

1

Kwaliteit van afasietherapie

Ph. Berns

1.1 Inleiding

Logopedisten worden geacht *evidence-based* te handelen (NVLF, 2013). Hierdoor dragen ze bij aan de ontwikkeling van hun beroep en aan de verbetering van de kwaliteit van de logopedische zorg. De auteurs van de casuïstiek in dit boek laten zien hoe zij evidence-based handelen. Zij beschrijven in de inleiding van hun hoofdstukken hoe zij keuzes voor interventies onderbouwen met het beste bewijsmateriaal uit wetenschappelijk onderzoek en hoe zij dat bewijs combineren met hun klinische expertise en met de voorkeur van de cliënt. De casusbeschrijvingen zelf zijn niet-wetenschappelijke casusbeschrijvingen, door Kalf (2004) omschreven als casuïstiek die zó specifiek en compleet beschreven is, dat de lezer kan nagaan in hoeverre de beschreven casus vergelijkbaar is met zijn eigen cliënten. De beschrijvingen hebben collegiale en didactische waarde, dat wil zeggen dat behandelaren en studenten door middel van deze beschrijvingen kunnen leren van de observaties, ervaringen en fouten van de schrijvers (Kalf, 2004). Strikt genomen leveren (niet-wetenschappelijke) casusbeschrijvingen geen evidentie. Omdat ze nauwelijks bewijskracht hebben, horen ze in evidence-based richtlijnen bij bewijsniveau C (Kalf & de Beer, 2004).

In dit hoofdstuk wordt besproken welke kaders er zijn voor de afasietherapeut die zorg van goede kwaliteit wil leveren. Daartoe zal eerst worden ingegaan op het begrip 'kwaliteit van zorg' en op de invloed van richtlijnen en protocollen op kwaliteit. De richtlijnen waar de afasietherapeut gebruik van kan maken, worden besproken. Vervolgens wordt ingegaan op kaders zoals de Standaarden van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF, 2001) en het NVAT Afasie Interventie Schema (NAIS; NVAT, 2012). De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF; WHO, 2001) zal worden besproken als kader voor het beschrijven van de gezondheidstoestand van cliënten. Dit kader komt terug in alle hoofdstukken van dit boek. Uit de ICF is af te leiden dat er méér doelen van logopedische interventie zijn dan het 'verminderen van de stoornis'. Deze andere doelen, zoals het begeleiden van de partner van een patiënt, of het coachen van de cliënt in het leven met afasie, vragen van de logopedist om de beheersing van andere rollen dan alleen die van 'therapeut'. Ook de rol van bijvoorbeeld coach, samenwerker en organisator moet tot het palet van de competente logopedist behoren. De casuïstiek in dit boek laat zien welke verschillende rollen logopedisten/afasietherapeuten vervullen

als ze werken met cliënten met afasie. Vooral het coachen van de cliënt en van zijn omgeving komt steeds meer voor in de praktijk. Als laatste onderdeel van dit hoofdstuk zullen de verschillende casussen uit dit boek worden gerelateerd aan de besproken onderwerpen, zoals domeinen van ICF en rollen van de logopedist.

1.2 Kwaliteit van zorg en richtlijnen

Zorgprofessionals worden geacht kwalitatief goede zorg te leveren. Exact omschrijven van het begrip 'kwaliteit van zorg' is moeilijk. Een bekende beschrijving van kwaliteit van zorg komt van het Institute of Medicine (IOM, 2001) en luidt: 'Doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person, and having the best possible results'. Wollersheim, Bakker en Van der Weijden (2011, p. 14) beschrijven kwaliteit van zorg als zorg die voldoet aan de volgende kenmerken:

- doeltreffend (effectief, wordt het doel behaald?);
- doelmatig (efficiënt, wordt het proces op de beste manier uitgevoerd?);
- patiëntgericht;
- moreel verantwoord;
- zonder bijwerkingen;
- met een goede en tijdige toegankelijkheid;
- geleverd door competente zorgverleners die bereid zijn verantwoording af te leggen.

Om te kunnen bepalen of zorg van voldoende kwaliteit is, zouden voor al deze kenmerken 'minimale normen' moeten worden bepaald. Zorg die op een bepaald kenmerk 'onder de norm' is, zou dan als 'onvoldoende' worden gekwalificeerd. Natuurlijk is een norm niet alleen bedoeld als beschrijving van een minimum; een norm kan ook een stimulans zijn om op zoek te gaan naar verbetering. Het streven is altijd om kwaliteit te verbeteren.

Met betrekking tot logopedische zorg is de beroepsvereniging, de NVLF, verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid. De NVLF heeft een aantal logopedische kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld. Niet alle instrumenten zijn normstellend, maar dat is zelfs bij de medische disciplines nog niet voor alle kenmerken uit de definitie gerealiseerd. Een aantal voorbeelden van kwaliteitsinstrumenten voor logopedisten:

- de beroepscode (NVLF, 2001) beschrijft de morele verantwoordelijkheden;
- de logopedische standaarden (NVLF, 2001); kwaliteitsinstrumenten op het gebied van doelmatigheid. Deze beschrijven het proces van handelen en zijn zowel kwaliteitsondersteunend als ook normstellend (zie verderop in dit hoofdstuk);
- inhoudelijke richtlijnen, zoals de logopedische richtlijn Parkinson (Kalf, de Swart, Bonnier e.a., 2008);
- procesmatige richtlijnen, zoals de richtlijn logopedische verslaglegging (NVLF, 2009).

1.2.1 Richtlijnen

Het gerandomiseerde gecontroleerde experiment (*randomised controlled trial*; RCT) wordt gezien als de gouden standaard voor het onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen. In de jaren tachtig van de vorige eeuw ontstond in de geneeskunde de visie dat het handelen gebaseerd moest zijn op wetenschappelijk bewijs. De Evidence Based Medicine beweging was oorspronkelijk bedoeld om artsen te leren wetenschappelijke literatuur kritisch te beoordelen. Omdat het

ondoenlijk was voor individuele artsen om kennis te nemen van al het onderzoek dat werd gedaan, werd de Cochrane Library opgericht, een database die systematische reviews van onderzoek publiceert en samenvat in de vorm van eenvoudige richtlijnen; gebruiksvriendelijk om het gedrag van artsen te beïnvloeden. Een andere reden om artsen te stimuleren hun handelen te laten leiden door wetenschappelijk bewezen acties, kwam voort uit het onderzoek van Wennberg en Gittelsohn (1973) die constateerden dat binnen één regio in de Verenigde Staten heel andere zorg werd geleverd voor dezelfde aandoeningen. Deze variatie werd ongewenst geacht, onder andere omdat vaak duurder zorg werd geleverd dan nodig was. Richtlijnen leken een goed hulpmiddel bij het motiveren van professionals om de zorg te leveren waarvan uit onderzoek was gebleken dat die bij bepaalde aandoeningen het effectiefst was. Het vertalen van wetenschappelijk bewezen inzichten naar de klinische praktijk met behulp van richtlijnen heeft sinds die jaren een enorme vlucht genomen.

Een richtlijn is een belangrijk instrument om resultaten uit wetenschappelijk onderzoek beschikbaar te maken voor professionals. De Regieraad Kwaliteit van Zorg (2013) definieert een richtlijn als 'een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en -gebruikers.' De aanbevelingen in de richtlijn, met de mate van klinisch bewijs erbij aangegeven, leveren vaak de concrete vertaling van de wetenschappelijke resultaten naar de praktijk van de professional.

1.2.2 Zorginhoudelijke richtlijnen waar logopedisten/afasietherapeuten gebruik van kunnen maken

Logopedie is een relatief jong beroep in relatie tot geneeskunde en logopedisten hebben veel minder inhoudelijke richtlijnen tot hun beschikking dan artsen. De richtlijnen die in 2013 worden gebruikt door logopedisten/afasietherapeuten in Nederland zijn:

- *Revalidatie na een beroerte. Richtlijnen en aanbevelingen voor zorgverleners* (Commissie CVA-revalidatie, 2001),
- *Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte* (Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008) en de
- *Zorg voor de mantelzorg* (Visser-Meily & Van Heugten, 2004).

De richtlijn van de Commissie CVA-revalidatie (2001) bevat achttien aanbevelingen over diagnostiek en behandeling van communicatieproblemen (als gevolg van afasie, dysartrie, verbale apraxie en taal- en communicatiestoornissen na laesie in de rechterhemisfeer). Zes aanbevelingen zijn gericht op diagnostiek van communicatieproblemen (één aanbeveling op niveau 2 die bepaalde testen aanbeveelt en vijf aanbevelingen op niveau 4 over diagnostische instrumenten en de wijze van diagnostiek; het kader bevat een voorbeeld van een aanbeveling op niveau 4). Acht aanbevelingen zijn gericht op de behandeling van communicatieproblemen (één aanbeveling van niveau 1 over de intensiteit-effectrelatie van afasietherapie, één aanbevelingen van niveau 3, zes aanbevelingen van niveau 4). Deze aanbevelingen op gebied van therapie bevatten adviezen over de grote lijnen van de behandeling; er staan geen expliciete aanwijzingen in over gebruik van bepaalde therapie-materialen.

Aanbeveling 103. Niveau 4.

De werkgroep is van mening dat indien de logopedist adequate diagnostische mogelijkheden ontbeert, of zich geconfronteerd ziet met complexe taalstoornissen, hij dient door te verwijzen voor aanvullend taalonderzoek of neuropsychologisch onderzoek, bij voorkeur naar een interdisciplinair afasieteam.

De richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (2008) bevat twee aanbevelingen, beide op niveau 2, die direct gerelateerd zijn aan afasie: één over het optimale moment om te starten met afasietherapie en één over duur en intensiteit van afasietherapie (zie kader). Deze richtlijn wordt in 2014 herzien.

Uitgangsvraag: Wat is de optimale intensiteit en duur van afasietherapie bij patiënten met een beroerte?

Conclusie, Niveau 2: Het is aangetoond dat de intensiteit waarmee afasietherapie gegeven wordt evenredig is met het succes. Bij een frequentie van minimaal twee uur per week wordt een groter effect gezien dan bij een frequentie van een uur per week of minder.

Er is geen onderzoek gedaan naar de optimale duur van de periode waarin de therapie plaatsvindt.

Aanbeveling: De minimale intensiteit van afasietherapie is twee uur per week. Om een maximaal effect te bereiken wordt aanbevolen om de intensiteit van de therapie te verhogen door het uitbreiden van de individuele therapie en door het begeleiden van therapeutische activiteiten die de patiënt zelfstandig of met anderen dan de logopedist kan uitvoeren. Bij voorkeur wordt de intensiteit op deze manier uitgebreid tot een uur therapietijd per dag. Over de optimale duur van afasietherapie kan geen uitspraak gedaan worden.

De richtlijn mantelzorgers is een nadere uitwerking van richtlijnen op het gebied van voorlichting en ondersteuning aan mantelzorgers, zoals beschreven in de eerdergenoemde richtlijn van de Commissie CVA-revalidatie. Mantelzorgers zijn al diegenen die langdurige en intensieve zorg verlenen aan een hulpbehoevende uit hun omgeving met wie ze reeds lange tijd een persoonlijke band hebben. Mantelzorgers zijn meestal partners of kinderen van de hulpbehoevende. De richtlijn beoogt een verbetering van de begeleiding aan mantelzorgers door professionals.

Een voorbeeld van een aanbeveling op niveau 2 uit de richtlijn *Zorg voor de mantelzorg* (Visser-Meily en Van Heugten, 2004) is: 'Het is aannemelijk dat counseling, gericht op het aanleren van actief probleemoplossend gedrag en steunzoekend gedrag van de partner, een gunstig effect heeft op de stemming en het emotioneel welbevinden van de partner, en op zijn vermogen om sociale steun te kunnen onderhouden. Dit geldt voor alle fasen van de behandeling (acute fase, revalidatiefase en chronische fase)'.

1.2.3 Gebruik van richtlijnen in de praktijk

Er wordt veel onderzoek gedaan naar hoe richtlijnen worden toegepast in de praktijk (Grol & Wensing, 2011). Het voorschrijvende karakter van richtlijnen leidt volgens sommigen tot 'kookboekgeneeskunde' (Burgers, Vermeulen & Wollersheim, 2011). Anderen zien richtlijnen juist als

een onderdeel van het professioneel handelen, waarbij ze worden gecombineerd met de wensen en mogelijkheden van de cliënt en de professionele kijk van de therapeut. Dit wordt evidence-based handelen genoemd (zie paragraaf 1.3.2).

Uit onderzoek van Zipoli & Kennedy (2005) blijkt dat logopedisten in het algemeen een positieve attitude hebben ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek en EBP. Ze geven echter aan hun klinische beslissingen meer te laten leiden door traditionele informatie – in dit onderzoek beschreven als ‘klinische ervaring’ en ‘mening van collega’s’ – dan door evidence-based informatie, zoals wetenschappelijk onderzoek en klinische richtlijnen. Het kwalitatief onderzoek van Berns (2010) heeft zich alleen gericht op het gebruik van richtlijnen in de praktijk van de afasietherapeut. Hieruit komt naar voren dat de manier waarop de bevraagde logopedisten/afasietherapeuten omgaan met richtlijnen de opvatting van Burgers e.a. (2011) ondersteunt die stellen dat moderne zorgprofessionals richtlijnen ‘meewegen’ in hun besluitvorming. De afasietherapeuten uit dit onderzoek beschouwen richtlijnen meer als optie dan als standaard. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat de hiërarchie van *evidence* die leidend is bij het formuleren van aanbevelingen, niet per definitie invloed heeft op de aanbevelingskracht in de praktijk: de afasietherapeuten bepalen niet alleen op de mate van bewijskracht of ze een aanbeveling opvolgen, maar ze combineren de mate van bewijskracht met de mate van bruikbaarheid van de aanbeveling in hun specifieke situatie (Berns, 2010). Bijvoorbeeld: de aanbeveling over de intensiteit van afasietherapie heeft, ondanks het feit dat het een aanbeveling is van ‘slechts’ niveau 2, ertoe geleid dat afasiepatiënten in vele revalidatiecentra méér uren afasietherapie krijgen.

1.2.4 Protocol

Als een richtlijn lokaal wordt omgezet in een op de dagelijkse praktijk gerichte handelingsinstructie spreekt men van een protocol. De Regieraad (2013) definieert een protocol als ‘van een vakinhoudelijke richtlijn afgeleide lokale handelingsinstructie of werkinstructie, waarin staat hoe precies in de dagelijkse praktijk dient te worden gehandeld. Protocollen worden veelal lokaal geformuleerd, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de dagelijkse praktijk’. Een richtlijn laat ruimte voor interpretatie en aanpassing aan specifieke omstandigheden; een protocol is meer een afspraak waaraan men zich dient te houden, en is daardoor dwingender. In verschillende revalidatiecentra geldt bijvoorbeeld een protocol voor het vastleggen van het effect van de behandeling (klinimetrie): dezelfde testbatterij wordt afgenomen bij opname en bij ontslag van de cliënt met afasie.

1.2.5 Standaarden

In Nederland wordt ook vaak de term ‘standaard’ gebruikt. De standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn eigenlijk evidence-based richtlijnen. Maar de standaarden die de NVLF gepubliceerd heeft, omschrijven de minimaal wenselijke zorg die logopedisten in verschillende werkvelden verlenen, geordend volgens de stappen van het methodisch handelen. In feite zijn de standaarden van de NVLF op dit moment het belangrijkste kader om normen voor kwaliteit van logopedische zorg uit af te leiden.

1.3 NVLF-standaarden

Eén van de kenmerken uit de definitie van kwaliteit van zorg van Wollersheim e.a. (2011) is dat de zorg geleverd moet worden ‘door competente zorgverleners die bereid zijn verantwoording

af te leggen'. Het kunnen afleggen van verantwoording veronderstelt inzicht in eigen handelen en bewustheid bij het nemen van beslissingen. Werken op methodische wijze biedt een raamwerk om het handelen bewust te maken, immers, kenmerkend voor methodisch handelen is dat de handelende persoon zich bewust is van de manier waarop hij handelt en dat hij bewust probeert het handelen aan te passen aan een specifieke situatie (Kuiper, 2013; NVLF, 2013). Met methodisch handelen wordt bedoeld dat de logopedist handelt volgens bepaalde stappen, in een cyclisch proces. In het Beroepsprofiel Logopedist (NVLF, 2013) worden als kenmerken van dat proces genoemd: doelgerichtheid, bewustheid, systematiek en procesmatigheid. In het logopedisch methodisch handelen worden zowel bij de fase van logopedische diagnostiek als bij die van logopedische behandeling steeds vier stappen onderscheiden (zie kader).

- Fase 1: logopedische diagnostiek
 - Stap 1: aanmelding/screening
 - Stap 2: anamnese
 - Stap 3: logopedisch onderzoek
 - Stap 4: analyse (incl. formuleren diagnose)
- Fase 2: logopedische behandeling
 - Stap 5: behandelplan
 - Stap 6: behandeling
 - Stap 7: evaluatie
 - Stap 8: afsluiting

Het methodisch handelen is door de NVLF als uitgangspunt genomen bij het ontwikkelen van de logopedische standaarden (NVLF, 2001). Deze logopedische standaarden zijn kwaliteitsstandaarden: ze beschrijven een door de beroepsgroep in een bepaald werkveld overeengekomen niveau van zorg en zijn dus de norm voor het handelen. Ze beschrijven de gewenste logopedische zorgverlening. De logopedist kan het eigen handelen vergelijken met de standaarden en krijgt daardoor inzicht in wat goed gaat en op welke aspecten van de zorgverlening verbeteracties geboden zijn. Doel van de standaarden is bevordering en borging van de kwaliteit van de logopedische interventie. Er zijn standaarden voor zeven werkvelden van de logopedie.

1.3.1 Kwaliteitstoets

De standaard 'eerste lijn' (Cox & Schulte, 2012) is één van de kwaliteitsinstrumenten die gebruikt zijn bij het opstellen van de kwaliteitstoets logopedie. Vanaf 2014 kan deze door zorgverzekeraars worden uitgevoerd bij logopedisten die werken met een eerstelijns contract. De bedoeling van de kwaliteitstoets is om processen, producten en diensten rondom logopedie inzichtelijk te maken. Met deze kwaliteitstoets wordt ingespeeld op vragen om transparantie van patiënten, andere zorgverleners en zorgverzekeraars. De kwaliteitstoets is een normstellend instrument. Naast de standaard 'eerste lijn' is er bij het opstellen van de kwaliteitstoets gebruikgemaakt van de richtlijn verslaglegging (NVLF, 2009), de richtlijn verslaggeving (NVLF, 2010) en de zorginhoudelijke richtlijn Parkinson (Kalf e.a., 2008).

In het kader (op p. 17) zijn enkele voorbeelden van beschrijvingen uit de verschillende genoemde kwaliteitsinstrumenten opgenomen.

Toelichting op formulering eindresultaat in Richtlijn logopedische verslaglegging 3.5.1:

(Beoogd eindresultaat/hoofddoel: aard, mate waarin, tijdsperiode.)

Met de vastlegging van het beoogd eindresultaat of hoofddoel geeft de logopedist aan wat zij nastreeft met de logopedische behandelaflevering als geheel. Aangeraden wordt om het doel zo concreet mogelijk – in maat en getal (SMART) – vast te leggen inclusief de aard van het doel/resultaat en de mate waarin en de periode waarbinnen het doel/resultaat moet zijn behaald.

Standaard 15 uit de logopedische standaarden voor volwassenenrevalidatie:

Door middel van observatie en het hanteren van meetinstrumenten verzamelt de logopedist relevante logopedische gegevens op één of meer van de ICF-gebieden: functie, activiteiten, participatie, externe en persoonlijke factoren.

Vraag 1.11 uit de zelfcheck kwaliteitstoets:

Zijn de algemene basisgegevens t.a.v. het onderzoek* vastgelegd?

*) Diagnostische verrichtingen, gebruikte hulpmiddelen (inclusief meetinstrumenten)

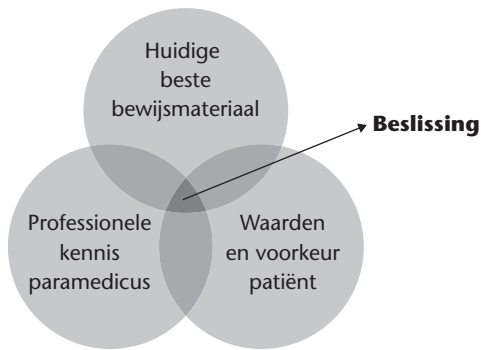
Zie voor informatie: Richtlijn verslaglegging, p. 24

De richtlijn Parkinson is de basis voor het enige zorginhoudelijke onderdeel van de toets. De overige onderdelen betreffen proces (het methodisch handelen) en vorm (het formuleren volgens de richtlijnen verslaglegging en verslaggeving).

Doordat er zo weinig logopedisch-inhoudelijke richtlijnen voorhanden zijn, kunnen normen voor de kwaliteit van logopedisch handelen op dit moment slechts worden bepaald op proces- en vormaspecten. Vorm en inhoud zijn nauw gerelateerd: uiteindelijk gaat het erom dat de stappen van het methodisch logopedisch handelen (proces-aspect) inhoudelijk goed worden uitgevoerd, dus dat bijvoorbeeld de juiste diagnostische instrumenten gebruikt worden, die op de juiste manier worden afgenomen, op een professionele wijze. Natuurlijk is van belang dat therapiedoelen ‘SMART’ worden geformuleerd (vorm-aspect), maar van groter belang is dat de doelen inhoudelijk aansluiten op de logopedische diagnose en bij de vragen van de cliënt. Kortom, logopedisch-inhoudelijke kennis en vaardigheden zijn een onontbeerlijk aspect van kwaliteit, maar veel minder meetbaar dan vorm en proces. Dit gemis aan inhoudsaspecten in de normen kan door een competente logopedist worden ondervangen door ‘het tonen van bereidheid om verantwoording af te leggen’, één van de kenmerken van kwaliteit van zorg (Wollersheim e.a., 2011).

1.3.2 Evidence Based Practice

Het werken volgens de stappen van EBP biedt de mogelijkheid tot het afleggen van verantwoording over inhoudelijke keuzes in een behandelproces. Evidence Based Medicine is een werkwijze waarbij keuzes in de zorg worden onderbouwd met het beste bewijsmateriaal uit wetenschappelijk onderzoek. Bij paramedische zorg wordt vaak gesproken van Evidence Based Practice (EBP). Het beste bewijsmateriaal is niet altijd een resultaat uit een RCT, maar kan ook ‘de mening van deskundigen’ zijn. Het bewijs (de evidence) wordt gecombineerd met de klinische expertise van de zorgprofessional en met de voorkeur van de cliënt. Zie figuur 1.1 voor een schematische weergave van de elementen van evidence-based handelen.



Figuur 1.1 Elementen van *evidence-based* handelen

Bron: Kuiper, C., Cox, K., Louw, D. de & Verhoef, J. (2008). Evidence-based Practice. In: C. Kuiper, J. Verhoef, D. de Louw en K. Cox (red.), *Evidence-based Practice voor paramedici. Methodiek en toepassing*. Den Haag: Lemma, p. 21.

Binnen de werkwijze van EBP wordt een vijf-stappenplan gehanteerd (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000) waarin stapsgewijs de praktijkvraag wordt omgezet in een gerichte informatievraag, om vervolgens met het resultaat van een zoektocht naar het best beschikbare bewijs een adequate beslissing te nemen. In de laatste stap wordt het effect van de beslissing geëvalueerd. Zie het kader voor een Nederlandse bewerking van het vijf-stappenplan zoals beschreven door Houweling, Neijenhuis en Lipke-Steenbeek (2008).

Vijfstappenplan van Evidence Based Practice zoals oorspronkelijk geformuleerd door Sackett (2000):

- 1 De behoefte aan informatie omzetten in een beantwoorbare vraag;
- 2 Zoeken naar het best beschikbare bewijs dat de vraag kan beantwoorden;
- 3 Kritische beoordeling van het bewijs: is het valide en toepasbaar?;
- 4 Met het bewijs een beslissing nemen die past in de omstandigheden en behoefte van de cliënt;
- 5 Evalueren: kan dit de volgende keer beter en efficiënter?

Richtlijnen zullen vanuit de aard van het onderzoek waar ze uit voortkomen (gerandomiseerde gecontroleerde experimenten) nooit alle aspecten van een zorgproces kunnen omvatten, maar het werken volgens EBP garandeert dat het leveren van goede zorg maatwerk blijft, afgestemd op de wensen van een specifieke cliënt en rekening houdend met elke unieke context. EBP is dus géén 'kookboekgeneeskunde' die leidt tot onpersoonlijke zorg, maar helpt juist om de achtergronden en motivaties voor behandelopties transparant te maken. Zo kunnen professionals hierdoor bijvoorbeeld voor- en nadelen van een behandeling afwegen of keuzes maken ten opzichte van bijvoorbeeld veiligheid of kosten. Ook wordt het vanzelfsprekend dat de cliënt kan meedenken bij het opstellen van een behandelplan en goed geïnformeerd eigen keuzes kan maken (Burgers e.a., 2011). Een voorbeeld van hoe dit aangepakt kan worden, is te vinden in hoofdstuk 2. Moderne zorgprofessionals zullen richtlijnen dus 'meewegen' in hun besluitvorming in plaats van de richtlijn als enige optie van handelen te beschouwen.

Handelen volgens EBP biedt de mogelijkheid verantwoording af te leggen over de inhoud van de behandeling. Dit zal worden vergemakkelijkt als er meer logopedisch-inhoudelijke richtlijnen zijn. De logopedische richtlijn afasie (NVLf, in ontwikkeling) zal een welkome aanvulling zijn op het kwaliteitsinstrumentarium van de logopedist/afasietherapeut.

1.4 NAIS

Het feit dat er op dit moment geen richtlijn afasie is, wil niet zeggen dat er geen informatie bestaat over de beste manier van handelen van de afasietherapeut. In 2012 heeft de Nederlandse Vereniging van Afasie Therapeuten (NVAT) het NVAT Afasie Interventie Schema (NAIS; NVAT, 2012) gepubliceerd. De NAIS is een beschrijving van het professioneel handelen van de logopedist/afasietherapeut bij afasie. Deze beschrijving sluit aan bij het doel van de NVAT: de kennis van en het inzicht in niet-aangeboren neurologische taal- en spraakstoornissen vergroten en de kwaliteit van de diagnostiek en de behandeling bewaken en verbeteren. De NAIS beschrijft het therapeutisch proces ten aanzien van diagnostiek en behandeling van een persoon met afasie en zijn omgeving. Bij de ontwikkeling ervan is uitgegaan van de standaarden van de NVLF en in de NAIS wordt verwezen naar wetenschappelijke publicaties en naar evidence voor zover aanwezig voor bepaalde diagnostische en therapeutische methoden. Bij deze verwijzingen is gebruikgemaakt van de richtlijn van de Commissie CVA-revalidatie (2001) en van de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (2008). Tevens is gebruikgemaakt van de Britse richtlijn van het Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT, 2005). Bij de bespreking van de diagnostische en therapiemiddelen is uitgegaan van instrumenten en programma's die in Nederland beschikbaar zijn.

De NAIS is geen richtlijn maar een instrument ter ondersteuning van het evidence-based handelen. De kern van de NAIS – de interventieschema's – is ontwikkeld door de leden van de NVAT, een vereniging van 'specialisten': logopedisten/afasietherapeuten. Zowel de schema's als de beschrijving zijn geaccordeerd door deze leden. Deze totstandkoming kan worden beschouwd als een proces van consensus. Dit levert evidence op het niveau van *considered judgment*; in de indeling van Kalf en De Beer (2004) is dat niveau D, het laagste niveau in de hiërarchie van bewijssterkte. Zuiderent-Jerak, Forland & Macbeth (2012) pleiten ervoor om ook kennis van deze lagere niveaus op te nemen in richtlijnen. Bij de ontwikkeling van de monodisciplinaire richtlijn afasie zal de NAIS als één van de uitgangspunten worden gebruikt. Immers, in overeenstemming met wat Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson (1996) beweerden: Evidence Based Medicine 'is not restricted to randomised trials and meta-analyses. It involves tracking down the best external evidence with which to answer our clinical questions.'

De NVAT Afasie Interventie Schema's omvatten de mogelijke einddoelen van interventie, geformuleerd vanuit cliëntperspectief (de persoon met afasie en diens directe omgeving) en de daarbij behorende werkwijzen van de afasietherapeut in diagnostiek en behandeling, uitgesplitst in een acute fase, revalidatie fase en chronische fase bij respectievelijk ernstige, matig ernstige en lichte afasie. Bij het opstellen van de schema's zijn vier indelingen verwerkt: fasen van herstel, ernstgradaties van de afasie, stappen van het methodisch logopedisch handelen en domeinen van ICF.

Tabel 1.1 geeft een gedeelte uit schema 1, 'ernstige afasie', met de onderdelen doelen, diagnostiek en behandeling in de revalidatiefase, weer.

Tabel 1.1 NAIS Schema 1, ernstige afasie. Onderdeel Revalidatiefase

Revalidatiefase tot 6 MPO
Doelen
<p>De cliënt communiceert in 1-op-1 gesprekken met bekende personen in zijn directe omgeving, maakt hierbij gebruik van multimodale communicatie en eventueel communicatie-ondersteunende hulpmiddelen en heeft hierbij hulp nodig van een geïnstrueerde gesprekspartner.</p> <p>De geïnstrueerde gesprekspartner biedt de gewenste ondersteuning opdat een gesprek naar tevredenheid verloopt.</p>
Diagnostiek
<p>Stoornisniveau</p> <ul style="list-style-type: none">• Screeling• AAT• SAT• PALPA-taken• DIAS <p>Activiteiten- en participatieniveau/externe factoren</p> <ul style="list-style-type: none">• Scenario Test• BIPAC/BEBA• PACT
Behandeling
<p>Stoornisniveau</p> <p>Cognitief-linguïstische training; nadruk op auditief taalbegrip</p> <p>Activiteiten- en participatieniveau/externe factoren</p> <p>Trainen van algemene communicatieve vaardigheden</p> <p>Situatiespecifieke training</p> <p>Itemspecifieke training</p> <p>Trainen van de gesprekspartner(s)</p> <p>Coaching van omgeving</p> <p>Inrichten en functioneel inzetten communicatiehulpmiddelen</p> <p>Instellen communicatieschrift/agenda</p> <p>Groepstherapie gericht op toepassen communicatie strategieën en lotgenotencontact</p>

De doelen zijn beschreven vanuit het perspectief van de persoon met afasie en diens omgeving. Echter, de doelen als zodanig zijn geformuleerd door de leden van de NVAT, vanuit hun professionele kennis en klinische ervaring en op basis van (wetenschappelijke) publicaties op dit terrein. Het idee is dat de beschreven doelen zullen gelden voor de meeste cliënten van deze ernst en in deze fase van het herstelproces. Het is geenszins de bedoeling dat de doelen klakkeloos worden overgenomen in relatie tot een specifieke cliënt; therapie blijft maatwerk. De beschreven instrumenten bij diagnostiek en behandeling zijn suggesties. Ze geven een overzicht van de mogelijkheden, waarvan de leden van de NVAT bij de meeste cliënten van deze ernst en in deze fase van het herstelproces gebruik kunnen maken.