

*Afasieteams:
Noodzaak of luxe?*



april 2000

STICHTING AFASIE NEDERLAND

| | |
|---|----|
| Voorwoord | 5 |
| 1. Interdisciplinaire afasieteams: Achtergronden | 6 |
| 2. Interdisciplinaire afasieteams: de huidige situatie | 7 |
| 3. Interdisciplinaire afasieteams: de gewenste situatie | 10 |
| 4. Aanbeveling | 11 |
| Appendix: Enkele voorbeelden van test- en therapiemateriaal | 12 |

VOORWOORD

Deze nota is een pleidooi voor het oprichten van regionale interdisciplinaire afasieteams. De afasieteams die de Stichting Afasie Nederland (SAN) voor ogen heeft, hebben primair een diagnostische functie en zijn interdisciplinair van aard. Op verschillende plaatsen in Nederland zijn dergelijke teams actief, veelal echter in verschillende constellaties en met ontbrekende structurele financiering.

de structurele ontwikkeling van regionale afasieteams past in allerlei ontwikkelingen in Nederland die erop gericht zijn de *zorgketen* ten behoeve van CVA-patiënten te verbeteren. In deze nota wordt het belang van het bestaan van interdisciplinaire afasieteams benadrukt. Organisatorische inbedding, bijvoorbeeld in revalidatiecentra die bij voorkeur samenwerken met een academisch ziekenhuis, en structurele financiering lijken twee belangrijke randvoorwaarden hiervoor. In hoofdstuk 1 wordt nader in gegaan op de achtergrond van het concept van de interdisciplinaire afasieteams. In hoofdstuk 2 wordt de actuele situatie in Nederland beschreven ten opzichte van internationale ontwikkelingen. In hoofdstuk 3 wordt de gewenste situatie geschetst en tot slot worden enkele aanbevelingen gedaan.

1. INTERDISCIPLINAIRE AFASIE TEAMS: ACHTERGRONDEN.

Na een CVA kan een patiënt in aanraking komen met diverse echelons in de gezondheidszorg, gespecialiseerd of minder gespecialiseerd in de diagnostiek en de behandeling van de korte en lange termijn gevolgen van het CVA.

Aan de basis (eerste lijn) staat meestal de huisarts. Deze maakt de afweging of en naar wie de individuele patiënt wordt doorverwezen. Niet alle patiënten worden door de neuroloog gezien en slechts een kleine minderheid wordt gezien door de revalidatiearts. Veel patiënten ontvangen een niet-specialistische behandeling, bijvoorbeeld door een eerste-lijns fysiotherapeut of in een verpleeghuis. Het is derhalve weinig inzichtelijk en voorspelbaar met welk type zorgverlening de individuele patiënt in aanraking komt. De huidige situatie heeft een intrinsiek risico van fragmentatie van kennis. Dit heeft gevolgen voor de behandeling van de CVA-patiënt. Dit geldt in bijzondere mate voor het probleem 'afasie'.

- **De specifieke problematiek van afasie**

Afasie is een taalstoornis ten gevolge van hersenletsel, die zich in verschillende vormen kan uiten. Het vermogen tot communiceren door middel van taal is wezenlijk voor de mens. Is dit vermogen aangetast, dan kan dit ernstige gevolgen hebben voor het leven van de patiënt en zijn naasten. In lichte gevallen kan een afasie moeilijk herkenbaar zijn. De patiënt heeft dan moeite met het uiten van gevoelens, het lezen van boeken of ondertitels op televisie. Soms treden de problemen pas op na een vermoeiende dag of tijdens een inspannende vergadering. Meestal is de afasie echter ernstiger: er bestaan woordvindingsmoeilijkheden, taalbegripsproblemen of grammaticale problemen en lezen en schrijven zijn nauwelijks mogelijk. In de lichte gevallen wordt de afasie vaak niet herkend en niet zelden worden de moeilijkheden geduid als "psychisch" of als concentratieproblemen. De patiënt blijft dan verstoken van de adequate hulp.

Het is in alle gevallen belangrijk dat de patiënt en zijn naaste omgeving snel en goed geïnformeerd worden over afasie. In de meeste ziekenhuizen in Nederland is een logopedist aanwezig, die deze taken op zich neemt. Uitgebreide diagnostiek met betrekking tot de afasie is dan nog niet noodzakelijk. In deze fase wordt de aandacht gericht op het bewaken van de vitale functies, op nadere diagnostiek en op screening van risicofactoren. De logopedist zal zich in eerste instantie richten op uitleg, begeleiding en bevorderen van de communicatie tussen de patiënt en zijn omgeving.

Na deze (sub)acute fase beginnen de feitelijke behandeling en diagnostiek van de afasie.

Alle taalniveaus (klank-, woord-, zins- en tekstniveau) moeten in alle modaliteiten (produceren en begrijpen van gesproken en geschreven taal) onderzocht worden, wil men aanwijzingen krijgen over de communicatieve en linguïstische mogelijkheden van de patiënt. Dit betekent dat een uitvoerig onderzoek, dat wel enkele uren kan duren, noodzakelijk is.

Een afasie is zelden het enige symptoom van het hersenletsel: meestal is er sprake van andere cognitieve stoornissen (zoals geheugen- en aandachtsproblemen) en van sensomotorische problemen (zoals spasticiteit). Deze zullen moeten worden afgegrensd van de communicatieve problemen en apart (maar wellicht in overleg) behandeld moeten worden.

De diagnostiek en behandeling zijn aanvankelijk vaak gericht op de onderliggende stoornissen. Later ligt de nadruk meer op alledaagse activiteiten zoals telefoneren en boodschappen doen zodat participatie in het sociale leven (bijvoorbeeld gezin, recreatie, werk) zoveel mogelijk gewaarborgd is.

2. INTERDISCIPLINAIRE AFASIE TEAMS: DE HUIDIGE SITUATIE.

Nederland heeft wat de afasieproblematiek betreft een unieke situatie in de wereld. De behandeling van afasie wordt gedaan door logopedisten, die in Nederland geen wetenschappelijke opleiding hebben. Het wetenschappelijk onderzoek naar afasie wordt verricht door klinisch linguïsten en neuropsychologen. Zij zijn echter veelal niet betrokken bij de behandeling van afasiepatiënten. Er dreigt hier een kloof te ontstaan tussen het laboratorium en de dagelijkse praktijk. Het wetenschappelijk onderzoek wordt onvoldoende gestuurd door de klinisch relevante vraagstellingen en de praktisch toepasbare onderzoeksbevindingen worden moeizaam geïmplementeerd in behandelprogramma's.

Dit heeft in de zeventiger jaren geleid tot de oprichting van zogenaamde *interdisciplinaire afasieteams*. Deze teams waren gericht op het verbeteren van de diagnostiek van de individuele afasiepatiënt, op het ontwikkelen van test- en therapiemateriaal en het doen van wetenschappelijk onderzoek. Zo werd vrijwel al het materiaal op gebied van diagnostiek dat thans beschikbaar is in Nederland, ontwikkeld door of in nauwe samenwerking met afasieteams. Op internationale wetenschappelijke fora heeft Nederland een vooraanstaande rol waar het onderzoek betreft naar afasie; het betreft hier steeds of zuiver wetenschappelijk onderzoek, of klinisch-wetenschappelijk onderzoek dat wordt uitgevoerd door de afasieteams.

Verscheidene afasieteams hebben in belangrijke mate bijgedragen aan bovenstaande ontwikkelingen. Met name kunnen genoemd worden (1) Stichting Afasie Rotterdam (SAR); (2) Revalidatiecentrum Het Roessingh, voorheen Stichting Afasie Oost-Nederland (SAON, Enschede)¹; (3) Stichting Afasie Kennemerland (STAK, Wijk aan Zee). In de revalidatiecentra Beatrixoord (Haren) en De Vogellanden (Zwolle) worden thans interdisciplinaire afasieteams opgericht.

Deze afasieteams hebben in het algemeen gemeen dat er een revalidatie-arts (bij de SAR een neuroloog), een klinisch linguïst, een logopedist en een neuropsycholoog aan verbonden zijn. De taken van de afasieteams kunnen in brede zin als volgt worden samengevat:

1) patiënt-gebonden onderzoek

- diagnosticeren van de afasie en bijkomende stoornissen;
- verrichten van aanvullend onderzoek bij specifieke vraagstelling;
- adviseren over behandeling;
- evalueren van de taal- en spraakbehandeling na een bepaalde periode, zodat de therapie, indien geïndiceerd, bijgesteld of afgebouwd kan worden.

2) wetenschappelijk onderzoek en onderwijs

- bevorderen van kennis over afasie en afasiebehandeling;
- ontwikkelen van diagnostische middelen en therapieprogramma's en effectevaluatie van behandelingen.
- publiceren van ontwikkeld materiaal en van de resultaten van effectevaluatie.

In de interdisciplinaire afasieteams in Nederland worden dus geen individuele behandelingen gegeven. De aandacht is primair gericht op diagnostiek en advisering voor de primaire behandelaar, en in wisselende mate op wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en productontwikkeling.

¹ Hoewel dit afasieteam formeel is opgeheven in zomer 1999, worden er op verzoek nog steeds taalonderzoeken afgenomen bij patiënten die niet in het revalidatiecentrum zelf behandeld worden.

Verwijzing

De verwijzing naar een afasieteam vindt plaats via de huisarts of de behandelend specialist (veelal een neuroloog of een revalidatie-arts). Per regio is het verschillend welke patiënten in aanmerking komen voor onderzoek door het afasieteam. Het STAK onderzoekt alleen patiënten uit de aangesloten verpleeghuizen, terwijl de SAR patiënten onderzoekt uit de verbonden verpleeghuizen en uit het Revalidatiecentrum Rijndam. Deze regionale verschillen zijn voor een belangrijk deel het gevolg van de verschillen in financiering en organisatorische inbedding. Het betreft derhalve een type zorgverlening waarvan de toegankelijkheid voor individuele patiënten kan verschillen per regio.

Wetenschappelijk onderzoek

De afasieteams hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van test- en therapiemateriaal (voor enkele voorbeelden, zie Appendix). Vrijwel alle tests en therapieprogramma's in Nederland zijn afkomstig van deze teams.

De teams zijn niet verbonden aan een universiteit. Het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van afasie wordt met name verricht aan de universiteiten en academische ziekenhuizen van Amsterdam, Groningen, Nijmegen, Rotterdam en Utrecht. Dit onderzoek is echter lang niet altijd klinisch geïntereerd.

Samenstelling Afasieteams

In de optimale situatie zijn in een afasieteam de volgende disciplines vertegenwoordigd: geneeskunde, klinische linguïstiek, logopedie en neuropsychologie.

De logopedist heeft een HBO-opleiding gevolgd in spraak-, stem-, gehoor- en taalstoornissen. Afasiologie vormt een klein deel van het totale opleidingspakket. Logopedisten in de eerste lijn zijn veelal niet speciaal getraind om afasie te behandelen en worden infrequent met dit probleem geconfronteerd. De logopedisten in de afasieteams zijn gespecialiseerde afasiebehandelaars. Zij nemen de standaard diagnostische tests af (de *Akense Afasietest* en de *Amsterdam-Nijmegen Test voor Alledaagse Taalvaardigheid*) en verrichten bovendien nadere diagnostiek van eventueel bijkomende articulatieproblemen. Daarnaast is de logopedist degene die, naar aanleiding van de interdisciplinaire probleemanalyse, de verwijzer adviseert over de te volgen logopedische behandeling.

De klinisch linguïst is een academisch opgeleide taalkundige, gespecialiseerd in gestoord taalgebruik. In de afasieteams verricht hij het taalonderzoek, waarbij de prestaties van de patiënten in de verschillende taalmodaliteiten (begrijpen en produceren van gesproken taal en het lezen en schrijven op verschillende niveaus (klank-, woord- en zinsniveau) worden vastgesteld. De klinisch linguïst onderzoekt in hoeverre stoornissen in de modaliteiten en de taalniveaus samenhangen en elkaar beïnvloeden, zodat inzicht verkregen wordt in de onderliggende taalstoornis(sen) en de effecten welke deze heeft/hebben op de communicatie in het dagelijks leven.

De psycholoog is gespecialiseerd in neuropsychologie. Hij inventariseert de eventueel aanwezige cognitieve stoornissen, die kunnen optreden na hersenletsel (zoals geheugen- en concentratieproblemen, agnosieën en apraxieën). Deze inventarisatie is noodzakelijk om de leerbaarheid van de patiënt te beoordelen evenals de beperkingen waarmee eventueel rekening moet worden gehouden (zoals bijvoorbeeld een gestoorde volgehouden aandacht of trage informatieverwerking). De geneeskundige is meestal een revalidatie-arts gespecialiseerd in neurorevalidatie. Hij beoordeelt in welke mate eventuele sensomotore, cognitieve en communicatieve problematiek met elkaar interfereren en wat dit betekent voor het functioneren van de patiënt in het dagelijks leven.

Tevens moet hij beoordelen of de klachten en symptomen passen bij de verwijsdiagnose en ver-richt hij zonodig aanvullende diagnostiek. Verwijzingen naar bijvoorbeeld een neuroloog of psychiater kunnen hierbij noodzakelijk zijn.

De meerwaarde van een afasieteam is niet alleen gelegen in de specialisaties van de afzonderlijke leden, maar vooral in het overleg en de integratie van de bevindingen van de afzonderlijke disci-plines bij het opstellen van een behandelplan.

Conclusie

In Nederland bestaan interdisciplinaire afasieteams. Ze leveren een bijdrage aan de behandeling van afasiepatiënten in de vorm van het formuleren van behandeladviezen, productontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek. Hun organisatorische inbedding verschilt echter per regio even-als de financiering. Hierdoor is noodzakelijke zorgverlening niet voor alle patiënten op gelijke wijze beschikbaar. Productontwikkeling en klinisch georiënteerd wetenschappelijk onderzoek blijven veelal afhankelijk van lokale initiatieven, waarbij de continue dreiging van financiële dis-continuïteit van de afasieteams remmend werkt.

3. INTERDISCIPLINAIRE AFASIE TEAMS: DE GEWENSTE SITUATIE.

Een netwerk van afasie teams

Uit voorgaande hoofdstukken is gebleken welke knelpunten te onderscheiden zijn ten aanzien van de interdisciplinaire afasie teams. Er geen sprake van een evenwichtige landelijke spreiding; structurele financiering en eenduidige organisatorische inbedding ontbreken. Over de gewenste taakstelling en samenstelling van de interdisciplinaire afasie teams bestaat in redelijke mate consensus.

Het primaat van de afasie teams is gelegen in het onderzoeken van individuele patiënten en formuleren van behandeladviezen voor verwijzers. Dit betreft derhalve:

- 1) diagnostiek van de afasie en de bijkomende stoornissen;
- 2) het geven van therapie-adviezen aan en in overleg met de verwijzer of de behandelend logopedist;
- 3) het verrichten van evaluatie-onderzoeken, op basis waarvan de therapiedoelen kunnen worden bijgesteld of adviezen omtrent het afbouwen cq. stoppen van de therapie gegeven kunnen worden

Interdisciplinaire afasie teams kunnen beschouwd worden als expertteams gericht op een van de potentiële gevolgen van niet-aangeboren hersenaandoeningen. Het is evident dat in deze teams zowel de kennis als het patiëntenaanbod vertegenwoordigd is om bijdragen te leveren aan productontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek, zoals:

- 1) ontwikkeling en evaluatie van testmateriaal;
- 2) ontwikkeling en evaluatie van therapiemateriaal;
- 3) ontwikkeling en evaluatie van therapieprogramma's
- 4) scholing van hulpverleners en patiëntenverenigingen
- 5) productie van scholings- en voorlichtingsmateriaal

Structurering en inbedding van afasie teams

De activiteiten van de interdisciplinaire afasie teams zoals in deze nota beschreven, zijn te duiden als horend bij topreferente zorg gericht op de gevolgen van niet-aangeboren hersenaandoeningen. Dit past binnen het profiel van de revalidatiecentra in Nederland die een supraregionale functie hebben voor neurorevalidatie en samenwerken met academische ziekenhuizen op het gebied van onderzoek en onderwijs. Deze, veelal grote, revalidatiecentra hebben een goede landelijke spreiding en de noodzakelijke kennis in de vorm van gespecialiseerde revalidatieartsen, logopedisten, en psychologen is gewaarborgd. Zowel om inhoudelijke als om pragmatische redenen lijkt het daarom wenselijk dat de interdisciplinaire afasie teams in deze grote revalidatiecentra ingebed worden. Hierbij zijn echter nog knelpunten te constateren.

Linguïsten ontbreken in de meeste revalidatiecentra. Wel zijn in het algemeen een of meer logopedisten in dienst met een graad in de Neurolinguïstiek of Spraak- en Taalpathologie. Zij worden echter aangesteld op het functieprofiel logopedist met de bijbehorende taakstelling en honorering.

In de tweede plaats lijken de activiteiten van interdisciplinaire afasie teams niet eenvoudig inpasbaar in het gangbare declaratiesysteem en de indicatiestelling zoals die thans voor de revalidatie geldt.

4. AANBEVELING

De *Stichting Afasie Nederland (SAN)* beveelt een landelijk netwerk van **interdisciplinaire afasieteams** aan, bij voorkeur organisatorisch en financieel ingebed in grote revalidatiecentra die samenwerken met de academische ziekenhuizen.

Deze afasieteams hebben een **supraregionale functie** en staan open voor afasiepatiënten die in het revalidatiecentrum (klinisch of poliklinisch) behandeld worden, in het verpleeghuis én in de eerste lijn.

Deze teams bestaan uit een geneeskundige (revalidatiearts), een logopedist, een klinisch linguïst en een neuropsycholoog.

APPENDIX

Enkele voorbeelden van test- en therapiemateriaal en boeken ontwikkeld door of in samenwerking met de afasieteams in Nederland:

- Bastiaanse, R., Bosje, M., & Visch-Brink, E. (1995) *PALPA: Psycho-linguïstische Testbatterij voor de Taalverwerking van Afasiepatiënten*. London, Lawrence Erlbaum.
- Bastiaanse, R., Groningen-Derksen, M.J.T.J., Nijboer, S.F. & Taconis, M.P. (1986, 1989) *Auditief Taalbegripsprogramma (ATP)*. Enschede, het Roessingh.
- Bastiaanse, R., Jonkers, R., Quak, Ch. & Varela Put, M. (1997) *Werkwoordproductie op Woord- en Zinsniveau: Een Linguïstische oefenprogramma voor afasiepatiënten*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Bastiaanse, R., Maas, E. & Rispens, J. (2000) *Werkwoord- en Zinnentest (WETZ)*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Blauw-van Mourik, M. & Koning-Haanstra, M. (1988) *Afasie: Een Multidisciplinaire Benadering*. Arnhem, Stichting Afasia Nederland.
- Jubileumboek Stichting Afasia Kennemerland*.
- Links, P., Feike, J. & Bastiaanse, R. (1996) *Afasiediagnostiek en -therapie: Een Linguïstische Benadering*. Houten, Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Lugt-van Wiechen, K. van der & Verschoor, J. (1988) *Melodische Intonatie Therapie*. Rotterdam, Stichting Afasia Rotterdam.
- Oskamp, J. & Weber, D. (1995) *Neurolinguïstische Afasietherapie: Therapiemateriaal voor Lexicaal-semantiche stoornissen*. Hofheim (du), NAT-Verlag.
- Rijn, M. van, Booy, L. & Visch-Brink, E. (2000) *FIKS - Fonologische Afasietherapie*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Sandt, M. van de (1986) *Visuele Cue Programma*. Rotterdam, Stichting Afasia Rotterdam.
- Sandt, M. van de (1993) *Multicue: Een Computerprogramma voor de Behandeling van Woordvindingsproblemen bij Afasiepatiënten*. Rotterdam, Stichting Afasia Rotterdam.
- Visch-Brink, E. & Bajema, I. (2000) *BOX - Lexicaal Semantiche Afasietherapie*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Visch-Brink, E.G., Harskamp, F. van & Boer, D. de (red.) (1989) *Afasietherapie*. Lisse, Swets & Zeitlinger.