemen waar de logopedist zich in de behandeling op richt, is gevraagd aan de respondenten welke hulpvragen zij zijn tegen gekomen bij personen met CCS. Het ontbreken van inzicht en moeite met beurtgedrag werden door de respondenten het meest genoemd. Een volledig overzicht is te vinden in tabel 3.

Tabel 3. Ervaren problemen bij personen met CCS aldus logopedisten

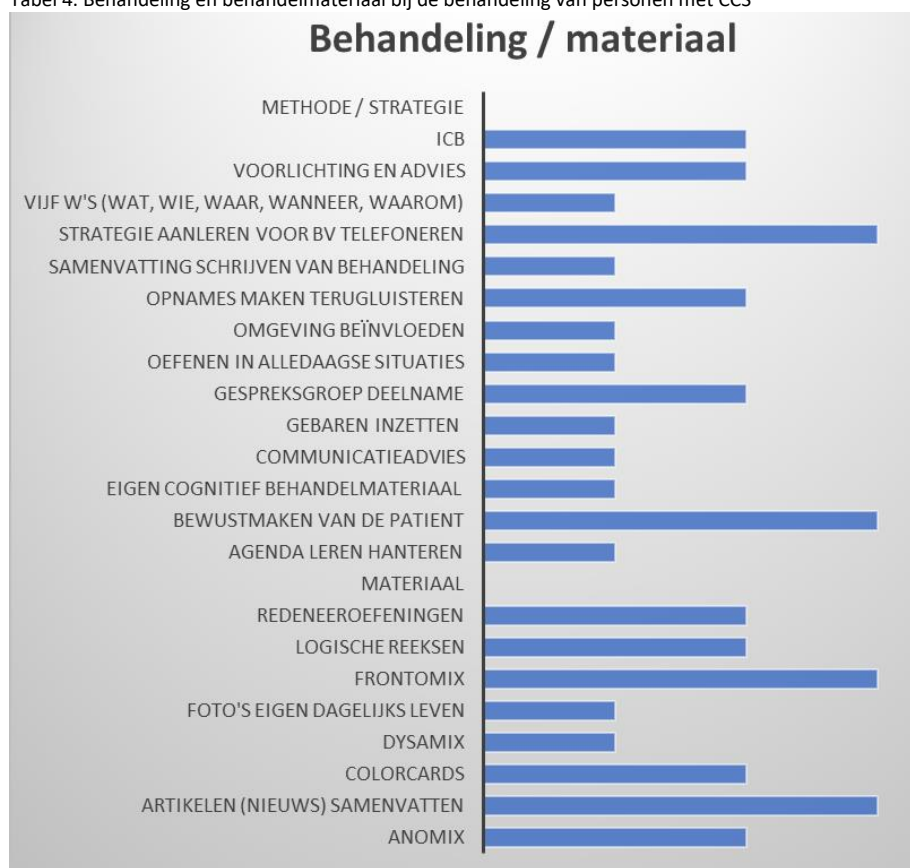


Behandeling en behandel materiaal

Uit de interviews bleek dat er in beperkte mate behandel materiaal voorhanden is voor de behandeling van CCS. Frontomix (Paemeleire, Heirman, Savonet, & Beneden, 2009) wordt genoemd als een praktisch werkboek voor de behandeling van CCS. De doelgroep van deze methode zijn personen met een dysexecutief syndroom (DES). Daarbij gaat het om een beschadiging in de frontaal kwab. Frontomix bevat oefeningen voor de verschillende executieve functies en dat maakt het werkboek geschikt voor personen met CCS waarbij deze executieve functies zijn aangedaan (Paemeleire, Heirman, Savonet, & Beneden, 2009). De respondenten geven aan actuele artikelen in te zetten in de behandeling. Dit wordt onder andere gebruikt om cliënten te leren een logische samenvatting te geven. Voor een overzicht van gebruikte materialen zie tabel 4.

De hulpvraag is bepalend voor de wijze van behandeling. Een logisch verhaal vertellen wordt bijvoorbeeld geoefend met de vijf W's (wat, wie, waar, wanneer en waarom). Deze strategie wordt onder andere gebruikt bij het samenvatten van een artikel of het uitleg geven aan een activiteit die is afgebeeld op colorcards. Het aanleren van strategieën is volgens een respondent de enige manier om behandel doelen te realiseren: *“Want ik ben wel van mening dat alleen strategietraining, dus in de compensatie, dat het op die manier werkt.”* Bij compensatie gaat het om het compenseren van de functies die zijn aangedaan. De respondenten richten zich in de behandeling ook op het geven van voorlichting en advies en het vergroten van het inzicht bij de cliënt. Inzicht in de communicatiestoornis is belangrijk om uiteindelijk de behandeling te doen slagen. *“Inzicht is wel een voorwaarde voor je behandeling. Als dat er niet is, dan kan je weinig”*, aldus een respondent. In tabel 4 wordt weergegeven wat er in de behandeling wordt gedaan onder het kopje methode/strategie.

Tabel 4. Behandeling en behandel materiaal bij de behandeling van personen met CCS



In de tabel wordt het ICB-handboek genoemd. ICB staat voor interdisciplinaire cognitieve behandeling. Veel van de in de tabel 4 genoemde strategieën staan in dit handboek beschreven. Doel van het handboek is dat alle betrokken disciplines hetzelfde verstaan onder de verschillende begrippen en dat de cognitieve behandeling op eenduidige wijze gebeurt (Spikman, Van der Kaaden, & Herben-Dekker, 2013). Twee respondenten noemen de gespreksgroep als onderdeel van de behandeling. Naast de individuele behandeling neemt de persoon met een CCS eenmaal per week deel aan deze gespreksgroep. De gespreksgroep is, volgens respondenten, belangrijk voor het in de praktijk brengen van het geleerde in de individuele behandelingen. Indien bijvoorbeeld het behandeldoel is om oogcontact te maken of niet door mensen heen te praten, kan dit in de gespreksgroep worden geoefend.

Wensen ten aanzien van de behandeling

Alle respondenten geven aan dat zij kennis nodig hebben over de specifieke cognitieve problemen en de invloed hiervan op de communicatie per cliënt. *“Als het gaat om wat mis je in de behandeling, dan mis ik eigenlijk, hoe essentieel het is wat die cognitieve en executieve processen allemaal voor invloed hebben. Welke behandelmaterialen zijn dan wel geschikt en welke hoef je dan dus al niet te doen”,* aldus een respondent.

Het bestaande materiaal kan worden ingezet voor personen met CCS. Er is wel behoefte aan uitbreiding van materiaal volgens een respondent: *“Het is fijn dat je meerdere laatjes open kan trekken en dat mis ik hier nog wel eens bij.”* Deze respondent gaf aan dat het soms zoeken is welk materiaal bij een specifieke cliënt het beste aanslaat en om die reden graag meer mogelijkheden zou willen hebben.

Behandelfrequentie en duur

De behandelduur en frequentie is verschillend en varieert van een half uur à drie kwartier per week tot twee à drie uur per week. De behandelperiode hangt volgens respondenten af van de hulpvraag en varieert van drie tot negen maanden. De behandeling vindt in eerste instantie plaats in het revalidatiecentrum of verpleeghuis waar de persoon met CCS is opgenomen. Daarna kan er sprake zijn van vervolgbehandeling. De vervolgbehandeling vindt plaats bij de cliënt thuis of op een locatie van de instelling. De reden voor het behandelen thuis is volgens respondent: *“Altijd bij de mensen thuis en nooit bij jou op je kantoor. Want dan kan je echt niet zien wat er mis gaat.”* De respondent geeft hiermee aan dat het behandelen in de alledaagse situaties nodig is om in te kunnen springen waar de problemen van de persoon met CCS zich voordoen.

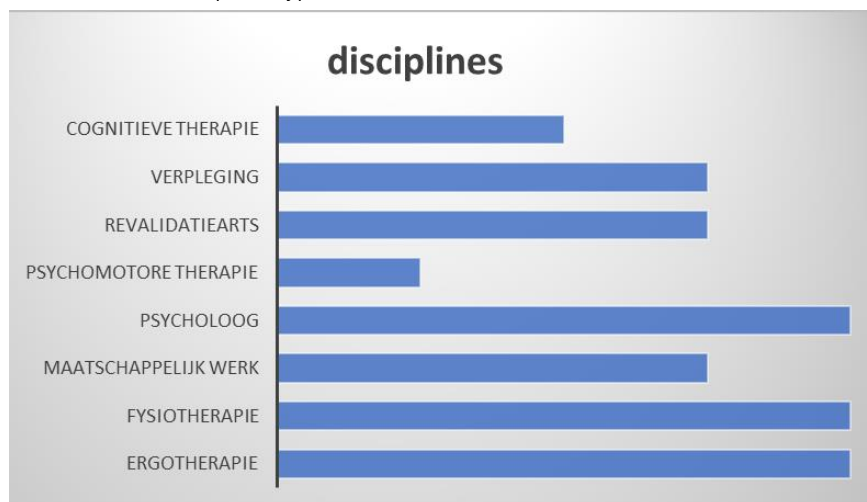
Samenwerking andere disciplines

De frequentie van overleg is verschillend. In sommige instellingen vindt wekelijks een multidisciplinair overleg (MDO) plaats. In andere instellingen is er dagelijks een kort overleg over iedere cliënt. Naast een wekelijks overleg wordt over de personen met een CCS in de revalidatiecentra extra overleg gevoerd, variërend van eens per vier à zes weken tot één à tweemaal per persoon gedurende de opname. De respondenten geven aan dat er regelmatig overleg is buiten de vastgelegde overlegmomenten.

Er zijn meerdere disciplines betrokken bij de behandeling van personen met CCS. De wijze waarop wordt samengewerkt verschilt. Eén respondent geeft aan dat er behoefte is aan meer duidelijkheid in de taakverdeling tussen de psycholoog en de logopedist, omdat dit af en toe

spanning oplevert. In tabel 5 is weergegeven welke disciplines bij de zorg voor personen met CCS betrokken zijn. Opgemerkt dient te worden dat in de tabel voor de verzamelnaam psycholoog is gekozen. Uit de interviews is gebleken dat het in de meeste gevallen om een GZ-psycholoog en in een enkel geval om een neuropsycholoog gaat. De genoemde disciplines zijn niet altijd structureel aanwezig in de overlegmomenten. De ergotherapeut en de psycholoog worden door de respondenten genoemd als structurele overlegpartners van de logopedist bij personen met CCS. In het overleg worden de cognitieve mogelijkheden van de betreffende cliënt besproken in relatie tot de behandoelen op het gebied van handelen en communicatie.

Tabel 5. Betrokken disciplines bij personen met CCS



Discussie en conclusie

Personen met CCS worden behandeld met bestaand materiaal, zowel functiegericht als op activiteiten- en participatieniveau. Het bewust maken van personen met CCS van de communicatiestoornis is een belangrijk onderdeel van de behandeling. Kennis van de cognitieve processen die de CCS veroorzaken is voor de logopedist noodzakelijk. Hiervoor is ondersteuning van de psycholoog nodig. De diagnostiek en behandeling van personen met CCS is niet in alle instellingen gelijk.

Door de diagnostiek en de hulpvraag in het onderzoek te betrekken heeft dit onderzoek een breed karakter gekregen. Dit brede karakter is een beperking gebleken voor een diepgaande inventarisatie van behandelmogelijkheden. Het biedt echter inzicht in de verschillen tussen instellingen en is daarmee een goede aanzet voor nader onderzoek.

Bij de opzet van dit onderzoek is gekozen voor verpleeghuizen en revalidatiecentra. Door te kiezen voor vier verschillende organisaties is een breed beeld verkregen. Het aantal respondenten is echter gering. Toch kan, in kwalitatief onderzoek, op basis van een gering aantal respondenten een goede informatie worden verkregen (Lucassen & Olde Hartman, 2007).

De lijst met behandelmaterialen en behandelmethoden uit de resultaten kan onvolledig zijn. Door de vorm van het onderzoek waren respondenten vrij om hun behandelwijzen te beschrijven en mogelijke materialen te benoemen. Dat betekent niet dat materialen die niet genoemd zijn, niet gebruikt worden. Voor een meer toereikende inventarisatie zou een enquête onder een grotere groep logopedisten op basis van de uitkomsten van dit onderzoek een mogelijkheid zijn.

De variatie in behandel frequentie geeft aan dat voor personen met CCS niet in alle instellingen eenzelfde hoeveelheid tijd wordt vrijgemaakt. Om te bepalen wat de behandelduur en behandel frequentie voor personen met CCS zou moeten zijn is nader onderzoek nodig. Indien hierover meer bekend is kunnen logopedisten uniformiteit aanbrengen in de zorgverlening en daarmee de kwaliteit van de logopedische zorg verbeteren (NVLF, 2016).

In dit onderzoek is een vergelijking gemaakt tussen verpleeghuizen enerzijds en revalidatiecentra anderzijds. De gevonden verschillen waren niet aan een groep instellingen toe te wijzen. Daarom is hiervan in de resultaten geen melding gemaakt. Er zijn wel verschillen gevonden binnen de verpleeghuizen. Een verklaring is hiervoor niet gevonden.

CCS kan voorkomen bij personen met NAH. In dit onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen personen met NAH ten gevolge van een CVA of trauma, en personen met NAH ten gevolge van een neurodegeneratieve ziekte. De logopedist zal bij de behandeling van CCS bij personen met een neurodegeneratieve ziekte regelmatig de hulpvraag moeten bijstellen omdat deze, door het progressieve karakter van de ziekte, snel kan wijzigen (Alzheimer Nederland & Vilans, 2013).

Een uitspraak van een respondent betrof de aanwezigheid van een pure CCS: *“Ik moet wel toegeven dat er hier niet zo heel vaak een zuivere CCS is. Ik weet niet of ik er al wel eens echt een pure zuivere gezien heb. D’r zit toch altijd wel een tikkeltje afasie nog onder.”* Daarmee bedoelde respondent dat er eveneens sprake is van een primaire taalstoornis. Bij CCS wordt onder andere aangegeven dat de pragmatiek vaak is aangedaan. Pragmatiek is een component van de taal (Schaerlaekens, 2016). Een verstoring van de pragmatiek zou derhalve een primaire taalstoornis kunnen zijn. In de literatuur wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen afasie en CCS. Het is de vraag of dit onderscheid altijd zo duidelijk is. Indien een persoon geen samenhangend verhaal vertelt door woordvindproblemen kan dit komen door een talige stoornis maar het kan ook veroorzaakt worden door een stoornis in het geheugen. Het lijkt derhalve niet altijd eenvoudig dit onderscheid te maken. Er is nader onderzoek nodig om te bepalen hoe vaak een op zichzelf staande CCS voorkomt.

Voorafgaand aan de logopedische behandeling van personen met CCS is goede diagnostiek een voorwaarde (Kuiper, 2013). Uniformiteit in de diagnostiek van CCS is wenselijk voor het verbeteren van de kwaliteit van de logopedische zorgverlening (NVLF, 2016). Uit dit onderzoek blijkt dat de wijze van diagnostiek bij personen met CCS niet in alle instellingen op dezelfde manier gebeurt en er derhalve geen sprake is van uniformiteit. De AfasieNet-CCS wordt gehanteerd voor de screening van CCS. Er is gevonden dat deze screeningsmogelijkheid niet in alle instellingen bekend is. Uit de literatuur is gebleken dat de ANTAT een mogelijkheid biedt tot diagnostisering van CCS. Deze mogelijkheid was bij de respondenten niet bekend. Het recente karakter van de literatuur over de inzet van de ANTAT voor deze diagnostiek kan hiervan de oorzaak zijn. Het belang van de diagnostische waarde van de klinische blik, juist bij personen met CCS, wordt door de respondenten genoemd. Klinisch redeneren is een bewust proces van besluitvorming en onderdeel van het logopedisch-methodisch handelen (Meulenberg, Pol, & Kuiper, 2011). Omdat het bij CCS gaat om stoornissen in het taalgebruik, geeft het observeren van dat taalgebruik in de praktijk belangrijke informatie. Kennis van cognitieve processen en de invloed hiervan op de communicatie is nodig voor een goede interpretatie van de observaties. De informatie uit het neuropsychologisch onderzoek van de psycholoog is voor een goede analyse van toegevoegde waarde, omdat hieruit informatie wordt

verkregen over de cognitieve processen die zijn aangedaan. Uniformiteit in de diagnostiek van CCS kan worden bewerkstelligd door het hanteren van hetzelfde screenings- en diagnostiekinstrument en structurele ondersteuning van de psycholoog. De klinische blik van de logopedist is vooral afhankelijk van de ervaring van de logopedist met deze doelgroep.

Het is opvallend dat er verschillend gekeken wordt naar het belang van de vragenlijsten die bij de AfasieNet-CCS beschikbaar zijn. Dit is opvallend omdat deze vragenlijsten door twee respondenten expliciet genoemd worden als een belangrijke informatiebron voor het vaststellen van de hulpvraag. Door de vragenlijsten die ingevuld zijn door de persoon met CCS en de partner met elkaar te vergelijken wordt inzicht verkregen in de ervaren problemen en de verschillen hiertussen. Bij verschillen kan er sprake zijn van een inzichtprobleem bij de persoon met CCS. Alvorens behandeldoelen kunnen worden vastgesteld is het belangrijk dat personen met CCS inzicht hebben in hun specifieke problemen, omdat pas dan sprake is van een hulpvraag vanuit de cliënt. Dit lijkt een cruciaal punt omdat één van de cognitieve problemen juist het ontbreken van inzicht kan zijn. Door de persoon met een CCS bewust te maken wat er gebeurt, wordt getracht dit inzicht te bewerkstelligen. Voor de logopedist is hierin een belangrijke taak weggelegd.

Een criterium voor opname in een revalidatiecentrum is dat de cliënt leerbaar is en conditioneel in staat is de therapie te volgen (Stichting Transmurale Zorg, 2018). Mocht een cliënt hieraan niet voldoen dan gaat de cliënt naar huis of naar een verpleeghuis. Op basis van het verschil in leerbaarheid zou een verschil in behandeling kunnen worden verondersteld binnen verpleeghuizen ten opzichte van revalidatiecentra. Immers een leerbare cliënt kan in staat zijn om door middel van directe therapie processen opnieuw te leren of strategieën aan te leren om verloren gegane cognitieve functies te compenseren. Bij een niet of minder leerbare cliënt zal de omgeving een grotere rol spelen. Op basis van dit onderzoek is hierin geen onderscheid gevonden. Om te bepalen of het verschil in behandeling daadwerkelijk aanwezig is, is uitgebreider onderzoek nodig.

Ondanks dat de genoemde ervaren problemen van cliënten en/of hun omgeving grotendeels overeenkomen is een verschil gevonden in de wijze waarop deze worden behandeld. In één instelling wordt vooral op functieniveau behandeld door het trainen van processen. In andere instellingen wordt zowel op functieniveau behandeld als op activiteiten- en participatieniveau. Een verklaring voor de verschillen zou de beschikbare behandeltime kunnen zijn. De locatie waarop personen met CCS worden behandeld nadat ze uit de verschillende instellingen zijn ontslagen verschilt. Komen personen met CCS terug naar de instelling of worden ze thuis verder behandeld? In de thuissituatie is het mogelijk de alledaagse situaties concreet vorm te geven en op participatieniveau te werken. Dit lijkt daarom de meest wenselijke situatie.

Het materiaal dat wordt gebruikt is in beperkte mate ontwikkeld voor personen met CCS. Om dit materiaal toch in te kunnen zetten voor personen met CCS is kennis van de aangedane cognitieve processen nodig. Indien duidelijk is wat de persoon met een CCS niet meer kan en nog wel kan, kunnen deze materialen gericht worden ingezet. Psychologen en ervaren logopedisten zouden gezamenlijk op basis van voorkomende CCS een lijst kunnen ontwikkelen van behandel mogelijkheden. Een logopedist met ervaring in de behandeling van personen met CCS kan aangeven welke methoden en materialen voorhanden zijn. De psycholoog voegt informatie toe over de voorkomende verstoorde cognitieve processen en wat dit betekent voor de communicatie. De

respondenten zouden het een waardevolle toevoeging vinden als eveneens wordt aangegeven welke behandeling niet functioneert bij een specifieke CCS om te voorkomen dat van cliënten vaardigheden worden gevraagd die zij niet kunnen uitvoeren.

Kennis over cognitieve processen is aanwezig bij de psycholoog. Hiermee wordt de conclusie onderschreven dat een multidisciplinaire aanpak bij personen met CCS noodzakelijk is (Hüsters & Jonkers, 2017). Hoewel Hüsters en Jonkers spreken over een multidisciplinaire aanpak wordt er een interdisciplinaire aanpak bedoeld. Dit blijkt bij drie respondenten het geval te zijn. Daarbij wordt gewerkt vanuit een gezamenlijk behandelplan en gezamenlijk opgestelde doelen, waaraan iedereen vanuit zijn eigen discipline werkt (Vyt, 2017).

Voor het verbeteren van de logopedische zorg is uniformiteit in diagnostiek, behandeling en samenwerking met de psycholoog wenselijk. Voor het optimaliseren van de behandeling van personen met CCS is informatie nodig over de invloed van de gevonden cognitieve problemen op de communicatie. De logopedisten zouden hiervoor graag handvatten hebben. Daarnaast is het wenselijk om over meer cognitief behandelmateriaal te beschikken zodat de logopedist meer mogelijkheden heeft voor het vinden van materiaal dat past bij de specifieke persoon met CCS.

Bibliografie

- AfasieNet. (2018, maart 30). *Cognitieve-communicatiestoornissen*. Opgehaald van [www.afasienet.com: https://www.afasienet.com/professionals/diagnostiek-en-therapie/cognitieve-communicatiestoornissen](https://www.afasienet.com/professionals/diagnostiek-en-therapie/cognitieve-communicatiestoornissen)
- Alzheimer Nederland & Vilans. (2013). *Zorgstandaard Dementie*. Utrecht: Vilans.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Bastiaanse, R. (2011). *Afasie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Berns, P., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., Staij, M. v.d., Wessels, S. v., Dun, W. v., Lonkhuijzen, J.G. v., CBO. (2015). *Logopedische richtlijn "Diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen"*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Bernstein, D., Penner, L., & Clarke-Stewart, A. R. (2003). *Psychology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Blake, M., Frymark, T., & Venedictov, R. (2013). An Evidence-Based Systematic Review on Communication Treatments for Individuals With Right Hemisphere Brain Damage. *American Journal of Speech-language Pathology*, 22, 146-160.
- Blomert, L., Koster, C., & Kean, M. (1995). *ANTAT Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheden*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Boosman, H., Heugten, C. v., & Visser, J. (2015). Leerbaarheid bij personen met hersenletsel; veel besproken, weinig onderzocht. *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde*, 6, 265-269.

- Consortium Cognitieve Revalidatie. (2007, november 17). *Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet-aangeboren Hersenletsel*. Opgehaald van www.vilans.nl:
<https://www.vilans.nl/docs/producten/richtlijnen/cognitieve-revalidatie.pdf>
- De Renzi, E., & Faglioni, P. (1978). Normative data and screening power of a shortened version of the Token Test. *Cortex*, 14, 41-49.
- Deelman, B., Eling, P., Haan, E. d., & Zomer, E. v. (2008). *Klinische neuropsychologie*. Amsterdam: Boom.
- Dyokova, G., Glozman, Z., Titova, E., Kriushev, E., & Gamaleya, A. (2010). Speech Disorders in Right-Hemisphere Stroke. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 40(6), 593-602.
- Goorhuis, S., & Schaerlaekens, A. (2000). *Handboek taalontwikkeling, taalpathologie en taaltherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Ha, J., Kim, G., & Pyun, S. (2015). Language performance and cognitive function in persons with nondominant-hemispheric stroke. *Korean Social Science Journal*, 42, 39-49.
- Hewetson, R., Cornwell, P., & Shum, D. (2017). Cognitive-communication disorder following right hemisphere stroke: exploring rehabilitation access and outcomes. *Topics in stroke rehabilitation*, 24(5), 330-336.
- Hüsers, S., & Jonkers, R. (2017). Het verschil tussen praten en communiceren: De functionele communicatie bij patiënten met cognitieve communicatiestoornissen. *Handboek voor stem-, spraak- en taalpathologie*, 22, 29-50.
- Kuiper, H. (2013). *Methodisch handelen in de logopedie*. Assen: Van Gorcum.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2008). *Richtlijn Beroerte*. Utrecht: Nederlands instituut voor neurologie.
- Lucassen, P., & Olde Hartman, T. (2007). *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Meulenberg, A., Pol, v. d., & Kuiper, C. (2011). *Dialog. Een theoretisch en praktisch perspectief op de beroepsrollen van de logopedist*. Den Haag: Boom Lemma.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- NVLF. (2016). *NVLF-Richtlijn Logopedische Dossiervorming 2016*. Woerden: NVLF.
- Paemeleire, F. (2014). De screeningstest voor cognitie en communicatie. *Logopedie van de VVL*, 51-65.
- Paemeleire, F., Heirman, M., Savonet, A., & Beneden, G. v. (2009). *Frontomix*. Gijzegem: Sig vzw.
- Revalidatie Nederland. (2016, januari 25). *nieuws*. Opgehaald van www.revalidatie.nl:
<https://www.revalidatie.nl/revalidatie-nederland/nieuws-rn/nieuwe-cognitieve-behandeling-voor-patienten-met-nah-binnen-roessingh>

RIVM. (2017, november 17). *Een_op_vier_Nederlanders_heeft_hersenaandoening*. Opgehaald van RIVM.nl:
https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2017/Een_op_vier_Nederlanders_heeft_hersenaandoening

Schaerlaekens, A. (2016). *De taalontwikkeling van het kind*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Schouwen, E. v. (2018). *Cognitieve revalidatietherapie. Logopedische diagnostiek*. Enkhuizen: Hersenwerk.

Spikman, J., Van der Kaaden, D., & Herben-Dekker, M. (2013). *Handboek Interdisciplinaire Cognitieve Behandeling (ICB)*. Beetsterzwaag: Revalidatie Friesland.

Stichting Transmurale Zorg. (2018, mei 26). *Handleiding CVA Zorgketen*. Opgehaald van www.transmuralezorg.nl:
<https://transmuralezorg.nl/files/Handleiding%20CVA%20Zorgketen.pdf>

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Den Haag: Boom Lemma.

Vyt, A. (2017). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*. Apeldoorn: Garant.

Werkgroep CCS AfasieNet. (2016, April 4). *AfasieNet Cognitieve Communicatie Screening*. Opgehaald van www.afasienet.nl: <https://www.afasienet.com/professionals/diagnostiek-en-therapie/cognitieve-communicatiestoornissen>

* Het position statement van de ASHA is sinds augustus 2017 niet meer beschikbaar op genoemde webpagina. Er is een rescinded document opvraagbaar bij de ASHA en in het bezit van de onderzoeker.