

# Een multidisciplinaire beschouwing over logopedische zorg bij patiënten met cognitieve communicatiestoornissen.

**Neuropsycholoog** *‘volgens  
mij is dat het toverwoord,  
multidisciplinair werken en samen  
proberen om het hele plaatje  
compleet te krijgen’*

## Bachelorthesis

door Anne-Marij van Woudenbergh (336646)

Academie voor gezondheidsstudies - opleiding logopedie voltijd  
juni 2018

Osiris: LOVB16BT

1e beoordelaar: Renske de Vries

2e beoordelaar: Katrien Colman

Wordcount: 4952



## Samenvatting

**Inleiding** Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) kan verstrekende gevolgen hebben, waaronder problemen in de communicatie. Cognitieve communicatiestoornissen (CCS) zijn communicatiestoornissen, die geen afasie zijn. CCS worden meestal tijdens maar voornamelijk na de revalidatie na NAH herkend. Revalideren kan in een revalidatiecentrum of in een verpleeghuis met Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ). Een multidisciplinair team in GRZ bestaat onder andere uit een specialist ouderengeneeskunde, neuropsycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, verzorgende en een logopedist. De rol van de logopedist bij patiënten met CCS is in Nederland weinig beschreven. Naast beperkte beschrijvingen in richtlijnen, is er ook weinig bekend over de verwachtingen van andere disciplines betreffende de rol van de logopedist. Met dit onderzoek zijn daarom de perspectieven van de specialist ouderengeneeskunde, neuropsycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, verzorgende en de logopedist betreffende de logopedische zorg voor patiënten met CCS in verpleeghuis X geïnventariseerd.

**Methode** Via kwalitatief onderzoek door afname van interviews zijn de perspectieven, meningen en verwachtingen van de zes genoemde disciplines als casestudie vergaard. Topics van de interviews zijn gegenereerd uit de bestudeerde literatuur, waarna vragen en steekwoorden zijn geformuleerd. Na open transcriberen, zijn er open en axiaal codes toegewezen, welke gegroepeerd zijn en in een woordweb inzichtelijk zijn gemaakt. Met pilot interviews is beoogd de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten.

**Resultaten** Uit dit onderzoek blijkt dat de logopedist in verpleeghuis X nog weinig screent bij patiënten met CCS. Er blijkt onder de respondenten onduidelijkheid over de definiëring van CCS en van de symptomen van CCS te bestaan. De logopedist werd als behandelaar van CCS genoemd en voorlichting en adviezen aan omgeving en patiënt werden als behandelaspecten genoemd. Adviezen aan andere disciplines zijn gewenst en worden verwacht in verslaggeving van de logopedist. In verslaggeving vanuit andere disciplines naar de logopedist worden de opvallendheden van de communicatie van de patiënt verwacht.

**Discussie** Uit de resultaten van de interviews kan worden geconcludeerd dat de perspectieven van de verschillende disciplines in het multidisciplinair team op de rol van de logopedist bij CCS niet eenduidig zijn en verschillen per discipline. Er blijkt verschil te zijn in definiëring en er worden verschillende onderdelen genoemd voor screening, onderzoek, behandeling en verslaggeving. Door de logopedist is de wens geuit voor meer eenduidige onderbouwde kennis over CCS en een genormeerd onderzoeksinstrument voor diagnostiek bij CCS. Een richtlijn zou hierbij uitkomst kunnen bieden.

Kernwoorden: logopedist, cognitieve communicatiestoornissen, multidisciplinair team

## Abstract

A multidisciplinary view on logopedic care for patients with cognitive-communication disorders by Anne-Marij van Woudenberg.

**Introduction** Acquired brain injury (ABI) has far-reaching effects, one of which is communication problems. Cognitive communication disorders (CCD) are communication disorders that differ from aphasia. CCD is often diagnosed during, but mostly after rehabilitation. Rehabilitation can be done in a rehabilitation centre, or geriatric rehabilitation in a nursing home. A multidisciplinary team in geriatric rehabilitation can comprise of a geriatric care specialist, neuropsychologist, physiotherapist, occupational

therapist, nurse, and a speech-language therapist. The responsibilities a speech-language therapist has with regards to CCD patients is not specified very clearly in the Netherlands. There are limited guidelines, and little knowledge on expectations of other disciplines concerning a speech-language therapist's responsibilities. That's why this study focuses on the perspectives of the geriatric care specialist, neuropsychologist, physiotherapist, occupational therapist, nurse, and speech-language therapist regarding speech-language pathology related care for patients with CCD in nursing home X.

**Method** A qualitative research as a case study has been done by taking interviews which surveyed the perspectives, opinions and expectations of the six previously mentioned disciplines. The topics for the interviews were created by looking at the current literature. These were then used to formulate questions and keywords. Open and axial codes were applied and grouped in a word web after open transcribing. Pilot interviews have been used to increase the validity and reliability of this research.

**Results** This research shows that the speech-language therapist in nursing home X could screen and test more. The definitions and nomenclature of CCD are unclear, especially regarding the symptoms of CCD. The speech-language therapist is referred to as the principal carer for patients with CCD. Education and council towards the patient and the people close to them are mentioned as care aspects. Advice to other disciplines is desired and expected in the speech therapists reporting. Reports from other disciplines intended for the speech-language therapist should contain the noteworthy aspects of a patient's communication.

**Discussion** The data gathered using the interviews can be used to conclude that the perspectives of the various disciplines in a multidisciplinary team on the role of a speech-language therapist in treatment of CCD are not clear-cut and can differ from discipline to discipline. Definitions are ambiguous and various screening, research, treatment and reporting tools are mentioned. The speech-language therapist has voiced the desire for clearer and more substantiated knowledge on CCD and a standardized research instrument for diagnosing CCD. A guideline could be helpful in this regard.

**Keywords:** Speech-language therapist, cognitive-communication, multidisciplinary team

## Inleiding

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) kan verstrekken gevolgen hebben (van Heugten, Bertens & Spikman, 2017). In 2016 waren er in Nederland 645.900 personen bekend met de diagnose NAH (Hersenstichting, 2018). De incidentiecijfers van NAH lagen in 2016 rond de 130.000 gevallen in Nederland (SHV Hersenletsel, z.j.; Hersenstichting, 2018). Eén van de oorzaken van NAH is een cerebrovasculair accident (CVA). Als gevolg daarvan komen in het eerste halfjaar na een CVA bij 40 tot 70 procent van de patiënten cognitieve stoornissen voor (Nederlandse vereniging voor Neurologie, 2008). Wanneer cognitieve stoornissen zijn gediagnosticeerd heeft dit negatieve invloed op het psychologisch en lichamelijk welbevinden van de patiënt en de zorglast van diens omgeving. Deze stoornissen kunnen van negatieve invloed zijn op de totale revalidatie (Witteveen, Admiraal, Visser & Wilken, 2010). Executieve functies, ziekteinzicht, sociale cognitie en communicatie behoren onder andere tot cognitieve stoornissen (van Heugten, Bertens & Spikman, 2017). Cognitie is daarom essentieel voor talige en communicatieve vaardigheden. Adequate communicatie is belangrijk in contact met naasten en op het gebied van leren en werken (Hüsers & Jonkers, 2017). Communicatieproblemen die onderdeel zijn van het geheel aan cognitieve problemen bij patiënten met NAH worden ook wel cognitieve communicatiestoornissen genoemd (Paemeleire, 2014).

De term cognitieve communicatiestoornissen (CCS) is door de American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) in 2005 internationaal geïntroduceerd, de term wordt inmiddels veel gebruikt in de literatuur en daarom ook in onderhavig onderzoek (Wijma, van der Velden & Jonkers, 2014; Werkgroep CCS AfasieNet, 2016). Cognitieve communicatiestoornissen kunnen niet aan de beschadiging van één hersengebied worden gekoppeld (Wijma, van der Velden & Jonkers, 2014). Bij patiënten met CCS, anders dan bij afasiepatiënten, is de taal veelal adequaat qua linguïstische inhoud, maar in meer complexe situaties worden taal en aspecten van communicatie niet juist toegepast of begrepen (Myers and Blake, 2008; Kalf & de Vries, 2010; Witteveen, Admiraal, Visser & Wilken, 2010). Cognitieve communicatiestoornissen zijn in alle situaties merkbaar, omdat taal een wezenlijk onderdeel is van het dagelijks bestaan. De symptomen die volgens verschillende bronnen bij CCS kunnen voorkomen zijn gegenereerd volgens de indeling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en worden in Tabel 1 weergegeven (Nederlandse vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2013).

**Tabel 1** Een overzicht van mogelijke symptomen bij cognitieve communicatiestoornissen, ingedeeld naar ICF-terminologie

| Aandoening, letsel, medische ingreep                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Niet-aangeboren hersenletsel (o.a. CVA)             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Functies of anatomische eigenschappen (stoornissen) | <ul style="list-style-type: none"><li>• cognitieve communicatiestoornissen<ul style="list-style-type: none"><li>◦ in meer complexe situaties worden taal en aspecten van communicatie niet juist toegepast of begrepen</li></ul></li><li>• andere cognitieve stoornissen die invloed hebben op de communicatie, o.a. door:<ul style="list-style-type: none"><li>◦ door een trage verwerking van informatie een zin zelf moeten aanvullen</li><li>◦ Impulsiviteit (te snel concluderen)</li><li>◦ een neglect of visueel ruimtelijke stoornissen</li></ul></li></ul> <p>(Nederlands Centrum Hersenletsel, 2002; Witteveen, Admiraal, Visser &amp; Wilken, 2010; Buijck, 2016)</p> |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Activiteiten<br>(beperkingen)            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• het letterlijk interpreteren of moeite met het begrijpen van figuurlijke betekenissen</li> <li>• moeite het gebruiken of begrijpen van non-verbale informatie, intonatie, ritme en melodie in de spraak</li> <li>• moeite met samenhang en structuren in informatie</li> <li>• een trage verwerking van informatie een zin zelf moeten aanvullen</li> <li>• bijvoorbeeld te snel concluderen door impulsiviteit</li> </ul> (Nederlands Centrum Hersenletsel, 2002; Woldring, van Ingen, Bon, Feenstra, Panis, Rawee & Jonkers, 2018) |
| Participatie<br>(participatieproblemen)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• verminderd inlevingsvermogen</li> <li>• sociaal ongepaste opmerkingen</li> <li>• het niet of verkeerd toepassen van presuppositie</li> <li>• problemen in relationele sfeer</li> </ul> (Wijma, van der Velden & Jonkers, 2014; Werkgroep CCS AfasieNet, 2016; Woldring et al., 2018)                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Interne factoren<br>(positief/ negatief) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• veranderingen in gedrag of emotie</li> <li>• (gebrek aan) ziekte-inzicht (Witteveen, Admiraal, Visser &amp; Wilken, 2010; Buijck, 2016)</li> <li>• impulsiviteit (te snel concluderen) (Nederlands Centrum Hersenletsel, 2002)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Externe factoren<br>(positief/ negatief) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijze van omgang door partner of naaste (Wijma, van der Velden &amp; Jonkers, 2014)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Cognitieve communicatiestoornissen worden meestal tijdens maar voornamelijk ook na revalidatie bij NAH herkend (Wijma, van der Velden & Jonkers, 2014). Revalidatie vindt plaats in een revalidatiecentrum of in een verpleeghuis met Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ). Een indicatie voor GRZ wordt gegeven wanneer blijkt dat de patiënt kwetsbaar is, sprake is van complexe multimorbiditeit en de patiënt minder leerbaar blijkt te zijn (Zorginstituut Nederland, z.j). Mede door complexe multimorbiditeit is multidisciplinair samenwerken een belangrijk onderdeel van de geboden zorg. Door van Cranenburgh (2014, p.93) wordt dit beschreven als een “team-samenwerkingsstructuur waarbij de doelen per discipline duidelijk afgebakend zijn, iedere discipline heeft zijn eigen taak”. Interdisciplinair samenwerken gaat verder dan dat en wordt beschreven als actief en gezamenlijk overleg van verschillende disciplines, welke inzicht hebben in de werkzaamheden van elkaar mede door regelmatig overleg en het opstellen van gezamenlijke behandeldoelen in een zorgplan (Koninklijk Nederlands genootschap voor fysiotherapie, 2017). In de literatuur worden de termen door elkaar gebruikt (Reeves, Pelone, Harrison, Goldman & Zwarenstein, 2017; Vyt, 2017).

In onderhavig onderzoek is gekozen voor de term multidisciplinaire samenwerking, omdat dit de huidige werkvorm is van de meeste instellingen binnen GRZ. Multidisciplinair overleg blijkt een cruciale factor voor een optimale slagingskans voor revalidatie en is het van invloed op de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)-zelfstandigheid (Fawcus, 2000; van Cranenburgh, 2014; Nederlandse vereniging voor Neurologie, 2008, 2017; Buijck, 2016; Koninklijk Nederlands genootschap voor fysiotherapie, 2017).

Een team in de revalidatiezorg bestaat meestal uit dezelfde samenstelling van zorgprofessionals. In Figuur 1 is een mogelijke verdeling van een multidisciplinair team in de revalidatiezorg grafisch weergegeven (Buijck, 2016).



**Figuur 1** Multidisciplinair team. Overgenomen met toestemming uit Revalideren na CVA in het revalidatiecentrum en verpleeghuis: Handboek voor verzorgenden en verpleegkundigen (p. 116) door B. Buijck, 2016, Houten:Bohn Stafleu van Loghum. Copyright 2016 door Buijck.

Op websites van verschillende instellingen die revalidatiezorg bieden zijn veelal de multidisciplinaire teams beschreven. Daaruit blijkt dat een zestal disciplines het meest genoemd worden in een multidisciplinair team binnen GRZ (Revalidatie Friesland, 2018; Treant, 2018; Geriatrie Groningen, z.j.; Stichting Lentis Maatschappelijke onderneming, z.j.; Zonnehuisgroep Noord, z.j.; Zorggroep Groningen, z.j.). De websites weergeven de praktijk en zijn daarom een belangrijke bron voor een paramedisch praktijkonderzoek. Binnen een multidisciplinair revalidatieteam is de specialist ouderengeneeskunde degene die de patiënt in medisch opzicht monitort en de eindverantwoordelijke is van de zorg (Zorginstituut Nederland, z.j.). De neuropsycholoog neemt een screening of onderzoek af naar cognitieve stoornissen en behandelt deze. De fysiotherapeut onderzoekt en behandelt patiënten door revalidatie van (psycho)somatische stoornissen en motorische handelingen of vaardigheden. Een ergotherapeut diagnosticeert en behandelt patiënten betreffende ondersteuning van uitvoering in Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)-onderdelen. Een verzorgende biedt dag en nacht zorg aan patiënten en communiceert dagelijks met de verschillende (para)medici.

In het beroepsprofiel van de logopedist wordt de multidisciplinaire samenwerking ten aanzien van intramurale zorg als kenmerkend omschreven (Nederlandse vereniging voor logopedie en foniatrie, 2013). De logopedist wordt opgeleid om multidisciplinair samen te werken (Studierichtingsoverleg Logopedie, z.j.). In de handleiding van het screeningsinstrument CCS van Afasienet (Afasienet.com, 2016, p. 8-9) is de samenwerking met andere disciplines beschreven als “op basis van de screeningsresultaten kan besloten worden de persoon naar een andere discipline (ergotherapie / neuropsychologie) door te verwijzen of meer specifieke onderzoeksinstrumenten af te nemen”.

Om te onderzoeken wat er in de literatuur beschreven staat over de rol van de logopedist in multidisciplinaire teams bij zorg voor patiënten met CCS zijn verschillende multi- en monodisciplinaire richtlijnen bestudeerd. De uitkomsten hiervan zijn in Tabel 2 beschreven. Richtlijnen hebben de hoogste evidentie en geven richting aan het werk van verschillende zorgprofessionals. Rolbeschrijvingen zijn van belang voor kwaliteit van zorg, de logopedisten weten wat hun werkzaamheden zijn. Daarnaast zijn deze belangrijk voor een juiste verwijzing van patiënten door zorgprofessionals naar de logopedist, wat in de revalidatie- en verpleeghuiszorg essentieel is voor de logopedist (Nederlandse vereniging voor logopedie en foniatrie, 2013). Er is immers geen verwijzing mogelijk wanneer de verwijzer niet op de hoogte is van de kennis en kunde van de logopedist.

Door het Nederlands Centrum Hersenletsel (2002) is een informatiebundel uitgegeven voor paramedici werkend met NAH patiënten waarin cognitieve (communicatie)stoornissen worden uitgelegd en behandeladviezen zijn beschreven.

**Tabel 2** Rolbeschrijvingen van de logopedist bij zorg voor patiënten met CCS in verschillende mono- en multidisciplinaire richtlijnen

| Richtlijn                                                                                                                                                             | Rolbeschrijving logopedist bij patiënten met CCS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Internationale richtlijn van de AHA/ASA voor revalidatie en herstel bij een beroerte (Winstein et al., 2016)                                                          | De rol van de logopedist wordt globaal omschreven, met aanbevelingen voor behandeling van onder andere prosodie en pragmatiek.                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Richtlijn cognitieve revalidatie niet-aangeboren hersenletsel (Consortium Cognitieve Revalidatie, 2007)                                                               | De rol van logopedisten wordt nauwelijks beschreven. Logopedisten worden wel als gebruikers van de richtlijn genoemd.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Richtlijn neuropsychologische revalidatie (van Heugten, Bertens & Spikman, 2017)                                                                                      | CCS of symptomen daarvan en de rol van de logopedist is niet in de richtlijn genoemd.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Richtlijn voor fysiotherapeuten in de zorg bij patiënten met een beroerte (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2014)                                | De logopedist wordt niet in de beschrijving van het interdisciplinaire team genoemd. CCS of symptomen daarvan worden ook niet genoemd.                                                                                                                                                                                                                                                |
| Richtlijn voor neurologen betreffende zorg bij patiënten met een beroerte (Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008)                                              | CCS of symptomen daarvan en de rol van de logopedist wordt niet beschreven.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Richtlijn 'Herseninfarct en hersenbloeding' (Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2017)                                                                            | De expertise van de logopedist wordt niet vermeld bij cognitieve stoornissen. Bij het onderdeel afasie, wordt de CAT-NL genoemd, waarmee geassocieerde cognitieve stoornissen kunnen worden gescreend.                                                                                                                                                                                |
| Logopedische richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van afasie' (Berns, Jünger, Boxum, Nouwens, van der Staaij, van Wessel, van Dun, van Lonkhuijzen, CBO & TNO, 2015) | De rol van de logopedist bij patiënten met CCS wordt hierin deels beschreven, vanwege comorbiditeit tussen cognitieve stoornissen, die niet-talige cognitieve stoornissen worden genoemd, en afasie. Hierbij wordt de invloed van niet-talige cognitieve stoornissen genoemd, waarbij nadruk wordt gelegd op multidisciplinaire samenwerking met de neuropsycholoog en ergotherapeut. |

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat er weinig rolbeschrijvingen van de logopedist beschikbaar zijn betreffende de zorg rondom CCS. Naast beperkte beschrijvingen in de richtlijnen is er weinig bekend over rol van de logopedist vanuit het perspectief van de samenwerkende disciplines. Terwijl de multidisciplinaire zorg bij patiënten met NAH kenmerkend is (Woldring et al., 2018) en het multidisciplinaire aspect bij GRZ zelfs in de wet staat vastgelegd in het Besluit Zorgverzekering (Besluit Zorgverzekering, 2005, art. 2:5c, lid 1). Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in het perspectief en de verwachtingen van de disciplines die binnen een revalidatiesetting veelal samenwerken met de logopedist bij patiënten met NAH. Tevens is het perspectief van de logopedist meegenomen in het geheel om uiteindelijk te komen tot eventuele aanbevelingen aan het logopedisch werkveld.

Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag:

*Wat zijn de perspectieven van de specialist ouderengeneeskunde, neuropsycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, verzorgende en logopedist op de rol van de logopedist bij patiënten met CCS op de revalidatieafdeling van verpleeghuis X?*

## Methode

### *Onderzoeksdesign*

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is er gekozen voor beschrijvend kwalitatief onderzoek. De reden hiervoor was de kwalitatieve aard van de onderzoeksvraag, waarmee perspectieven en verwachtingen inhoudelijk konden worden onderzocht, omdat dit geen observeerbaar gedrag is. Er is gekozen voor een casestudie om een totaalbeeld te creëren van een bepaald fenomeen (Baarda et al., 2013). Een multidisciplinair team stond als case voor de verschillende perspectieven van de zorgverleners ten aanzien van de rol van de logopedist bij patiënten met CCS na NAH op de revalidatieafdeling van verpleeghuis X (Baarda et al., 2013; Baarda, 2014; Grit & Julsing 2017). In verband met de beperkte beschikbare tijd was het niet mogelijk om meerdere teams te onderzoeken.

### *Respondenten*

Het doel was om zes disciplines uit één multidisciplinair team te interviewen, hiervoor zijn inclusiecriteria opgesteld. De onderzoekspopulatie bestond uit multidisciplinaire teams met een logopedist binnen de revalidatiezorg, die zorg verlenen aan patiënten met cognitieve communicatiestoornissen. Het onderzoek was gericht op de samenwerking binnen een multidisciplinair team en de verwachtingen of meningen die daarbij een rol spelen, daarom was dit een inclusiecriteria. De respondenten hadden voor de beantwoording van de vragen kennis over de term cognitieve communicatiestoornissen of herkenning van de symptomen van de patiëntengroep nodig, daarom was enige werkervaring met patiënten met NAH van belang.

In verband met de beperkte beschikbare tijd zijn de respondenten selectief geworven via telefonisch contact met logopedisten uit 9 verschillende multidisciplinaire teams in revalidatiecentra en verpleeghuizen. Na toezegging van één team, zijn er via e-mail informatiebrieven met toestemmingsformulieren verstuurd en zijn de andere 8 teams op de hoogte gesteld dat medewerking niet meer nodig was. De steekproef is getrokken binnen een multidisciplinair team van de revalidatieafdeling in verpleeghuis X, waarbij een specialist ouderengeneeskunde, neuropsycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, verzorgende en logopedist hadden ingestemd mee te willen werken aan het onderzoek. Het beoogde aantal respondenten was daarmee behaald.

### *Dataverzameling*

Resultaten zijn verkregen door half-gestructureerde interviews te houden met zes leden van een multi- of interdisciplinair team, inclusief de logopedist (Baarda, 2014).

De onderzoeker heeft gekozen voor de afname van interviews en de interviews mondeling afgenomen, om flexibiliteit te creëren betreffende het doorvragen, waarmee meer kwalitatieve informatie verzameld kon worden (Grit & Julsing, 2017). Er zijn verschillende vragen gesteld bij de afzonderlijke onderwerpen.

Het interview is door de onderzoeker opgesteld met een splitsingstechniek, waarbij de topics met een algemene hoofdvraag zijn ingeleid en vervolgens zijn opgesplitst met vragen en bijbehorende onderwerpen in steekwoorden die uit de literatuur zijn verkregen. De topics die zijn behandeld in de interviews staan beschreven in Tabel 3.



Om de validiteit van de interviewvragen te testen en de betrouwbaarheid te vergroten zijn twee pilotinterviews afgenomen met een onafhankelijke logopedist en fysiotherapeut. De interviews duurden maximaal een half uur, vanwege de tijdsintensieve afname en verwerking van de interviews. De interviews zijn met audioapparatuur opgenomen en in de natuurlijke werkomgeving afgenomen, wat kenmerkend is voor een casestudie (Swanborn, 2013).

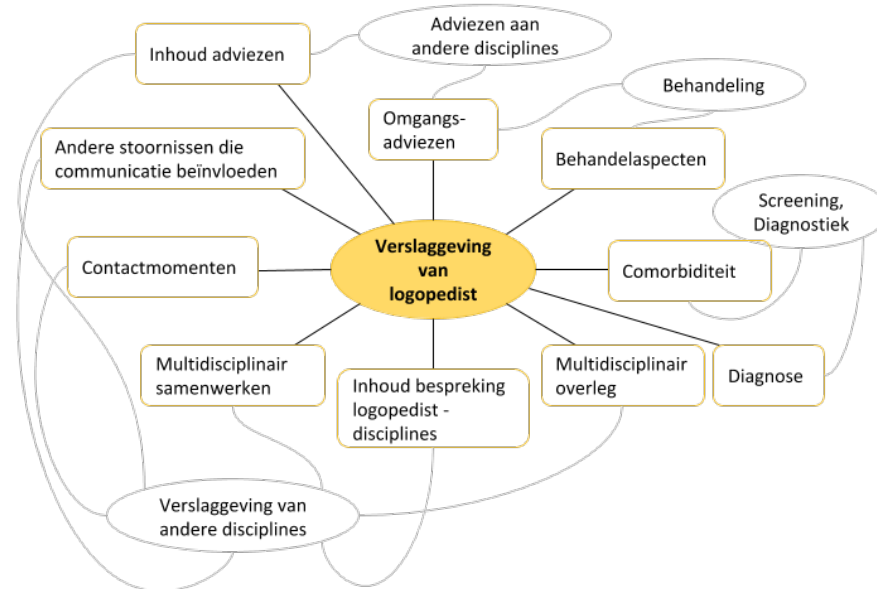
**Tabel 3** Topics van de interviews

| Topics                                                                                                                                             | Literatuurverwijzingen voor de gekozen topics                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definiëring van de term ‘cognitieve communicatiestoornissen’                                                                                       | American Speech-Language-Hearing Association, 2003; Paemeleire, 2014; Werkgroep CCS Afasienet, 2016                                               |
| Kennis van de logopedist over cognitieve (communicatie)stoornissen                                                                                 | Paemeleire, 2014                                                                                                                                  |
| Screening cognitieve communicatiestoornissen (vergelijking werkzaamheden logopedist en neuropsycholoog)                                            | American Speech-Language-Hearing Association, 2003; Nederlandse vereniging voor Neurologie, 2008; Paemeleire, 2014; Werkgroep CCS Afasienet, 2016 |
| Onderzoek cognitieve communicatiestoornissen (vergelijking werkzaamheden logopedist en neuropsycholoog, differentiaaldiagnostiek)                  | American Speech-Language-Hearing Association, 2003; O’Reilly & Walshe, 2015; Riedeman & Turkstra, 2018                                            |
| Behandeling patiënten met cognitieve communicatiestoornissen (waaronder adviezen naar omgeving en verminderd ziekte-inzicht/intrinsieke motivatie) | American Speech-Language-Hearing Association, 2003; O’Reilly & Walshe, 2015; Riedeman & Turkstra, 2018                                            |
| Adviezen naar andere disciplines                                                                                                                   | American Speech-Language-Hearing Association, 2003; Paemeleire, 2014                                                                              |
| Verslaggeving naar andere disciplines vanuit logopedist (waaronder invloed andere stoornissen op communicatie en contactmomenten)                  | American Speech-Language-Hearing Association, 2003; Paemeleire, 2014                                                                              |
| Verslaggeving van andere disciplines (waaronder opvallendheden in communicatie)                                                                    | American Speech-Language-Hearing Association, 2003; Paemeleire, 2014                                                                              |

### *Data analyse*

Voorafgaand aan de analyse zijn de interviews open getranscribeerd, om de oorspronkelijke reacties te weergeven en te kunnen analyseren (Baarda et al., 2013). De kwalitatieve analyse is uitgevoerd met Atlas.ti versie 8, waarbij de onderzoeker zo objectief mogelijk is gebleven door reflectie betreffende zorgvuldigheid van gegevensverwerking en het bijhouden van methodememo’s, waarin de gemaakte keuzes ten aanzien van de analyse zijn bijgehouden (Baarda et al., 2013). Er zijn open codes toegeschreven in het eerste transcript door samenvattend coderen, waarbij de onderzoeker zinnen en regels heeft samengevat met kernwoorden die als codes zijn gebruikt. De codes die overeenkwamen zijn daarna samengevoegd via axiaal coderen waarbij samenhang tussen losse codes wordt gevangen in categorieën.

Aan de hand van de gevonden codes en de topics van het interview is er een lijst met boomstructuur gemaakt. Deze lijst is aangevuld met nieuwe codes uit de andere vijf documenten, daarna zijn de codes die antwoord geven op de onderzoeksvraag geselecteerd en gebruikt voor interpretatie van de gegevens. (Baarda et al., 2013). Nadat alle codes bekend waren zijn door reflectie de zes documenten zorgvuldig bijgewerkt om betrouwbaarheid te vergroten. Deze codes zijn vervolgens geanalyseerd door een systematische beschrijving van de verwachtingen en meningen in groepen codes, waarbij een woordweb is gemaakt, zoals Figuur 2.



**Figuur 2** Codes uit analyse, behorende bij topic ‘Verslaggeving van logopedist’ met verbindingslijnen naar ‘Screening en Diagnostiek’, ‘Behandeling’, ‘Adviezen aan andere disciplines’ en ‘Verslaggeving van andere disciplines’.

De resultaten van het interview met de logopedist zijn vervolgens vergeleken met de antwoorden van de andere disciplines en combinaties van codes zijn vergeleken.

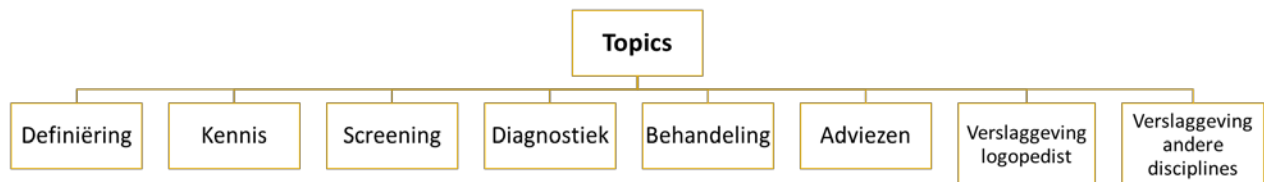
### *Ethische aspecten*

Aan dit onderzoek hebben respondenten geparticipeerd die niet onderworpen waren aan handelingen of het volgen van gedragswijzen, waardoor er geen WMO-toetsing nodig was. De gedragscode van de HBO-onderzoeker is gevolgd (Andriessen, Onstenk, Delnooz, Smeijsters, Peij, 2010). Het onderzoek voldoet aan de criteria van ethische toelaatbaarheid, omdat de respondenten zijn benaderd via een informatiebrief met toestemmingsverklaring en hebben voorafgaand aan het interview een nummer toegewezen gekregen om de anonimiteit te garanderen. De gegevens uit de interviews zijn anoniem verwerkt en alleen gedeeld met een collega ter controle. Er zijn enkele persoonsgegevens, zoals leeftijd, beroep, opleidingsniveau en geslacht gevraagd om de onderzoekseenheid in kaart te brengen (Baarda et al., 2013; Baarda, 2014; Grit & Julsing, 2017).

## Resultaten

In totaal zijn er zes zorgprofessionals geïnterviewd, namelijk de verzorgende (VE), de fysiotherapeut (FT), de ergotherapeut (ET), de specialist ouderengeneeskunde (SO), de neuropsycholoog (NP) en de logopedist (LO), waarvan drie personen hbo-, twee wo- en één mbo-opgeleid zijn.

Er zijn 5 vrouwen en 1 man bevroegd, met een gemiddelde leeftijd van 44 jaar en een spreiding van 22-61 jaar. De resultaten uit de interviews worden beschreven aan de hand van de acht topics, zoals weergegeven in Figuur 3.



**Figuur 3** Overzicht topics uit de interviews

### **Definiëring van de term ‘cognitieve communicatiestoornissen’**

Op de vraag hoe men CCS zou definiëren benoemde de VE, de FT, de ET en de SO voornamelijk woordvindproblemen als symptoom van CCS. De SO gebruikte de term ‘rechterhemisfeer stoornissen’. De NP gaf zowel afasie aan als enkele symptomen die met de gehanteerde definitie van CCS overeenkomen.

**Verzorgende:** ‘Dat de woordvindproblemen, afasie. Dat versta ik eigenlijk onder. ... bij ons meer van ze zeggen het één en ze bedoelen het ander.’

De LO noemde de definitie zoals die gehanteerd wordt door Afasienet. Door zowel de LO als de NP werd over mogelijke verwarring of overlap gesproken van problematiek bij CCS en problematiek bij autismespectrumstoornissen.

**Logopedist:** ‘kijk je hebt ook ... zoiets als autisme, ook dit soort problemen hebben. ... ze iets anders opvatten, of, iets letterlijk opvatten. Maar ... cognitieve communicatiestoornissen zijn inderdaad bij NAH patiënten, die dat vroeger wel konden ... en nu grapjes niet meer snappen.’

Uit de reacties van de FT en de ET bleek dat er moeite was met de begripsdefiniëring van CCS. Als reden hiervoor noemden ze het gebruik van non-verbale communicatie door de oefeningen te demonstreren of het veranderen van de communicatiestrategie wanneer de patiënt de instructie niet begrijpt.

**Fysiotherapeut:** ‘Je hebt er eigenlijk weinig last van communicatiestoornissen vaak. Omdat je eigenlijk toch wel alles aan kan geven, wat je verwacht van iemand. Door het voor te doen ... maar bij ons maakt het eigenlijk niet zo veel uit, of iemand heel veel praat of niet.’ **Ergotherapeut:** ‘Het valt me meer op dat iemand moeite heeft zich uit te drukken dan dat ik zou zeggen ik kom veel in aanraken met dat hij de hints niet begrijpt ... Als ik iets uitprobeer en ik zie dat het niet aankomt, dat switch ik al automatisch eigenlijk van gesprekstechniek of m’n ingang of m’n manier.’

De NP gaf een mogelijke reden voor het herkennen van de symptomen bij CCS.

**Neuropsycholoog:** *'... bijna alles wat wij doen is talig. En soms is die talige kant niet zo evident, zoals bij deze groep met cognitieve communicatiestoornissen en dan tref ik iemand die het op de fluency (waarmee uitvoerende functies worden getest, red.) bijvoorbeeld heel erg slecht doet. En dan leg ik vaak .. dan zeg ik weliswaar, is er iets in de communicatie aan de hand?'*

### ***Kennis van de logopedist over cognitieve (communicatie)stoornissen***

Als benodigde kennis werd door alle respondenten het Hbo-opleidingsniveau genoemd. Op de vraag wat de specifieke kennis van de logopedist is of zou moeten zijn over CCS noemden SO en ET kennis over oorzaken. Door de NP werd stage-ervaring in de revalidatiezorg als een voordeel genoemd, om 'feeling' te krijgen met de patiëntengroep. De SO noemde het volgen van cursussen. De LO noemde het belang van kennis over het verschil met afasie, belang van na- en bijscholing en kennis over behandeling van de omgeving van de patiënt.

### ***Screening cognitieve communicatiestoornissen***

Uit de interviews kwam naar voren dat de screening van CCS deels door de SO uitgevoerd wordt, door de patiënt een aantal spreekwoorden te laten uitleggen, waarna zo nodig een verwijzing naar de logopedie plaatsvindt. De NP onderzoekt de algemene cognitieve functies, waarbij communicatiestoornissen worden herkend, maar niet onderzocht. De SO noemde werkzaamheden van de neuropsycholoog en de logopedist bij de screening 'complementair'. De LO sprak over mogelijke communicatieproblemen, die vanuit het neuropsychologisch functieonderzoek kunnen blijken.

Op de vraag hoe een screening naar mogelijke CCS wordt uitgevoerd in de instelling gaf de VE aan dat er een afname van de DOS-lijst (Delirium observatie screening, red.) wordt gedaan en dat de communicatie en cognitie beschreven worden in het ECD (Elektronisch Cliënten Dossier, red) betreffende verwijzing. De logopedist en neuropsycholoog worden dan ingeschakeld, er is dan sprake van multidisciplinaire samenwerking, waarbij tijdgebrek wordt

**Verzorgende:** *'dat hangt eigenlijk per cliënt af. Maar wij werken daarin heel erg nauw samen. Alleen het nadeel is dat iedereen, wordt ingekort op tijd. Dus wat wij heel graag willen is een minuut of dezelfde dag nog, en soms kan dat*

genoemd. De LO benoemde mogelijke vergroting van de rol van de logopedist door het beter definiëren van CCS middels toepassing van de screening, dit wordt tot op heden belemmerd door tijdgebrek vanwege andere behandelingen.

**Logopedist:** *'... die screening, ja, daar zou ik nog wel wat vaker willen toepassen. Om het beter te definiëren. want, daarin kan denk ik de rol van de logopedist in een team wel groter worden. Meestal omdat cognitieve stoornissen zoveel breder zijn, en er zoveel aandachtspunten, ja, dan komt dat specifiek die communicatiestoornissen wat op de achtergrond. Maar dat is meer, ja, je tijd verdelen.'*

Volgens de NP en de SO is er mogelijk sprake van tijdgebrek door behandeling van bijvoorbeeld dysfagie vanwege medische noodzaak.

## **Diagnostiek cognitieve communicatiestoornissen**

Bij het topic 'Diagnostiek' werd door de SO en de FT het belang van de heteroanamnese genoemd, om informatie over de omgeving van de patiënt te verkrijgen. De LO gaf meerdere malen aan behoefte te hebben aan een onderbouwd onderzoeksinstrument.

**Logopedist:** *'Ik zou wel heel graag echt een gedegen onderzoeksinstrument willen hebben. Dan vind ik ook dat ik beter en duidelijker naar de rest van mn team kan zeggen van ... dat is d'r aan de hand, en dat is dat gaan we ermee doen.'*

## **Behandeling patiënten met cognitieve communicatiestoornissen**

Vrijwel alle respondenten noemden de logopedist als behandelaar van patiënten met CCS, één keer wordt de logopedist indirect als behandelaar genoemd. De ET gaf aan dat er eigenlijk sprake zou moeten zijn van een gezamenlijke behandeling, omdat er bij ergotherapie veel ADL-onderdelen worden geoefend, waarin ook communicatie een belangrijke rol speelt. Ook de VE noemde samenwerking bij de behandeling.

**Ergotherapeut:** Ja, ik denk dus dat het een combinatie van is. Dus als de logopedist met de ergotherapeut samenwerkt.. hier bij de ergotherapie zijn we heel praktisch bezig ... met de dagelijkse activiteiten. ... communicatie.. speelt een belangrijke rol in. Dus ik denk ... dat de ergotherapeut en de logopedist daar hun expertise kunnen uitwisselen.

De gewenste behandel frequentie die werd genoemd liep uiteen, van elke twee weken (LO en SO) en dagelijks (VE). Volgens alle respondenten correspondeert de behandel frequentie met de hulpvraag en de ernst van de klachten. Een gezamenlijke benadering werd door de SO en ET als gewenste behandeling genoemd. Voor wat betreft de inhoud van de behandeling noemden NP en LO symptomen van CCS, het verminderd ziekte-inzicht met mogelijk verminderd intrinsieke motivatie tot gevolg en de gevolgen daarvan op de relationele interacties bij de vraag naar behandelaspecten, waardoor ook de omgeving bij de behandeling betrokken wordt. De LO benoemde hierbij de verlate herkenning van symptomen van CCS.

**Neuropsycholoog:** *'Wat ik hoor van mensen die na een CVA weer thuis zijn, dan hoor je van partners, ik heb een ander mens in huis gekregen dan waarmee ik getrouwd ben. ... Want, juist, je kiest iemand op persoonlijkheid en als die verandert. En ik denk dat die cognitieve communicatiestoornissen van jou, die vallen daar ook onder. Want je lijkt het grapje van vroeger niet meer te begrijpen, of je maakt zelf die grapjes niet meer, waar je vroeger zo plezier had samen.'*  
**Logopedist:** *'Dus de hulpvraag rondom dit stukje komt vaak ook pas later aan bod. En soms zijn ze hier dan al weg.'*

De ET en FT benoemden de copingstrategie van en adviezen aan de patiënt. De FT benoemde inzet van vrijwilligers in behandelingen, de VE sprak over het verwijzen naar andere disciplines en het gebruik van een oefengids.

**Fysiotherapeut:** *'Ik zie vrijwilligers ook wel met andere, met de computerprogramma's enzo. ... Weet je dat het gesprekken uitlokt, dat is natuurlijk ook allemaal taal oefening. Communicatie.'*

**Verzorgende:** *'Bij problemen schakelen ze (logopedisten) bijvoorbeeld ook een muziektherapeut in of de arts. ... We hebben zelf ook een oefengids ontwikkeld.'*

### **Adviezen aan andere disciplines**

De VE, FT, ET en de SO en de LO benoemden zowel algemene adviezen als patiënt specifieke adviezen (voor voorbeeld, zie citaat). De NP gaf aan dat er geen adviezen worden verwacht, omdat er contact met de logopedist wordt gezocht bij vragen, maar dat adviezen belangrijk zijn voor de omgeving van de patiënt.

**Logopedist:** *'... dat je de rest van het team inzicht geeft in wat er misgaat in de communicatie, zodat ze begrijpen waarom zij hun communicatie moeten aanpassen ... En dat dat stukje bij hun zit, want die cliënt die kan er niks aan doen.'*

### **Verslaggeving van logopedist**

Contactmomenten tussen de verschillende disciplines vindt plaats via het multidisciplinair overleg (MDO), via e-mail en in gesprek. Het ECD is multidisciplinair inzichtelijk, waardoor verslaggeving en adviezen gedeeld kunnen worden. De SO en de NP gaven aan verwijzingen, een diagnose, behandeldoelen, en adviezen te verwachten in een MDO, de SO gaf aan een korte update te verwachten. De VE en de FT spraken over doelen en adviezen in verslaggeving of het MDO. De ET noemde een diagnose, oorzaak, patiënt specifieke informatie en adviezen in verslaggeving of een MDO. Alle respondenten benoemden andere stoornissen die de communicatie kunnen beïnvloeden als een bestaand onderdeel in verslaggeving of MDO. De LO sprak over monitoring van de patiënt door het checken van de communicatie via andere disciplines en inzicht in de problematiek van CCS.

**Logopedist:** *'... elke NAH vraagt weer om andere aandachtspunten. En je hebt wel een paar standaard dingen, zoals gesloten vragen, probeer een direct geformuleerde opdracht of zin te geven, en, instructies, hou het kort en bondig. ... Maar eigenlijk is er altijd wel één of twee instructies of adviezen die heel specifiek voor die cliënt vooral van belang zijn.'*

### **Verslaggeving van andere disciplines**

De LO benoemde de opvallendheden in de communicatie met de patiënt en de monitoring van de communicatie als onderdeel van de verslaggeving vanuit andere disciplines. Als onderdeel van verslaggeving noemde de SO een gestelde diagnose, relevante informatie betreffende communicatie en cognitieve stoornissen, een opnameverslag en informatie wat gedurende het verblijf wordt verzameld. De NP noemt opvallendheden van onder andere de communicatie door *'multidisciplinair werken en samen proberen om het hele plaatje compleet te krijgen'*. De VE en FT noemde rapportage van de opvallendheden in communicatie van de patiënt en monitoring daarvan. De ET voegde daaraan toe opvallendheden te delen vanuit observaties en over communicatie met familieleden.

**Logopedist:** *'Zo van, dat van opvolgen van instructies, dat gaat nu wel veel beter. .... Ja, dat doen we eigenlijk wel, zeker binnen het multidisciplinair overleg, komt dat wel naar voren. Ja, want dat doet heel veel met de zelfredzaamheid van iemand.'*

## Discussie

Het doel van dit onderzoek was om door afname van interviews inzicht te verkrijgen in het perspectief en de verwachtingen van de disciplines die binnen een revalidatiesetting samenwerken met de logopedist bij patiënten met NAH. Uit de resultaten van de interviews kan worden geconcludeerd dat de perspectieven van de verschillende disciplines in het multidisciplinair team in verpleeghuis X op de rol van de logopedist bij CCS niet eenduidig zijn en verschillen per discipline. De kennis over de begripsdefiniëring van CCS van de disciplines, behalve bij de logopedist was minder eenduidig dan verwacht. Ook na toelichting door de onderzoeker volgden uiteenlopende reacties, wat doet voorkomen of men moeite had de patiëntengroep te herkennen en daar een voorstelling van te maken. Er kan worden geconcludeerd dat het niet herkennen van de definiëring, de symptomen van CCS en de patiëntengroep invloed heeft op alle tereinen van de zorg bij patiënten met CCS.

Betreffende het screenen en diagnosticeren van patiënten met CCS blijkt dat dit in verpleeghuis X niet vaak uitgevoerd wordt door de logopedist, maar dit wel een wens is van de logopedist. Het screenen en diagnosticeren wordt belemmerd door de afwezigheid van een genormeed diagnostiekinstrument voor CCS en doordat behandeling van andere logopedische problematiek zoals dysfagie voorrang krijgt. Onderzoeksmateriaal voor CCS is nog schaars, maar de ANTAT is geschikt bevonden als onderzoeksinstrument (Hüsers & Jonkers, 2018). Anderen noemen de screening van Afasienet een genormeed onderzoeksinstrument (Woldring et al., 2018) of de 'cognitieve screening' van de CAT-NL (Berns et al., 2015). Daarnaast wordt een onderzoek aan de hand van het ICF-model geadviseerd door de ASHA, waarbij bijvoorbeeld een diagnose, symptomen, een prognose worden beschreven (ASHA, 2004).

Bijna alle respondenten hebben de logopedist benoemd als behandelaar van patiënten met CCS, wat overeenkomt met de literatuur (ASHA, 2004). Er vindt daardoor mogelijk minder verwijzing naar de logopedist plaatsvindt, doordat de symptomen en definitie van CCS door andere disciplines nauwelijks worden herkend, waarbij bijvoorbeeld de term 'woordvindproblemen' wordt genoemd, wat juist een symptoom kan zijn van afasie, en niet van CCS. Mogelijk heeft de betrekkelijk nieuwe term CCS hier een rol in gespeeld, omdat de term voor de disciplines, met uitzondering van de logopedist, onbekend bleek te zijn.

Door de specialist ouderengeneeskunde en de fysiotherapeut werd terecht het belang van de heteroanamnese genoemd. Mogelijk hangt dit samen met de hulpvraag, die vaak vanuit de omgeving komt, vanwege verminderd ziekte-inzicht van de patiënt (Witteveen, Admiraal, Visser & Wilken, 2010; Wijma, van der Velden & Jonkers, 2014). De neuropsycholoog en de logopedist noemden symptomen van CCS en de gevolgen daarvan op de relationele interactie. Mogelijk is dit een reden waardoor verschillende disciplines de symptomen van CCS niet herkennen, omdat dit vaak bij thuiskomst door de omgeving wordt herkend en het dan pas een hulpvraag wordt (Wijma, van der Velden & Jonkers, 2014; van Heugten, Bertens & Spikman, 2017). Door de fysiotherapeut en ergotherapeut werden compensatiestrategieën genoemd, zoals het demonstreren van de oefeningen, als mogelijke redenen voor het niet herkennen van symptomen van CCS. Mogelijk hangt dit samen met de aard, het actief en fysiek bezig zijn, van de behandeling door beide paramedici.

De werkzaamheden van de neuropsycholoog en de logopedist worden complementair genoemd en de neuropsycholoog benoemt het signaleren van communicatiestoornissen tijdens een neuropsychologisch functieonderzoek. In de literatuur wordt de comorbiditeit van cognitieve stoornissen en CCS genoemd, en het bedacht zijn op deze cognitieve stoornissen in behandeling van CCS (Hüsers & Jonkers, 2017). Adviezen aan andere disciplines en een gezamenlijke benadering zijn als mogelijke behandelaspecten genoemd. Dit komt overeen met de aanbevelingen voor zorg bij niet-talige cognitieve stoornissen uit de richtlijn Afasie, waarbij effectiviteit van de behandeling wordt genoemd en



overbelasting van de patiënt wordt tegengegaan (Berns et al., 2015). Er wordt kennis van de logopedist verwacht omtrent cognitieve stoornissen, waarbij (bij)scholing passend bij CCS genoemd wordt door de ASHA (ASHA, 2004; Riedeman & Turkstra, 2018). Deze scholing wordt ook verwacht bij de behandeling van CCS patiënten, waar logopedisten de directe omgeving bij betreft. Behandeling is mede gericht op het verwerken van talige informatie en eventuele compensatie strategieën. In verslaggeving worden onder andere aanbevelingen, de manier van omgang door directe betrokkenen en de evaluaties van behandelingen verwacht (ASHA, 2004; Blake, 2007; Blake, Frymark & Venedictov, 2013).

Dit onderzoek kent een aantal sterke en zwakke methodologische aspecten. De casestudie met gebruik van interviews was een geschikte methode om de perspectieven en verwachtingen te onderzoeken. Door zes personen uit één team te bevragen was het mogelijk om een duidelijk beeld te schetsen van de perspectieven, meningen en verwachtingen over de rol van de logopedist. Door het uitvoeren van een pilot met een onafhankelijke logopedist en fysiotherapeut is de validiteit van het onderzoek verhoogd.

Er zijn open codes toegeschreven in het eerste transcript, en vervolgens zijn de codes aangevuld met de nieuwe codes uit de andere vijf documenten. Mogelijk waren de uitkomsten anders geweest wanneer een ander document als basis was gekozen. Door reflectie, het opnieuw doorlezen en zorgvuldig nakijken van alle codes, in alle documenten is deze mogelijke vorm van vertekening tegengegaan. De onderzoeker heeft de interviews mondeling afgenomen, om flexibiliteit te creëren betreffende het doorvragen, maar dit zou ook geleid kunnen hebben tot vertekening. Een controle van de interpretaties door een derde of de respondenten zou de betrouwbaarheid van de resultaten vergroot hebben. Alle respondenten benoemden de logopedist als degene die CCS zou moeten behandelen. Dit kan ook beïnvloed zijn door het feit dat de onderzoeker een logopedist in opleiding was, hoewel het een open, niet-suggestieve vraag was in het interview, waarna een toelichting van de respondent werd gevraagd. Het is bij een casestudy raadzaam om via meerdere onderzoeksmethodes resultaten te vergaren wat voor een meer betrouwbaar onderzoek had kunnen zorgen (Yin, 2009; Swanborn, 2013).

Vanuit praktische overwegingen is er één multidisciplinair team onderzocht. Er zal vervolgonderzoek moeten plaatsvinden, naar meerdere multidisciplinaire teams in GRZ, om de gevonden resultaten te kunnen generaliseren. Ook zou onderzoek naar multidisciplinaire teams in andere zorginstellingen, zoals revalidatiecentra en ziekenhuizen een breder geheel aan inzichten kunnen verschaffen over de rol van de logopedist bij deze patiëntengroep.

Vanwege verwarring over de definiëring van CCS wordt aanbevolen dat de logopedist andere disciplines voorlichting geeft en de term CCS consequent gebruikt in verslaggeving en MDO, zodat de disciplines effectiever kunnen signaleren en verwijzen. Door de logopedist is de wens geuit voor meer eenduidige onderbouwde kennis over CCS en een genormeerd onderzoeksinstrument voor diagnostiek van de aard en de ernst van CCS bij de afzonderlijke patiënten. Internationaal is er wel informatie beschikbaar betreffende onderzoek en behandeling van CCS (ASHA, 2004; Winstein et al., 2016), maar in Nederland nog te weinig. Een richtlijn zou hierbij uitkomst kunnen bieden, omdat deze de rol van de logopedist bij deze patiëntengroep beschrijft en daarmee handvatten biedt voor de logopedist op het hoogste niveau van evidence based handelen. Uit dit onderzoek blijkt dat advisering en eventueel behandeling van de omgeving van de patiënt van belang is, wegens mogelijk verminderd ziekte-inzicht en intrinsieke motivatie van de patiënt. Aanbevolen wordt dat logopedisten pleiten voor meer tijd om deze aspecten in kaart te kunnen brengen. Als behandeling wordt een gezamenlijke benadering aanbevolen. Deze inzichten en aanbevelingen bieden een praktisch kader voor het logopedisch werkveld, en hopelijk daarmee een kwalitatieve verbetering voor de logopedische zorg bij patiënten met CCS in een multidisciplinaire setting.



## Literatuurlijst

- American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology [preferred practice patterns]. Geraadpleegd op 2 maart 2018, via <https://www.asha.org/policy/PP2004-00191/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2003). *Evaluating and treating communication and cognitive disorders: Approaches to referral and collaboration for speech-language pathology and clinical neuropsychology [technical report]*. Geraadpleegd op 15 juni 2018, via <https://www.asha.org/policy/TR2003-00137/>
- Andriessen, D., Onstenk, J., Delnooz, P., Smeijsters, H., & Peij, S. (2010). Gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo: Gedragscode voor het voorbereiden en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek binnen het hoger beroepsonderwijs in Nederland. Geraadpleegd op 15 juni 2018, via [https://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge\\_base/attachments/files/000/000/104/original/Gedragscodepraktijkgerichtonderzoekdefinitief.pdf?1438763360](https://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/104/original/Gedragscodepraktijkgerichtonderzoekdefinitief.pdf?1438763360)
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2nd ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., van der Velden, T. & de Goede, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3rd ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Berns, P. E. G., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M G, van Wessel, S., van Dun, W. van Lonkhuijzen, J.G. CBO & TNO. (2015). *Logopedische richtlijn diagnostiek en behandeling van afasie*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Geraadpleegd op 23 februari 2018, via <https://www.afasienet.com/wp-content/uploads/Logopedische-Richtlijn-Diagnostiek-en-behandeling-van-Afasie-def.-november-2015.pdf>
- Buijck, B. (2016). *Revalideren na CVA in het revalidatiecentrum en verpleeghuis: Handboek voor verzorgenden en verpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Consortium Cognitieve Revalidatie. (2007). Richtlijn cognitieve revalidatie niet-aangeboren hersenletsel. Geraadpleegd op 20 februari 2018, via <https://www.vilans.nl/docs/producten/richtlijnen/cognitieverevalidatie.pdf>
- De Hoogstraat Revalidatie. (z.d.) Screening cognitieve communicatieproblemen: Een screening voor communicatieproblemen bij mensen met NAH. Geraadpleegd op 20 februari 2018, via <http://www.dehoogstraat.nl/onderzoek-innovatie/producten/producten/screening-cognitieve-communicatieproblemen>
- Fawcus, R. (2000). A collaborative approach to stroke care. *Stroke rehabilitation* (pp. 1-14). Oxford, UK: Blackwell Science Ltd. doi:10.1002/9780470690284.ch1
- Geriatric Groningen. (z.d.). *Geriatrische revalidatiezorg*. Geraadpleegd op 15 juni 2018, via <https://geriatric-groningen.nl/ouderen/revalidatie-voor-ouderen/>
- Grit, R., & Julsing, M. (2017). *Zo doe je een ... onderzoek* (3rd ed.). Groningen/Houten: Noordhoff.
- Hersenstichting. (2018). *Cijfers over patiënten*. Geraadpleegd op 15 juni 2018, via <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/cijfers-over-patiënten>
- Hüßers, S., & Jonkers, R. (2017). Het verschil tussen praten en communiceren: De functionele communicatie bij patiënten met cognitieve communicatiestoornissen. *Stem-, Spraak- En Taalpathologie*, 22, 29-50.

- Kalf, H., & de Vries, R. (2010). Communicatie. In P. van Keeken, B. Rood, M. Wester, van Hemert-van der Poel, H. H. Hoff & J. Kuks (Eds.), *Zorg rondom neurologie: Handboek voor de verpleegkundige praktijk*. (pp. 165-182). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koninklijk Nederlands genootschap voor fysiotherapie. (2017). KNGF-richtlijn beroerte. Geraadpleegd op 28 februari 2018, via [https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/richtlijnen/beroerte\\_2014/beroerte\\_praktijkrichtlijn.pdf](https://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/richtlijnen/beroerte_2014/beroerte_praktijkrichtlijn.pdf)
- Lehman 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(1), 146. doi:10.1044/1058-0360(2012/12-0021)
- Myers, P. S., & Lehman Blake, M. (2008). Communication disorders associated with right-hemisphere damage. In R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders*. (5th ed., pp. 963-987). Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins.
- Nederlands Centrum Hersenletsel. (2002). *Niet-aangeboren hersenletsel: Informatie voor paramedici*. Utrecht: Lemma.
- Nederlandse vereniging voor logopedie en foniatrie. (2013). Beroepsprofiel logopedist, mei 2013. Geraadpleegd op 15 juni 2018, via <https://www.nvlf.nl/paginas/openbaar/vakgebied/kwaliteit/kwaliteitsinstrumenten/beroepsco-de-en-beroepsprofiel>
- Nederlandse vereniging voor Neurologie. (2008). Richtlijn diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte. Geraadpleegd op 28 februari 2018, via <https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/13/Richtlijn%20Beroerte%20def-2009.pdf>
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie. (2017). Richtlijn herseninfarct en hersenbloeding. Geraadpleegd op 15 juni 2018, via [https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/herseninfarct\\_en\\_hersenbloeding/startpagina\\_herseninfarct\\_bloeding.html#algemeen](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/herseninfarct_en_hersenbloeding/startpagina_herseninfarct_bloeding.html#algemeen)
- O'Reilly, A. C., & Walshe, M. (2015). Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: An international survey. *Palliative Medicine*, 29(8), 756-61.
- Paemeleire, F. (2014). De ScreeningTest voor cognitie en communicatie (STCC): Een nieuw instrument voor volwassenen met NAH. *Logopedie*, 27(2), 51-65.
- Peter G. Swanborn. (2013). *Case studies: Wat, wanneer en hoe?* (5th ed.). Den Haag: Boom Lemma.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6). doi:10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Revalidatie Friesland. (2018). *Behandelteam - revalidatie Friesland*. Geraadpleegd op 15 juni 2018, via <https://www.revalidatie-friesland.nl/volwassenen/behandelteam/>
- Riedeman, S. & Turkstra, L. (2018). Knowledge, confidence, and practice patterns of speech-language pathologists working with adults with traumatic brain injury. *American Journal of Speech - Language Pathology (Online)*, 27(1), 181-191. doi:10.1044/2017\_AJSLP-17-0011
- Atlas.ti (8) [computerprogramma]. Berlijn: Scientific Software Development GmbH
- Stichting Lentis Maatschappelijke Onderneming. (z.d.). *Revalidatie*. Geraadpleegd op 15 juni 2018, via <https://www.dignis.nl/dienst/revalidatie/>

- Studierichtingsoverleg Logopedie. (z.d.). *Wat kenmerkt de logopedist in de rol van samenwerker?* Geraadpleegd op 15 juni 2018, via <https://www.opleidinglogopedie.nl/het-opleidingsprofiel/de-rol-van-samenwerker>
- Treant zorggroep. (2018). *Revalidatiegeneeskunde*. Geraadpleegd op 15 juni 2018, via <https://www.treant.nl/ziekenhuizorg/specialismes-afdelingen/revalidatiegeneeskunde>
- Van Cranenburgh, B. (2011). *Leven na hersenbeschadiging : Neurorevalidatie in de eerste lijn: Analyse en aanpak van problemen: Een leidraad voor hulpverleners*. Haarlem: ITON, Instituut voor toegepaste neurowetenschappen, Expertisecentrum VU-Bewegingswetenschappen.
- Van Heugten, C., Bertens, D. & Spikman, J. (2017). Richtlijn neuropsychologische revalidatie. Geraadpleegd op 23 februari 2018, via <https://www.kennisnetwerkcva.nl/sites/kennisnetwerkcva.nl/files/1.-Richtlijn-Neuropsychologische-revalidatie.pdf>
- Vyt, A. (2017). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*. Antwerpen: Garant - Uitgevers N.V.
- Werkgroep CCS AfasieNet. (2016). AfasieNet cognitieve communicatie screening (AfasieNet-CCS). Geraadpleegd op 27 februari 2018 via <https://www.afasienet.com/professionals/diagnostiek-en-therapie/cognitieve-communicatiestoornissen/>
- Besluit zorgverzekering. (2005, 28 juni). Geraadpleegd op 15 juni 2018 via [http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2018-01-01#Hoofdstuk2\\_Paragraaf1\\_Artikel2.5c](http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2018-01-01#Hoofdstuk2_Paragraaf1_Artikel2.5c)
- Wijma, S., van der Velden, J.A.P.M. & Jonkers, R. (2014). Screening cognitieve communicatieproblemen. *Nederlands Tijdschrift Voor Logopedie*, 11, 20-26. Geraadpleegd op 20 februari 2018 via <http://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:pure.rug.nl:publications%2F2c213c0d-8e43-45d0-93e4-3073653833eb>
- Winstein, C.J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L.R., Cramer, S.C., Deruyter, F., Eng, J.J., Fisher, B., Harvey, R.L., Lang, C.E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K.J., Pugh, S., Reeves, M.J., Richards, L.G., Stiers, W. & Zorowitz, R.D. (2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, 47(6). doi:10.1161/STR.0000000000000098
- Witteveen, E. M. J., Admiraal, L., Visser, H., & Wilken, J. P. (2010). *Communicatie bij hersenletsel: Begrijpen wij elkaar?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Woldring, A., van Ingen, M., Bon, M., Feenstra, M., Panis, P., Rawee, C., & Jonkers, R. (2018). Ontwikkeling en normering van de AfasieNet-CCS: Screening voor cognitieve communicatiestoornissen. *Nederlands Tijdschrift Voor Logopedie*, 90(3), 18-24.
- Wouters, E., & van Zaalen, Y. (2012). *Praktijkgericht onderzoek in de paramedische zorg*. Bussum: Coutinho
- Yin, R. K. (2009). *Case study research* (4th ed.). Los Angeles, Calif. [u.a.]: Sage.
- Zonnehuisgroep Noord. (z.d.). *Geriatrische revalidatiezorg Appingedam - Delfzijl*. Geraadpleegd op 15 juni 2018 via <https://www.zonnehuisgroepnoord.nl/geriatrische-revalidatiezorg-appingedam-delfzijl>
- Zorggroep Groningen. (z.d.). *Geriatrische revalidatie*. Geraadpleegd op 15 juni 2018 via <https://www.zorggroepgroningen.nl/wij-bieden/geriatrische-revalidatie>

Zorginstituut Nederland. (z.d.). *Geriatrische revalidatiezorg (zvw)*. Geraadpleegd op 15 juni 2018 via <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/g/geriatrische-revalidatiezorg-zvw>